



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA
ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DEL NIVEL
SECUNDARIO EN LA CIUDAD DE CHICLAYO**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRO (A) EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autora:

**Bach.Flores Arroyo de Garay Raquel.
<https://orcid.org/0000-0001-7491-9464>**

Asesora:

**Dra.Bejarano Benites Zugeint Jacquelin
<https://orcid.org/0000-0003-1722-7669>**

Línea de Investigación:

Ciencia de la vida y la salud humana

Pimentel – Perú

Año 2021



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA
ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DEL NIVEL
SECUNDARIO EN LA CIUDAD DE CHICLAYO”**

AUTORA

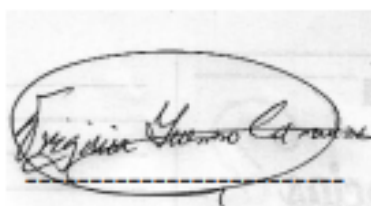
FLORES ARROYO DE GARAY RAQUEL

PIMENTEL – PERÚ

2021

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA
ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DEL NIVEL
SECUNDARIO EN LA CIUDAD DE CHICLAYO”**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Firma

Dra. Guerrero Carranza Virginia Rosemary
Presidenta del jurado de tesis



Firma

Dr. Callejas Torres Juan Carlos
Jacquelin
Secretario del jurado de tesis



Firma

Dra. Bejarano Benites Zugeint
Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia que son la fuente de inspiración y superación constante, a mis padres que siempre me inculcaron valores y constituyen el paradigma que siempre me guio, a mis hermanas que son mis amigas que Dios me regalo, a mi esposo que es mi compañero de la vida y a mis hijos que son el regalo maravilloso que Jehová me otorgo. A todos ellos gracias por existir.

AGRADECIMIENTO

A la fuente infinita de energía activa, Dios mi creador que siempre ilumino mi camino y me motiva y sostiene en el afán de alcanzar mis metas.

RESUMEN

La ansiedad social se convierte en un problema real dentro de la vida de los adolescentes y se manifiesta en el ámbito, cognitivo, fisiológico y conductual. Los mismos que se sienten paralizados y viven situaciones sumamente amenazantes en donde el sujeto lo interpreta como un peligro real, bajo estas condiciones existe una realidad que se describe como el problema de la investigación, la insuficiencia en el proceso cognitivo conductual incide en la ansiedad social, tal como lo refleja el diagnóstico causal, en donde se aplicó el cuestionario de Beck que evidencio niveles de ansiedad de moderado a grave en un 90%. Por ello se elabora un Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo para disminuir la ansiedad social el cual genera angustia y frustración por lo tanto requiere intervención a través de un programa cognitivo conductual que contribuya al manejo de la ansiedad social y mejore sus estrategias adaptativas, superando progresivamente los pensamientos irracionales o desadaptativos. El aporte practico está compuesto de 12 sesiones de 60 minutos en donde se aplican técnicas cognitivas conductuales, bajo los principios de Aron Beck y Ellis. El programa fue aplicado parcialmente causando gran impacto y resultados positivos.

Palabras Clave: Adolescente, ansiedad social, cognitivo, conductual, distorsiones.

ABSTRAC

Social anxiety becomes a real problem in the life of adolescents and manifests itself in the cognitive, physiological and behavioral fields. The same ones who feel paralyzed and live extremely threatening situations where the subject interprets it as a real danger, under these conditions there is a reality that is described as the research problem, the insufficiency in the cognitive-behavioral process affects social anxiety, as reflected in the causal diagnosis, where the Beck questionnaire was applied, which showed levels of anxiety from moderate to severe in 90%. For this reason, a cognitive behavioral program for social anxiety in adolescents from the “Juan Mejía Baca” Private School in the city of Chiclayo is developed to reduce social anxiety which generates anguish and frustration, therefore it requires intervention through a cognitive program that contributes to the management of social anxiety and improves their adaptive strategies, progressively overcoming irrational or maladaptive thoughts. The practical contribution is composed of 12 sessions of 60 minutes where cognitive behavioral techniques are applied, under the principles of Aron Beck and Ellis. The program was partially implemented causing great impact and positive results.

Key Words: Adolescent, social, cognitive, behavioral anxiety, distortions.

INDICE

DEDICATORIA	ivv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vii
ABSTRAC.....	viii
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad Problemática.....	10
1.2. Trabajos Previos o Antecedentes de Estudio	18
1.3. Teorías Relacionadas al Tema	25
1.3.1.Caracterización Epistemológica del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica	25
1.3.2.Determinación de las Tendencias Históricas o Antecedentes del Proceso Cognitivo Conductual.....	38
1.3.3.Programa de Terapia Cognitivo Conductual	42
1.3.4.Desarrollo del Programa.....	44
1.3.5.Marco Conceptual.	46
1.4. Formulación del Problema.....	47
1.5. Justificación e Importancia del Estudio.	47
1.6. Hipótesis.....	49
1.7. Objetivos	49
1.7.1.Objetivos General.....	49
1.7.2.Objetivos Específicos.....	49
2. MATERIAL Y MÉTODOS	50
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	50
2.2. Población y Muestra.....	50
2.3. Variables, Operacionalización.....	52
2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad.....	52

2.4.1.Métodos Teóricos:.....	52
2.4.2.Métodos Empíricos:	52
2.4.3.Validez y Confiabilidad	53
2.5. Procedimientos de Análisis de Datos.....	53
2.6. Criterios Éticos	54
2.7. Criterios de Rigor Científico.	55
3. RESULTADOS	55
3.1. Resultados en Tablas y Figuras	55
3.2. Discusión de Resultados.....	60
3.3. Aporte Práctico.....	65
3.3.1.Fundamentación del Aporte Práctico.....	66
3.3.2.Estructura del Aporte Práctico.....	68
3.3.3.Diagnóstico	69
3.3.4.Planteamiento del objetivo General.....	70
3.3.5.Planeación Estratégica.....	71
3.3.6.Planeación Estratégica del Sistema de Actividades	75
3.3.7.Instrumentación de la estrategia	82
3.3.8.Evaluación de la Estrategia	97
3.4. Valoración y Corroboración de los Resultados.....	98
3.4.1.Valoración de los Resultados	99
3.4.2.Ejemplificación de la Aplicación del Aporte Práctico	100
3.4.3.Corroboración Estadística de las Transformaciones Logradas	101
4. CONCLUSIONES	112
5. RECOMENDACIONES	113
REFERENCIAS.....	114
ANEXOS	124

INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Actualmente se vive cambios acelerados que se reflejan en las instituciones políticas, económicos y sociales como consecuencia de los grandes hallazgos indetenibles de la ciencia ,sumándole por otro lado los últimos acontecimientos vividos ,los cuales cambiaron definitivamente el estilo de vida del sujeto; nos referimos a la pandemia, que desato una crisis multimodal ,el cual jugo un papel condicionante que configuro un escenario totalmente nuevo, repercutiendo y produciendo un gran impacto en la salud mental de los sujetos (Palacio, Londoño, Nanclares, & Robledo, 2020). Toda esta situación acentuó grandemente el estado psicológico de las personas, desencadenando manifestaciones emocionales extremas tal como la ansiedad. (Vicente, 2020)

De acuerdo a las estadísticas antes de la pandemia un gran número de la población ya padecía de ansiedad ,la misma que afecta el sistema nervioso, psicológico y social; alterándolo y no permitiendo que se desarrolle en condiciones armoniosas y así alcance estados de bienestar, aunque por otro lado podemos expresar que el temor junto a otras emociones, son reacciones naturales frente a posibles peligros que podamos sufrir, sin embargo, cuando las emociones son tan fuertes, tal como el confinamiento ,la incertidumbre la muerte que se vive en pleno Covid 19 ,contribuye que el sujeto ya no se controla tanto así que prevalecen sobre las funciones fisiológicas, emocionales y cognitivas, desencadenando ansiedad. Es aquí donde el conflicto emocional en los sujetos se convierte en un problema real, que se manifiesta en ámbitos correspondiente al campo subjetivo-cognitivo; así mismo en lo fisiológico-somático y motor- conductual. Las personas que se enfrentan a este problema se sienten paralizados y viven situaciones sumamente amenazantes para ellos, los cuales se convierten en situaciones cotidianas, que el sujeto lo interpreta como un peligro real (Toro & Ochoa, 2011)

Indiscutiblemente en la actualidad, la ansiedad como tal es un motivo de interés en las consultas correspondientes, abordado frecuentemente en la atención de corte primario y es un constante problema en la salud mental. En un gran porcentaje de casos se presenta con características o síntomas muy inexactos, enmascarándose en dolencias corporales, en un 50% de los casos intervenidos no es diagnosticado adecuadamente (Roberge, 2015). Así lo precisa algunos estudios los cuales describen que el problema puede llegar a presentarse aproximadamente en un 20-40% de los consultantes que acuden por atención primaria (Sempere, 2017)

Configurando todos estos factores observamos que una etapa del desarrollo humano ,tal como la comprendida en la adolescencia, lamentablemente se han visto afectados grandemente, donde ya por naturaleza y por la misma edad se vive conflictos emocionales ambivalentes ,en donde ,la ansiedad cobra incidencia y se ve manifestada en gran manera ,centrándose específicamente la ansiedad social, una problemática que interfiere con gran amplitud en esta etapa, algunos expertos (Gómez, Casas, & Ortega, 2016) consideran que es la etapa de riesgo ,pues las estadísticas la asocian con un mayor efecto. Esta población dada sus características propias es normal que experimenten miedos con cierta frecuencia, aunque suelen ser de baja intensidad y muchas veces suelen desaparecer en el proceso de desarrollo, (Iruña, 2019) sin embargo, existe un pequeño grupo de estos miedos que se presentan con una intensidad elevada, prolongándose e interfiriendo en el funcionamiento diario en las actividades del sujeto, en las relaciones con la familia y del entorno social. (Rodríguez & Perez, 2020) Recordemos que la familia y las amistades están íntimamente ligadas a la vida de los adolescentes ,el rechazo o aceptación ,el entorno familiar y el grado de sus relaciones interpersonales desencadenan ansiedad social y puede repercutir a largo plazo (Mak, Fosco, & Feinberg, 2017).

Por consiguiente, la ansiedad social, de acuerdo a la descripción de las diferentes investigaciones, se presenta como una anticipada respuesta ante un estímulo que es percibido como un peligro o como una amenaza futura, caracterizándose por presentar una serie de sensaciones afectivas expresadas en características como, tensión, alerta, desconfianza y alarma; a la vez que se presentan manifestaciones conductuales que pueden ser visualizadas, acompañados de cambios fisiológicos como la sudoración, temblor, taquicardia, entre otros (Arango, Romero, & Hewitt, 2018). En esta línea el diagnóstico se establece según el DSM-V y el CIE-10. (Anexo 6)

Frente a la problemática, ansiedad social, las investigaciones realizadas, (McCarthy, 2019) recalcan estadísticamente que de uno de cada tres adolescentes que oscilan alrededor de 13 a 18 puede presentar un trastorno de ansiedad y tal como se describe, las estadísticas van en aumento, así lo revelo los estudios comprendidos entre los años 2007 al 2012, en donde, se estipulo que van en aumento los trastornos de ansiedad tanto de niños como de adolescentes en un 20 %.

Por otro lado la revista digital española (Infocop, 2019) considera que en la última década, se han incrementado los diagnósticos de trastornos de ansiedad entre los adolescentes cuyas edades son menores de 17 años, tanto así que del 3,5% ha aumentado a 4,1% actualmente. Esto corrobora con lo descrito por el Instituto estadounidense de la Mente Infantil, en el último informe, respecto a la Salud Mental de la Infancia, (2018) quién identifica que algunos niños y adolescentes reaccionan de manera contraria, por un lado, un grupo reacciona mostrando miedo descontrolado, por ende evita determinadas circunstancias u objetos, por otro lado un grupo presenta un comportamiento demasiado explosivo, que, en diferentes situaciones, puede ser interpretado como rebeldía o conducta hostil. Realmente es preocupante la situación de ansiedad que vive esta población emergente y que, dada la realidad, se encuentra un poco abandonada en nuestro contexto. El informe mencionado anteriormente, concluye que,

aproximadamente en todo el planeta, 117 millones entre niños y adolescentes han presentado un trastorno de ansiedad. De estos datos descritos a nivel mundial, unidos a los factores concomitantes actuales, nos plantean preguntas alarmantes.

Retóricamente ¿qué podemos afirmar en nuestro contexto nacional?, la investigación nos conlleva a describir el tema de la ansiedad social, tal es así, que algunas investigaciones realizadas ,como por ejemplo en la ciudad de la Libertad-Tembladera en una institución educativa, (Rodríguez & Perez, 2020) donde se refleja alto índice de ansiedad social pues los adolescentes refieren que poseen pocos amigos cercanos con quienes puedan intimar, por otro lado expresan que tienen limitaciones para establecer relaciones amicales e interactuar socialmente de forma agradable, pues se sienten con limitada capacidad para iniciar y entablar diálogos apropiados, produciendo en ellos incomodidad, mucho más cuando se sienten observados o se exponen a la burla de los coetáneos ,trayendo como consecuencia ensimismamiento e interpretaciones negativas de su persona, pero a la vez buscando la aprobación de los otros, proyectándose en actitudes apáticas a la integración de actividades de integración social, asimismo manifiestan escasa expectativa en su proyección a futuro. Esto conlleva a organizar programas de promoción, también se debe incluir la prevención y concluir con programas de intervención dados los casos, respecto a la ansiedad social.

Cabe mencionar por otra parte que en la ciudad de Arequipa (Quino, 2020) se realizó un estudio relacionado con adolescentes ,donde se estableció la correlación entre el uso problemático de celulares y la ansiedad ,aplicándose la escala de State Trait Anxiety Inventory, con el fin de evaluar los diferentes niveles de ansiedad estado-rasgo, también se aplicó el Cuestionario Mobile Phone Problem Use Scale For Adolescent ;el resultado fue que si existe una gran incidencia de ansiedad en los adolescentes preuniversitarios.

Bajo la línea de investigación en la ciudad de Lima metropolitana (Muenta, 2019)se realizó un estudio que consistía en relacionar la ansiedad social y las diferentes estilos de

crianza, para ello usaron el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-30) y mis Recuerdos de la Infancia (EMBU-C). Dicha investigación arrojó que la sobreprotección o el rechazo de los padres determina la ansiedad social. Definitivamente el ambiente familiar juega un papel importante y que son los progenitores los que condiciona el desarrollo muchas veces de la ansiedad social.

Por consiguiente en la ciudad de Trujillo, la Libertad (Gonzales & Cruzado, 2017) se desarrolló el estudio entre la relación de la ansiedad estado –rasgo y los valores interpersonales, esta investigación reveló la amplia relación entre las dimensiones de soporte, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo entre los adolescentes.

A sí mismo en la misma ciudad de Trujillo (Cabanillas, 2017) se realizó otra investigación en el hospital Belén, la relación fue, ansiedad social y el abuso del consumo de alcohol, dicha investigación reveló que la ansiedad social está ligada al consumo de alcohol, razón suficiente que motiva a trabajar programas de prevención con los adolescentes quienes son una población proclive a sucumbir a largo plazo en este problema.

Indiscutiblemente los trabajos descritos evidencian que la ansiedad social es un problema latente en un grupo de la población que afecta la vida de los sujetos, y que se gesta en la adolescencia y que dicho problema tiene repercusiones a largo plazo, manifestándose en diferentes esferas. A la vez percibimos que dentro de las investigaciones hay evidencias del problema de ansiedad social, sin embargo, existe insuficiente propuesta de programas de intervención o programas de prevención en nuestro medio para subsanar este problema que puede traer consecuencias negativas a largo plazo, por ello es de vital prioridad desarrollar alternativas del manejo de la misma a través de programas bien estructurados.

Por lo tanto, la investigación conduce a concentrarnos en las manifestaciones encontradas que los adolescentes de cuarto grado de secundaria del colegio privado “Juan Mejía Baca” Chiclayo, quien alberga parte de la realidad problemática de intervención, ellos

corresponden a la población estudiantil, de adolescentes entre 14 a 16 años quienes provienen de sectores urbanos y alrededores de la ciudad de Chiclayo. En donde se pudo evidenciar de acuerdo al informe del Departamento de psicología de la institución Educativa bajo condiciones presenciales, conductas tales como:

- Presentan conductas agresivas entre los compañeros.
- Cuting entre adolescentes.
- Muestran introversión, inseguridad, temor al expresarse frente al grupo.
- Falta de manejo y control de emociones.
- Dificultad para manifestar lo que sienten.
- Expresan baja autoestima y nivel de resiliencia.
- Expresan actitudes rebeldes frente a los padres y docentes.
- Insatisfacción e inseguridad.
- Dificultad para adaptarse al grupo
- Deterioro en las relaciones sociales por sentirse incompatibles.
- Baja autoestima
- Bajo desempeño académico.

Como podemos evidenciar, bajo estas condiciones existe una realidad que se describe como el **problema de la investigación**, la Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual incide en la **ansiedad social**.

Ahora bien, es conocido que en la adolescencia se desarrollan temores o hasta miedos exacerbados, en relación a un objeto o situaciones específicas, la cual conducirá a conductas de evitación o rebeldía, Sempegere (2017) desatándose la ansiedad social la cual se puede convertir en una constante en la vida del adolescente, Por esta razón uno de los enfoques psicológicos que han tenido resultados significativos en el manejo de la ansiedad social es la

terapia cognitivo conductual (Martínez & Neira , 2019) . Por ello el diagnóstico causal delimita lo siguiente:

Las posibles causas de la realidad problemática:

- Insuficiente practica en el desarrollo del **proceso cognitivo conductual** condiciona la ansiedad social en los adolescentes.
- Insuficiente orientación didáctica metodológica en el **proceso cognitivo conductual** en maestros y padres de familia desencadena la ansiedad social en los adolescentes.
- Insuficiente capacitación en maestros y padres de familia en el **proceso cognitivo conductual** en el uso de una adecuada orientación psicológica en el manejo de la ansiedad social.

De estas causas emerge el **objeto de investigación** como el proceso cognitivo conductual.

Para definir el objeto de estudios se toma como referencia a distintos investigadores en el campo de estudio del enfoque cognitivo conductual.

El enfoque cognitivo conductual (Clark, D; Beck, A, 2012) es una psicoterapia que se centra en ayudar a los pacientes, con el fin de que logren equilibrar las valoraciones exageradas que poseen ,de las amenazas a las que están expuestos según sus razonamientos y lograr aumentar su tolerancia al riesgo, a la incertidumbre que está vinculada con sus preocupaciones ansiosas (Zuluaga, 2018). Lo que se pretende es crear el aumento de autoconfianza del sujeto con la finalidad de que pueda afrontar la amenaza y la incertidumbre que es el fin u objetivo de la terapia cognitiva de la ansiedad. Pues recordemos que el modelo cognitivo (Beck J. , 1995) se centra en la distorsión del pensamiento y como este interfiere en el estado anímico y este a la vez en la conducta. Para ello se precisa la intervención del procesamiento cognitivo estratégico, con el fin de modificar el pensamiento, el cual repercutirá en la mejora del estado

anímico a la vez que desencadena comportamientos. Recordemos que la modificación de las creencias disfuncionales o en el lenguaje de Ellis (1962) las creencias irracionales producen valoraciones inmediatas de la amenaza y reducir los estados de ansiedad intensa.

En relación a las emociones (Vetere & Rodriguez, 2011, pág. 39) señala que desencadenan un rol importante en la teoría cognitivo conductual, pues la respuesta cognitiva, emocional y conductual se hallan interrelacionadas mutuamente. El autor cita a (Wells, 2000) quién considera que nuestros procesos cognitivos están influenciadas en su mayor parte por variables metacognitivas y por las reacciones emocionales; del mismo modo a (Clore & Ortony, 2000) corrobora que las emociones actúan como un nexos primitivos que automáticamente ,promueven un plan de acción adyacente, que conllevan a que el sujeto ,en este caso el adolescente desarrolle estrategias de afrontamiento, expresando conductas en calidad de respuestas, pero de manera ansiosa que salva la situación del momento , pero se prolongan a nivel alto a largo plazo. Por ello la necesidad del manejo del proceso cognitivo conductual frente a la ansiedad social pues es un proceso de aprendizaje donde prima la experiencia, y se pretende que el sujeto desarrolle estratégicamente habilidades de afrontamiento que le contribuyan a superar los distintos problemas y sus temores irracionales.

La terapia cognitivo conductual (Caballo & Simon, 2002) afirman los estudios, han demostrado gran desarrollo y resultados en lo relacionado a la conducción de los trastornos de ansiedad tanto en niños y adolescentes. Este enfoque hace referencia e integra estrategias en el ámbito cognitivo, conductual, familiar y social y lograr de esta manera el cambio comportamental.

No obstante, del referente teórico de los autores, se aprecia que son insuficientes las prácticas y los procesos metodológicos en cuanto a la dinámica desarrollada frente al manejo de estrategias de la ansiedad social en los adolescentes, constituyéndose en una necesidad de estudio de la Dinámica del Proceso Cognitivo Conductual como **campo de la investigación.**

1.2. Trabajos Previos o Antecedentes de Estudio

La alteración de la salud mental es un tema actual dentro de ella se encuentra destacablemente la ansiedad social ,problema psicológico que produce desequilibrio emocional, donde los sujetos se ven amenazados en su salud emocional, por otro lado factor coadyuvantes influyen ,tal como la pandemia vivida en estos días ,el encierro, el duelo y la incertidumbre que se vive ,incrementándose la ansiedad. (The Lancet, 2020)

Sin embargo la ansiedad social tal como refiere (Puerta, 2018) , no es un tema actual como muchos creen ,pues siempre existió en la vida del ser humano estos indicios se evidencian en la antigüedad a través del pensamiento filosófico Grecoromano donde se identificaba como un afecto negativo, por otro parte, a través de la historia el termino ansiedad sería una variante del análisis que fue abordada con rigurosidad con la aparición de las escuelas psicológicas. Ya en la segunda mitad del siglo XX la asociación de psiquiatría americana publicaría el primer manual de diagnóstico de trastornos mentales, el cual incluyo los trastornos psiconeuróticos, dentro de ella se consideró a la ansiedad en sus diferentes expresiones.

En la actualidad existen investigaciones que tratan de proponer programas de tratamiento para la ansiedad social, Caballo, Salazar, & Hofmann (2019)una de ellas es la propuesta por un equipo de investigadores que se encuentran trabajando el tema de la ansiedad social con 20 países y lo han realizado en un periodo de más de 15 años. La intervención multidimensional que se aplica en la ansiedad social, gira alrededor de las cinco dimensiones tal como: La forma de interacción con sujetos desconocidos, la interacción que debe llevar con el sexo opuesto, el sujeto y la asertiva expresión de molestia, el enfado y desagrado, el evidenciar frente a los otros o hacer el ridículo, y el expresarse en público. La propuesta en mención, gira en incorporar diferentes técnicas de la terapia cognitivo conductual a la vez que habilmente incluye estrategias de las terapias de tercera generación. Este programa será aplicado de forma grupal, durante 15 sesiones de tratamiento, donde cada sesión constará de

2,5 horas cada una. Este programa esta propuesto sin embargo aún está en proceso de recolectar resultados de su aplicación.

Tal es así que la preocupación por el tema de la ansiedad entre los entendidos es expresado en estadísticas y se afirma (Moreno, Clark, & Beck, 2018) que aproximadamente el 20 % de las personas presentan algún tipo de ansiedad y que se expresa en diferentes diagnósticos ,además en muchos casos están relacionadas a otros cuadros clínicos, constituyéndose en un problema frecuente en nuestra sociedad en donde muchas veces no es detectado, por ello se requiere profesionales especialmente cualificados, así como el adecuado manejo de enfoques terapéuticos de reconocida eficacia como es el caso de las psicoterapias cognitivas conductuales con el fin de emplear eficazmente estrategias de terapia Cognitiva para reducir la ansiedad, pues la base del apoyo terapéutico es descubrir el miedo básico, la evaluación que subyace a nuestros episodios de ansiedad.

A través de las últimas décadas muchos expertos en la materia han desarrollado investigaciones en relación a la ansiedad social en los diferentes campos. A continuación, se describen algunas investigaciones realizadas por varios investigadores como:

La investigación realizada en un hospital de Barcelona. (Bulbena, 2019) respecto la ansiedad lo relaciono con el síndrome de hipermovilidad articular (SHLA). La muestra que se consideró fue de 160, entre niños y adolescentes cuyas edades oscilaron de 5 a 17 años, de acuerdo al estudio los niños con SHLA tienen mayor predisposición a desarrollar trastornos de ansiedad que están enmascaradas en trastornos fisiológicos, que se expresan en quejas somáticas y, que sienta un precedente de ansiedad en las siguientes etapas de vida.

La investigación realizada en Europa (Fernández & Aparicio , 2018) identifica a la ansiedad como producto de separación ,pues resulta muy angustiante pues se presenta en la infancia y continua en la adolescencia, originando consecuencias perjudiciales en la adultez. Este análisis nos hace ver que es importante identificar a temprana edad el problema de la

ansiedad, pues como dice la investigación, es preciso detectar y tratar esta problemática patológica previamente.

La ansiedad social en la actualidad también incursiona y se relaciona con el uso de tecnologías y la comunicación así lo sostiene la investigación realizada (Castro & De la Villa, 2017) (TIC), donde el uso inadecuado de Servicios de Redes Sociales (SRS) de Internet, pueden producir consecuencias catastróficas que afectan la vulnerabilidad de su salud mental al repercutir en el desarrollo de sus diferentes habilidades sociales, desencadena ansiedad social y repercute en la baja autoestima.

El estudio en mención comprende entre los años 2005 y 2016 y los resultados demostraron que aquellos nativos digitales poseen carencias en Habilidades sociales, presentan ansiedad social y baja autoestima, sin embargo, también se describe en el estudio que los sujetos prefieren desarrollar interacción social por medio de las redes sociales con el fin de satisfacer sus amplias necesidades psicosociales, representando según los entendidos riesgos de negativos en sus vidas cotidianas.

Otro estudio realizado en la universidad de Jaén de España (Espinoza-Fernandez & Muela, 2016) revela que la familia posee estilos de crianza y que las pautas de comunicación de los padres; donde existe, sobreimplicación emocional, crítica negativa y hostilidad, por parte del entorno familiar; desarrolla, en los niños y adolescentes el trastorno de ansiedad social que se constituye en un problema relevante de carácter negativo entre las etapas de la niñez y adolescencia que afecta el desarrollo emocional y conductual, esta investigación es validada por varias investigaciones que han demostrado dicha correlación de la ansiedad social Anhalt & Morris, (2008), Aslam, (2014); Knappe (2015).

A nivel de Latinoamérica encontramos este estudio en Quito –Ecuador, en donde según la investigación, los adolescentes se ven expuestos a una gran presión producto de sus cambios uno de ellos es el acné, así lo demuestra el estudio realizado, que cobra un gran impacto

psicosocial , (González & Flores, 2017) donde , se evidencia que este problema físico desencadena altos niveles de ansiedad y al mismo tiempo otras alteraciones psicológicas ,provocando, exacerbada timidez y por otro lado aislamiento social; en comparación a otros adolescentes que no desarrollan acné.

Los estudios realizados de ansiedad social a nivel nacional encontramos algunas investigaciones tal como, el realizado por (MINSA-Perú, 2018) el Ministerio de Salud ,quién desarrolla políticas públicas, tal es así que implementa lineamientos, planes y estrategias para la salud mental de sus habitantes , este reglamento, propone objetivos y actividades esenciales ,para ello considera los estudios epidemiológicos en relación a la Salud Mental en donde describen que, anualmente existe un promedio de 20,7% de la población, representada por los sujetos mayores de 12 años de edad ,quienes según el estadístico ,sufren algún tipo de afectación en su salud mental, aunque la investigación no describe con detalle porcentajes relacionados a la ansiedad se nombra dentro del problema ,la estadística generalizada revela la prevalencia anual en el promedio en la zona urbana de la región de Ayacucho, Puno, y regiones como Puerto Maldonado, Iquitos, Pucallpa y Tumbes. Por otro lado, se describe que, en zonas rurales del Perú, existe notoriedad y se expresa en 10,4%, concentrándose un poco más en la zona rural de la capital (Lima).

En la ciudad de Lima (Hernandez A. , 2018) se realizó la investigación con el fin de establecer interacción de algunos factores como el factor sexo, la ocupación y el año de estudios ;respecto a la ansiedad social en los universitarios de la carrera de psicología de cierto centro de estudio universitario estatal . La muestra fue de 231 estudiantes, se consideró varones y mujeres, de los ciclos segundo al décimo ciclo y su respectiva ocupación en relación a las actividades de estudiar y trabajar. El instrumento que usaron los investigadores fue el inventario de Fobia Social (SPIN) es relevante notar que los diferentes niveles de ansiedad social, en la investigación arrojó que el 60.2% de jóvenes presentaron, ansiedad social de moderada

intensidad, a continuación, se presenta el 29.4% de intensidad grave, el cual ya es preocupante y el 6.9% es de intensidad máxima. Hasta acá diremos que el 90 % de la muestra presenta ansiedad. La misma muestra arrojó que, solamente un 3.5% no presentaba ansiedad social. Por otro lado, la investigación concluye que los diferentes estudiantes de los dos primeros años académicos, presentan mayor ansiedad social que los que se encuentran en los últimos 03 años. De acuerdo a este último resultado, se deduce que la edad comprendida de la adolescencia (primeros ciclos) incide con el problema de ansiedad social.

Otra investigación realizada también en Lima ,se centró en el estudio de la interrelación entre la ansiedad social y los diferentes pensamientos automáticos que presentaban entre alumnos de psicología de cierto centro superior universitario (Malca, 2018). La muestra, se enfocó en 235 universitarios, entre 18 y 44 años; emplearon el Inventario de Davinson de Fobia Social y el Inventario de Pensamientos Automáticos por Ruiz y Lujan. El resultado demostró que se presenta correlación significativa entre la ansiedad social y los pensamientos automáticos, a la vez se corrobora que existe un nivel de medio a mas en relación a interpretación de pensamiento, por otro lado, existe, pensamientos polarizados, una visión extremista o catastrófica, además la presencia de personalización y etiqueta global. Como podemos percibir la ansiedad social es un problema latente que se prolonga hasta la adultez.

Esta última investigación fue realizada por la UNIFÉ y se centró en la población educativa- clínica , (Del Carpio, 2018) donde se propone un modelo que integra diferentes técnicas en el tratamiento de la ansiedad social , la propuesta terapéutica plantea el desarrollo de unificar las diferentes teorías como la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, terapia cognitiva conductual de Aaron Beck y agrega a la propuesta un programa de habilidades sociales como modelos terapéuticos para el tratamiento de la ansiedad social. En esta misma línea usa técnicas cognitivo-conductuales, tal como la regulación emocional, la asertividad y el

entrenamiento en habilidades, esta propuesta se aplicó, a un solo caso con problemas de ansiedad y asertividad el cual resulto en ordenar patrones de distorsiones cognitivas.

A nivel local encontramos investigaciones escasas que se realizaron en el campo de la ansiedad social en adolescentes ,tal como la realizada por la USS -Pimentel en una Institución Educativa de Tembladera, (Rodriguez & Perez, 2020) en donde se describe el objetivo de conocer los diferentes niveles que presentan de ansiedad social ,en este caso fueron evaluados los estudiantes bajo la Escala de ansiedad social para adolescentes. Dada la investigación se evidencia que si existe un alto grado de nivel de ansiedad social entre los adolescentes que se expresa en un 52.9%. De esto se desprende que urge programas que aborden la intervención respectiva de ansiedad social en los adolescentes.

En la universidad Señor de Sipán (Sime, 2019)se trabajó con 30 estudiantes de Enfermería, en donde se aplicó un programa educativo para la disminuir los niveles de ansiedad estado y ansiedad-rasgo en la etapa de exámenes, de acuerdo a la aplicación del programa educativo se concluye que fue efectivo ,porque de haber presentado ansiedad moderada el 60% ,disminuyo los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo a lo normal. Esto demuestra que la aplicación de programas en los sujetos, tienden a disminuir los trastornos ansiosos.

En la misma categoría encontramos la investigación realizada por la universidad Pedro Ruiz Gallo (Piscoya & Heredia, 2018) en donde la ansiedad social es latente entre los futuros galenos de la región Lambayeque , pues el 61.8% la padece ,es decir se expresa en niveles de más frecuencia entre los estudiantes de medicina, de acuerdo a esta investigación se concluye que con más predominio de ansiedad se encuentra en la universidad pública ,Pedro Ruiz Gallo ,con 26.1% , seguido de la Universidad de Chiclayo con 15%, luego la Universidad San Martín de Porres 13.3% y la USS con un 7.3%.

El siguiente estudio (Llacsá & Paz, 2017)se aplicó a los estudiantes del primer ciclo de la carrera de psicología de la Universidad Particular de Chiclayo donde se midió el nivel de

ansiedad al rendir exámenes, además el objetivo de dicho estudio también incluía determinar el efecto de la Técnica de Liberación Emocional, con el fin de disminuir la ansiedad en este proceso ,participaron 28 estudiantes y se trabajó con el grupo control y el grupo experimental ,los resultados alcanzados demuestran que es relevante la eficacia de la Técnica de Liberación Emocional, pues disminuye el nivel de ansiedad ante los exámenes.

Después de recolectar una serie de investigaciones respecto a la ansiedad, nos concentramos en nuestro problema a nivel local que se proyecta en la ciudad de Chiclayo la institución Educativa Privada “Juan Mejía Baca” que alberga a una población de adolescentes mixtos que cursa el nivel secundario, correspondiente al cuarto año de secundaria, quienes provienen de sectores urbanos y alrededores de Chiclayo, quienes evidencian de acuerdo al informe del Departamento de psicología de la institución Educativa, conductas agresivas entre compañeros ,cuting, introversión, inseguridad, temor al expresarse frente al grupo,falta de manejo y control emocional, dificultad para manifestar lo que sienten, baja autoestima y nivel de resiliencia, expresan actitudes rebeldes frente a los padres y docentes, insatisfacción e inseguridad, dificultad para adaptarse al grupo, deterioro en las relaciones sociales por sentirse incompatibles ,trayendo como consecuencia bajo desempeño académico y manejo de relaciones interpersonales.

Frente a esta problemática se percibe la insuficiencia en el trabajo del manejo de la ansiedad social, pues no existe un trabajo organizado y sistematizado con la población de adolescentes, careciendo de la adecuada capacitación y orientación de docentes y padres de familia que en su mayoría muestran indiferencia y ausentismo en la tarea de la formación de los adolescentes.

1.3. Teorías Relacionadas al Tema

1.3.1. Caracterización Epistemológica del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica

La terapia cognitivo conductual es un modelo de intervención psicoterapéutico, basado en conocimientos científicos, (Fernandez & Fernandez, 2017), por lo tanto propone principios, métodos que respondan a las expectativas y las problemáticas de los diferentes pacientes (Riso, 2006). La TCC nace frente a la necesidad de la intervención terapéutica pues actúa frente a la conducta de los pacientes, quienes se centran en pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas.

Definir la teoría cognitivo conductual implica abordar diferentes fundamentos teóricos que son extensos de abordar, pues se nutre de diferentes propuestas teóricas. El presente apartado recopila aspectos más impactantes del estudio epistemológico del proceso Cognitivo Conductual y su respectiva dinámica.

Enfoque Cognitivo Conductual. El enfoque Cognitivo Conductual de acuerdo a los expertos, constituye una alternativa de tratamiento interdisciplinario pues ha demostrado eficacia y efectividad en las intervenciones de tratamiento psicológico (Infocop, 2017).

Este enfoque fusiona técnicas, terapias y procedimientos diversos que puestos en práctica favorecen la calidad de vida de los sujetos. Como terapia es efectiva pues se aplica clínicamente la ciencia de la psicología y por otro lado se caracteriza por presentar un carácter auto-evaluador en el proceso de intervención, además sus fundamentos son validados empíricamente (Urbano, 2019).

Si bien es cierto la teoría cognitivo conductual surge como consecuencia de los diferentes hallazgos realizados en el campo de la psicología cognitiva y conductual para luego fusionarse y dar origen a la terapia cognitivo conductual, (Bas Ramallo, 1981) quién adoptó como puntos de intervención constructos como la cognición y el comportamiento humano, adoptándose de

esta manera, como terapia conductista la metodología científica y la evidencias, validadas a través del comportamiento.

Esta teoría o enfoque da valor al **pensamiento y la cognición** como instrumento principal de la alteración psicológica (Torales & Cantero, 2017) y esta es la base para la intervención correspondiente, además hace énfasis a la relación entre el pensamiento y el comportamiento para así poder explicar cómo funciona la salud mental del ser humano (Quinto, 2002).

De esta manera la teoría se centra en el modelo de la formación de los esquemas mentales durante la infancia y la adolescencia, busca encontrar como se forman los esquemas, las creencias, los pensamientos e identificar que técnica es la adecuada para intervenir y modificar el problema. Recordemos que la teoría se centra en el presente no en el pasado y solo se dirige a los orígenes del problema para examinarlos y ser usados en el tratamiento actual.

La psicoterapia cognitiva conductual, (Korman & Saizar, 2016) vertiginosamente se incrementa ,como un sistema terapéutico en el área de la psicología y la psiquiatría, por ende, los profesionales actualmente están sumamente interesados en la práctica de la terapia cognitiva que incluye lineamientos relevantes en el desarrollo de experiencias didácticas ,además que también se incluyen prácticas de intervención cognitivo conductual y por este bagaje de estrategias es reconocida (Ellis,1979 y Beck 1985).

Proceso de Desarrollo Cognitivo Conductual. Este modelo unifica conocimientos de diversas teorías, paradigmas que ofrecen diferentes concepciones y se esfuerza por dilucidar, cómo se aprende las diferentes conductas durante las etapas entre la infancia y la adolescencia. No obstante (Ortiz, 2017), una revisión de la bibliografía nos permite recoger datos del proceso de desarrollo. Beck y Ellis crearon un método colaborativo (Hernandez & Sanchez, 2007),este método le permite al paciente reestructurar su manera de pensar usando la razón , su propia introspección, en este proceso existe una alianza concertada entre el terapeuta y el paciente,

donde este último, toma parte activa y evalúa sus pensamientos disfuncionales y los reestructura.

La Teoría Cognitivo Conductual (Royal College of Psychiatrists, 2009) permite comprender los distintos casos con amplia complejidad, al punto que los desglosa en partes más pequeñas. De esta manera el paciente por el mismo descubre cómo las partes de un todo, están concatenadas entre sí y cómo estas le afectan. Todo esto desencadena pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos que afectan las demás áreas de su persona (Navarro M. , 2018).

Fundamentos Teóricos de la Intervención del Proceso Cognitivo Conductual.

Mientras que el tratamiento conductual se remonta a la experiencia del pequeño Albert desarrollado por Watson Jones (1924) las estrategias de evaluación aparecerían muchos años después y no necesariamente con pacientes, si no en el campo organizacional Hartshorne y May, (1928).

La evaluación conductual ha experimentado diversas etapas como se observa desde el condicionamiento clásico de Pavlov y Watson, luego el condicionamiento operante de Skinner, el aprendizaje Social de Bandura y los modelos cognitivos de Beck y la teoría racional emotiva de Albert Ellis (Díaz, Villalobos, & Ruíz, Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual, 2012) para convertirse en una terapia con mucha relevancia.

La psicoterapia cognitivo conductual es muy reconocida y alcanzada popularidad (Consejo general de la Psicología de España, 2019) en diferentes países de Europa ,Estados unidos ,etc. Tal es así que el modelo de intervención ha cobrado importancia en las últimas décadas es así como se ha consolidado a través del análisis concienzudo de los diferentes profesionales de renombre tal como Albert Ellis (1962), con la terapia denominada Racional Emotiva, el mismo que se convierte en el pionero de los paradigmas de la terapia cognitiva y ha contribuido en la concreción y desarrollo de la “Terapia cognitivo Conductual” (Ellis & Griegger, 1990)

La TCC como se describe en líneas anteriores ,esta integrada por varios autores,quienes tienen en común una metodología científica y comparten principios,tales como que ,los sujetos siempre responderan a percepciones cognitivas,por otro lado las cogniciones disfuncionales son las que crean lazos a perturbaciones emocionales y conductuales por ello las cogniciones pueden ser registradas y evaluadas.

(Montes de Oca, 2019) Bajo estos principios ,surgen otros principios como que el cambio cognitivo trae como resultado cambios emocionales y conductuales y para ello amerita intervenciones tanto cognitivas como conductuales para producir el cambio. (Lega, Caballo, & Ellis, 2009)

Terapia Cognitivo Conductual. El enfoque incorpora los planteamientos conductistas, incidiendo que es aprendida la conducta humana, además plantea que el aprendizaje no simplemente es un vínculo asociativo entre el estímulo y la respuesta, sino que hace hincapié en la modalidad de la formación de las diferentes relaciones de significados personales, es decir aborda los esquemas cognitivos o reglas.

Por otro lado, resalta lo **cognitivo, afectivo y conductual** ,alegando que están interrelacionados, uno con otro ,de tal manera que un cambio o alteración en uno de ellos ,repercute en los otros componentes (Lega, Calvo, & Sorribes, 2017).

En esa misma línea existe una relación interconectada de las estructuras del significado o esquemas cognitivos, otorgándole una jerarquía fundamental, de esta manera se representa la forma organizativa de identidad e idiosincrasia que desarrolla y posee cada sujeto, especialmente sobre lo que representa su experiencia personal y su entorno (Rodríguez & Vetere, 2011).

El proceso terapéutico tiene por objetivo la flexibilidad y la modificación de los esquemas disfuncionales del sujeto y el desprendimiento de los pensamientos automáticos. Toda esta

secuencia está regida por tres principios técnicos importantes, el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático.

La TCC está vinculada al pensamiento, a la emoción y a la conducta, para su trabajo recopila aportes de distintas corrientes psicológicas cognitivas y conductistas ,combinando técnicas y estrategias (Diaz , Ruiz, & Villalobos, 2017)

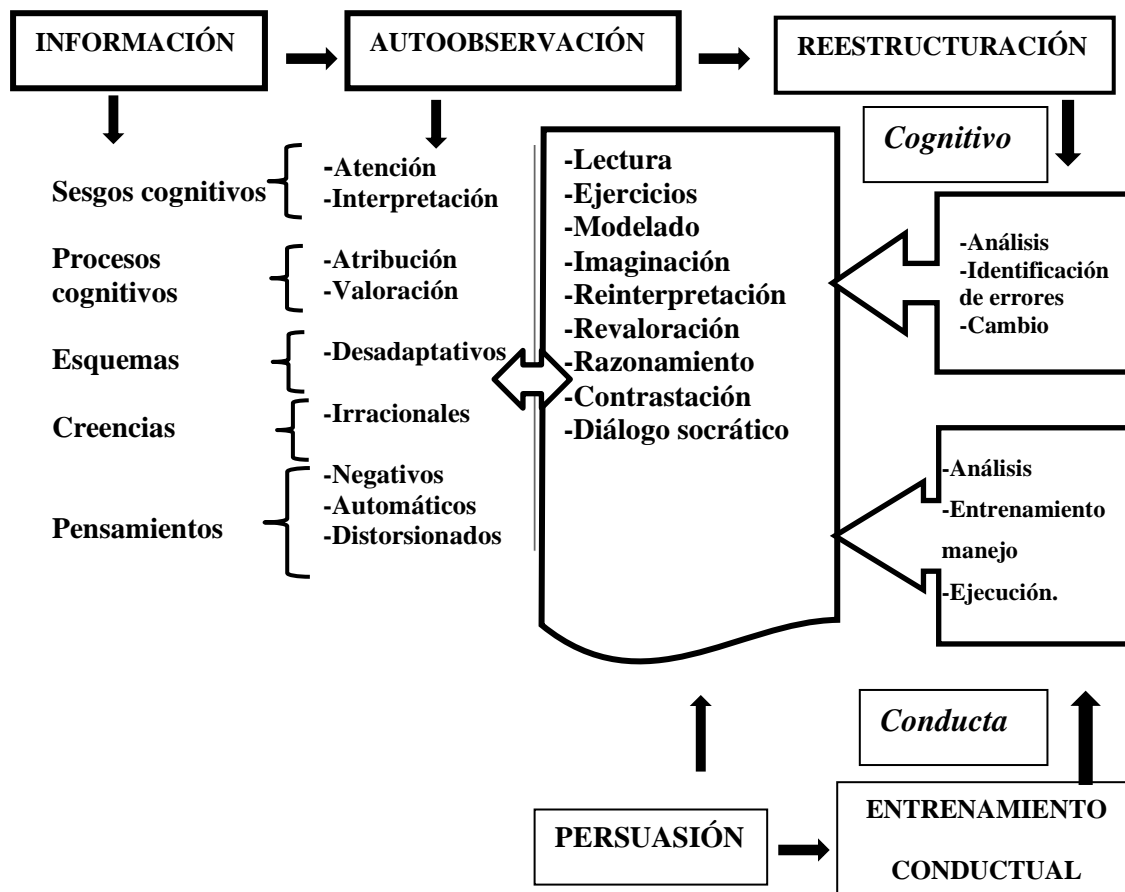
Tipos de Terapias Cognitivo Conductual.Según (Lega, Caballo, & Ellis, 2009) señala que las TCC utilizan intervenciones tanto cognitivas y conductuales.

Los entendidos consideran (Bas Ramallo, 1981) que las terapias conductuales cognitivas se dividen en grupos como lo propone el modelo por Mahoney y Arknoff (1978), estos principales tipos de Terapias Cognitivo Conductuales son la psicoterapia racional , de reestructuración cognitiva, la terapia de habilidades de enfrentamiento y la terapia de solución de problemas (Torales & Cantero, 2017).

En este trabajo de investigación nos centraremos en la psicoterapia racional y reestructuración cognitiva, quién está representada por la TREC de Albert Ellis (1962) y TCC de A. Beck (1976)

Figura 1

Modelo Integrador de Reestructuración Cognitiva.



Nota: (Cano-Vindel & Dongil-Callado, 2011).

Terapia de Reestructuración Cognitiva, de esta manera se interpreta (Fig.1) que los problemas emocionales que atraviesa un sujeto, son consecuencia de sus pensamientos desadaptativos y en donde las intervenciones se orientan a establecer patrones de pensamiento racionales (Mate, 2018), incidiendo en lo adaptativo, mediante el entrenamiento conductual adecuado.

Terapia Cognitivo de Aarón Beck. La TC es un modelo psicoterapéutico en donde existe un fuerte compromiso hacia el empirismo científico, sus fundamentos los encontramos en los conceptos cognitivos de la psicopatología y en el paso a paso terapéutico que conlleva al cambio. Tal como lo afirma el autor la articulación del modelo cognitivo y su respectiva evaluación empírica son necesariamente básicos para determinar su validez de construcción Clark, & Beck (2012).

El modelo planteado por Beck se centra, específicamente, en los **pensamientos automáticos**, por ende se relaciona con las distorsiones cognitivas (Psicología y mente, 2020). Es aquí donde frente a una experiencia amenazante, los sujetos generalmente no responden automáticamente, por ello antes de dar una respuesta ya sea emocional o conductual ellos realizan algunos procesos, es decir perciben su entorno o la situación, clasifican según la experiencia, interpretan hechos, evalúan el contexto y empiezan asignar significados al estímulo en relación a sus prerequisites establecidos o los denominados **esquemas cognitivos** llamados también **creencias nucleares**.

El tema central de la TC radica en que los sujetos se afligen por las interpretaciones que elaboran de los diferentes hechos y no por los sucesos en sí mismos que suceden. Como es sabido, los **procesos cognitivos** (Capilla, 2016) son mecanismos que codifican, almacenan y en donde se da el recobro de la información existente de las diferentes estructuras cognitivas, llamadas esquemas (Escobar, 2018).

Los **esquemas**, están representados por un cúmulo de experiencias previas que figuran como plantillas o moldes, **pensamientos**, los cuales direccionan la atención e determinan la interpretación que se da a los acontecimientos y de esta manera se facilita el recuerdo. Cuando se procesa la información en algunos casos pueden surgir errores en las fases, para luego

desencadenar alteración o distorsión en la interpretación y valoración que se hace de los hechos, a lo que se identifica como “**distorsiones cognitivas**” (Salamanca , Gonzalez, & Barreto, 2017).

Estas creencias, lo constituyen los diferentes contenidos de los esquemas, y son la consecuencia directa de las interrelaciones entre la realidad y los sujetos. Está formado por todo en lo que el sujeto cree, podemos afirmar que son como mapas internos que permiten al sujeto hacer interpretaciones y darle sentido al mundo que lo rodea. De esta manera las creencias, se forman, se construyen y se van generalizando a través de las diferentes experiencias.

El autor Beck identifica dos tipos de creencias, (Beck & Haigh , 2014) las **Creencias centrales o nucleares**, que son aquellas que dan sentido de identidad al sujeto, se puede deducir que es la idiosincrasia del sujeto, por ende constituye el nivel cognitivo más profundo. Podremos afirmar que se representan como proposiciones absolutas, a la vez que son duraderas y globales, que actúan sobre uno mismo y que muchas veces son difíciles de cambiar. Las otras creencias son las **creencias intermedias o periféricas** que son aquellas que son influenciadas por las nucleares, estas a la vez intervienen en la forma como percibimos el entorno, en como sentimos ,actuamos y pensamos, aquí encontramos ,las actitudes, reglas y los supuestos. (Mayorga, 2018)

De acuerdo al análisis observamos que las distorsiones cognitivas se centran en algunas categorizaciones como, la abstracción selectiva, es decir se centra solo en algunos aspectos específicamente en los negativos; el pensamiento dicotómico, es el que se orienta hacia los extremos; la inferencia arbitraria ,donde el sujeto interpreta equivocadamente; la sobre generalización, la magnificación y minimización, la personalización y despersonalización. (Mosqueda , Mendez, & Galindo, 2017)

Otro concepto que maneja Beck son **los productos cognitivos**, (Cespedes, 2018) que vienen a hacer los pensamientos o imágenes y son el resultado de la interacción de la información que

proporcionan las vivencias que experimenta el sujeto, aquí también se encuentran los esquemas plasmados, las creencias y los diferentes procesos cognitivos que realiza. Por otro lado cabe mencionar (Sanz, 1993) que los contenidos de los productos cognitivos son mucho más viables a la conciencia del sujeto.

Enfoque Cognitivo Aplicado a la Ansiedad Social Según Beck. De acuerdo a la investigación (Toro R. , 2012) realizada por Beck y colaboradores ,describieron a la ansiedad como un producto emocional que desencadena complejas respuestas que repercute en lo biopsicosocial,al mismo tiempo afecta la interacción de componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos, que se manifiesta inicialmente en la percepción o interpretación y luego en el reconocimiento de señales desagradables o aversivas, donde el sujeto procesa la información de manera selectiva , para luego interpretar los hechos de forma polarizada, personalizada y catastrófica; (Clark, D; Beck, A, 2012) es más percibe el ambiente de forma amenazante ,a su vez presenta limitadas capacidades personales para el afrontamiento respectivo, que lo conduce inmediatamente a responder disfuncionalmente desde el ámbito fisiológico, motor, cognitivo y motivacional (Malca, 2018).

Dentro de las dimensiones que se considera figuran:

Fisiológica, esta dimensión se activa rápidamente como la respuesta frente a la amenaza de peligro ,produciéndose la activación motora tal como, parpadeo, la inclinación repentina de la cabeza hacia adelante y una reacción de flexión que se trasmite desde el tronco hacia las rodillas (Díaz-Kuaik & De la Iglesia, 2019) temblor, cambios en la respiración, palpitaciones, sudoración, elevación de la tasa cardíaca dificultad para concentrarse, también aparece el bloqueo mental, donde cada sensación puede percibirse como peligrosa, incrementándose de esta manera la ansiedad o lo que se llama también crisis de pánico (Roca, 2016).

Cognitivo, El procesamiento cognitivo se da a nivel superficial y en nivel profundo (Clark & Beck, 1997), en esta dimensión es donde los **pensamientos automáticos**, los patrones

cognitivos que generalmente se encuentran inherentes como **creencias** intermedias y centrales ,así como también los esquemas (Beck, J. S. 2000) se convierten en procesadores de información que se encargan de direccionar procesos como la atención, la memoria , la percepción ,entre otros (Redondo & Agudelo, 2018).

De esta manera el funcionamiento esquemático, se evidencia en sus creencias relacionadas con debilidad, rechazo, pensamientos de inferioridad, es aquí donde se vuelven críticos, evaluadores, hipervigilantes, imaginan que los observan detenidamente los observan, retroalimentándose negativamente y empiezan a exigirse por cumplir altos estándares de desempeño social (Clark & Beck, 2012)

De esto inferimos que dentro de las distorsiones cognitivas de la ansiedad social se encuentra, elaborar pronósticos negativos sin pruebas suficientes, fijarse y resaltar lo negativo ,ignorando o descalificando lo positivo, por otro lado se magnifica o minimiza los hechos, haciendo uso de razonamientos emocionales ,resaltando muchas veces pensamientos extremos ,como todo o nada y etiquetar negativamente (Riso, 2006).

Emoción , se centra específicamente en las emociones desagradables y el incremento de la activación ,regidos por regiones frontales que son las encargadas del control emocional que está asociado a la región subcortical a nivel amigdalino hipocampal (Clark & Beck, 2010), dichas emociones negativas se enmarcan en sensaciones de inadecuación y de vergüenza ,orientándose a las circunstancias sociales (Hofmann & Barlow, 2002).De esta manera las investigaciones revelan precisamente que la crítica, la hostilidad y la sobreimplicación, constituyen los componentes de la emoción expresada (Espinoza-Fernandez & Muela, 2016)

Conductual, (Toro R. , 2012) busca seguridad en conductas automáticas de evitación que pretenden ser minimizadas, y buscan evitarlas y que sean percibidas por entorno de su audiencia ya sea real o imaginaria y que generalmente es sobreestimada, a esto se le suma la idea de perfeccionismo, la retroalimentación social negativa que constantemente inquieta y la

rumiación de cogniciones interpersonales, todos estas características se evidencian en tres diferentes momentos: en la fase de anticipación, durante la exposición y el postevento, según Clark & Beck (Salamanca, Gonzalez, & Barreto, 2017).

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis. La teoría de Ellis se centra principalmente en las creencias irracionales y afirma que los problemas psicopatológicos tienen su génesis a partir de sus tres fuentes: los pensamientos, lo emocional y lo conductual, a la vez enfatiza en la forma cómo los pensamientos pueden afectar en las alteraciones psicológicas. Con esto Ellis (1995) estuvo convencido que los pacientes son los responsables en gran parte de sus sentimientos perturbadores y que muchas veces son generados de manera consciente e inconscientemente.

Según la TREC la cognición es el determinante de la emoción, las creencias irracionales son las causantes de la perturbación emocional y para cambiar nuestra emoción disfuncional es necesario cambiar nuestras creencias irracionales. (Ellis A., 2019) Ellis y Dryden consideran que el problema de la conducta inadaptada, se supera en la mayoría de casos cuando se cuestionan las creencias fundamentales que generalmente son irracionales, para después sustituirlas por otras más constructivas, es decir más racionales (Mera & Rios, 2018). De esta manera Ellis propone como principal herramienta en la terapia el diálogo o debate socrático.

Dentro del enfoque de la TREC, comprende identificar lo siguiente, la adversidad (A), creencias irracionales (B), luego las consecuencias emocionales y conductuales (C), el debate y el cuestionamiento de las creencias irracionales (D) y finalmente las nuevas creencias racionales. Retóricamente el énfasis del enfoque de la TREC se centra en el cambio profundo que se otorgue a la filosofía de vida del sujeto, y no necesariamente en la eliminación de los síntomas, según el enfoque esto se consigue en el modelo A-B-C, específicamente cuando llegamos al punto D que es donde se realiza el debate racional emotivo o también llamado, diálogo socrático modificado (Rangel, 2018), es aquí donde se trata la refutación

de ideas, enfocados a alcanzar un nuevo efecto que es el punto E ,donde el sujeto se encuentra más sano y adaptable(Ellis & Griegger, 1990).

De acuerdo a la teoría TREC, deducimos que trabaja con las siguientes variables:

Pensamiento; creencias irracionales, creencias dogmáticas, creencias absolutas y catastróficas, pensamiento distorsionados, predicciones negativas, filosofía de vida, debate racional, ideas perturbadoras, refutación disfuncional, modifica el modo de interpretación, valoración subjetiva y pretende alcanzar patrones racionales adaptativos.

Emoción; perturbaciones emocionales, emociones desagradables, malestar emocional, temor constante y reacción emocional negativa. Esta variable es consecuencia del pensamiento

Conducta; conductas disfuncionales, desadaptación, califica conductas y es activo.

Bajo la mirada de este enfoque concluimos que el papel del terapeuta consiste en ir evaluando progresivamente el proceso cognitivo desadaptado del paciente y progresivamente desarrollar distintas experiencias que modifiquen las cogniciones afectivas, conductuales a través del razonamiento, usando el diálogo socrático y el paciente tomara dentro de la terapia un papel activo.

Principales Fundamentos de un Programa.La TCC se centra en la premisa de que nuestros pensamientos y sentimientos determinan e influyen en nuestro comportamiento, esta terapia contribuye a que el sujeto cambie la forma de pensar (cognitivo) y actuar (conductual), a la vez que contribuyen en cambios que repercuten y hacen sentirse mejor.

El programa como tal se fundamenta en principios, (Beck A. , 2000) es una terapia dinámica donde el paciente y sus problemas son planteados de modo cognitivo, la terapia requiere entre paciente y terapeuta una estrecha alianza, busca enfatizar en el paciente, la colaboración y participación activa ,está direccionada bajo objetivos y problemas específicos, por otro lado se centra en el presente, la terapia es educativa, se preocupa por trabajar en un tiempo determinado ,así mismo las sesiones de la Terapia Cognitiva están estructuradas ,de tal

forma que se enseña al paciente a ser consciente y se les permite que el mismo identifique lo que piensan, lo que siente y lo que hacen o pretende hacer, para ello el terapeuta utilizara una variedad de técnicas de acuerdo al proceso ,con el fin de modificar los pensamientos, emociones y la conducta (Hernandez,A, 2018).

Etapas del Proceso de la Terapia Cognitivo Conductual. Según (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006) considera etapas concretas entre ellas figuran; evaluar , valorar la identidad cultural y el grado de aculturación del paciente (problemas,causal y normas), efectuar el análisis funcional del caso, comparando el planteamiento del caso con el sistema de creencias del mismo, de común acuerdo con paciente determinar objetivos y métodos (recopilar datos) ,encaminados al progreso de tratamiento; prever el tiempo y avances de lo que se espera (mapa clínico),teniendo en cuenta algunas variables como:

- Variables distantes, que lo conforma los factores históricos o de desarrollo que sean los causantes del surgimiento del motivo de consulta.
- Variables de antecedentes, abarca los elementos que son la causa desencadenante o discriminativo de los síntomas angustiantes en sí.
- Variables orgánsmicas, representan mediadores de respuesta o moderadores de respuesta
- Variables de respuesta, se asocian a resultados finales del paciente el conjunto de síntomas angustiantes
- Variables consecuencias, están relacionadas tanto con el paciente como con el ambiente.

También es preciso tener en cuenta los **objetivos**.

- El objetivo central de tratamiento es disminuir **la elevada activación**, para ello las Intervenciones posibles son, la terapia de exposición, la inundación, la relajación.

- El objetivo de tratamiento a seguir es disminuir **las creencias disfuncionales**, para ello las intervenciones se consideran a la reestructuración cognitiva (ensayos conductuales, biblioterapia, modelamiento, refutación leve, confrontación, tareas, amigos y familia como terapeutas, visualización, dibujos, caricaturas, interpretación de toles) y la resolución de problemas.
- Otro objetivo de tratamiento es mejorar **las habilidades interpersonales**, la intervención incluye el entrenamiento en habilidades sociales, eficacia social y terapia de grupo.

Técnicas Terapéuticas Cognitivos Conductuales. Entre las técnicas más usadas en el campo cognitivo conductual (Acevedo A. , 2014) para el abordaje de la ansiedad social encontramos, el entrenamiento de habilidades sociales, las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva, la relajación y respiración y la psicoeducación.

1.3.2. Determinación de las Tendencias Históricas o Antecedentes del Proceso Cognitivo Conductual

Este acápite describe las etapas por lo que ha transitado el proceso Cognitivo Conductual con ese fin se considera los siguientes indicadores para su análisis:

- Formación de la psicoterapia
- Concepción teórica
- Trascendencia del enfoque
- Evaluación del enfoque

Etapa 1. Surgimiento de las Teorías Cognitivas Conductuales. (1900 - 1960). Se considera (Díaz, Villalobos, & Ruíz, 2012) esta primera etapa de la terapia cognitivo conductual aproximadamente a mediados de la década de los años 50 y surge frente a la necesidad psicoterapéutica (Ruiz, 2018) frente al modelo psicoanalítico ,la prioridad de la evaluación conductual se concentra específicamente en la conducta observable, considerando

el estímulo y la respuesta, pues determina que es aprendida y que puede modificarse mediante distintos principios de aprendizaje, sin embargo sus raíces epistemológicas la encontramos en:

- Reflexología, con el condicionamiento clásico de Pavlov.
- Conexionismo, de Thorndike con la ley del efecto.
- Conductismo de Watson.
- Neoconductismo de Guthrie (contigüedad), Hull (reducción del impulso), Tolman(propósito), Mowrer (bifactorial del reforzamiento)

Cabe resaltar que en este periodo resaltan en el campo de la psicoterapia dentro de la psicología clínica F. Skinner, Hans Eysenck con su terapia conductual y Joseph Wolpe con su sensibilización sistémica. (Castanedo, 2008) La psicoterapia propuesta por los investigadores de esta generación fue eficaz, influyente y se extendió. Entre sus principales rasgos cabe resaltar la intervención en la salud, usan técnicas específicas con tiempo limitado, su metodología fue experimental y lo relevante es que condujo a cambios de conducta, pensamientos y respuestas desadaptativas.

Etapa 2. Desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual (1960-1980). Esta etapa comprende la reestructuración cognitiva marcado por la relevancia de variables cognitivas en los diferentes modelos del comportamiento agregando técnicas de reestructuración cognitiva, como también técnica de manejo de situaciones y solución de problemas, sin embargo, se le incorpora el aprendizaje social de Bandura con conceptos como autoeficacia, autocontrol, aprendizaje vicario (determinismo reciproco). De esta manera plantea un acercamiento terapéutico que las convierte en el foco de intervención, aumentando el interés en la eficiencia y eficacia de los procedimientos que se utilizan en diferentes campos de la medicina conductual, así mismo en el área laboral o la practica comunitaria.

La reestructuración cognitiva según, Ellis & Eliot (2005),es preliminar en la terapia y están predeterminada a cambiar o modificar el modo de interpretar y el grado de valoración subjetiva

que se alcance, mediante diferentes técnicas como ,el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos , donde la conducta anómala esta originada por pensamientos distorsionados. (Ruiz, 2018)En esta línea encontramos a Bandura con la propuesta del aprendizaje social ,Albert Ellis (TREC) y Aron Beck (TC). (Castanedo, 2008)

Es así como la TREC (Albert Ellis) trabaja los pensamientos irracionales ,reemplazandolos por racionales ,el enfoque de Aaron T Beck la complementa con la terapia cognitiva (TC), que trabaja con pensamientos desadaptativos, bajo esta perspectiva observamos estas dos terapias que forman parte del grupo de terapias cognitivo-conductual (Caballo, Salazar, & Hofmann, 2019).

Etapa 3. Una Nueva Perspectiva (1980-Actualidad).En este periodo interactúa una alianza terapéutica, por decirlo es holística (Marquez, 2012) ,pues se centra en el contexto y el medio. Aplica una metodología científica, con una visión pragmática mostrando eficacia y efectividad se aplican terapias contextuales (Navarro N. , 2020) con enfoques funcional analítico, de aceptación y compromiso y una terapia de conducta dialéctica basado en el interés por el aprendizaje humano usando el lenguaje y teniendo en cuenta el contexto.

Por otro lado, se desarrolla la terapia cognitivo constructivista, tal como las contextuales que están demostrando gran ventaja en el abordaje de los diferentes trastornos y que realmente frente a casos difíciles muestran buenos resultados, tal como la teoría cognitivo conductual trasdiagnóstica (González-Blanch & Ruiz-Torres, 2018) este enfoque , nace del modelos de la terapia cognitivo conductual, pero mostrando una visión integradora orientada preferentemente a los trastornos de la personalidad ,pero también evolucionan hacia las concepciones transdiagnósticas.

De esta manera a continuación se determina la tendencia histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica.

Resumen de la Evolución de las Terapias Cognitivas Conductual

	Etapa 1. Surgimiento de las teorías cognitivas y conductuales. (1900 - 1960)	Etapa 2. Desarrollo de la terapia cognitivo conductual (1960-1980)	Etapa 3. Una nueva perspectiva (1980- Actualidad)
Formación de la psicoterapia	Nace frente a la necesidad psicoterapéutica, frente al modelo psicoanalítico, la prioridad de la evaluación conductual	El enfoque surge como consecuencia de los diferentes hallazgos realizados en la psicología cognitiva y la psicología conductual originando la fusión que da como resultado la TCC.	Nace del modelo de la terapia cognitivo conductual, pero mostrando una visión integradora ,individuo, contexto y su historia, orientada preferentemente al área de los trastornos de la personalidad
Concepción teórica	Se centra en la conducta observable pues determina que es aprendida (estímulo-respuesta)y puede modificarse mediante principios de aprendizaje.	Marcado por la relevancia de las variables cognitivas(procesos psicológicos) en los modelos del comportamiento agregando técnicas de reestructuración cognitiva, técnica de manejo de situaciones y solución de problemas.	Aplica una metodología científica, con una visión pragmática mostrando eficacia y efectividad y se aplican terapias contextuales con enfoques funcional analítico.
Trascendencia del enfoque	La psicoterapia fue eficaz, influyente y se extendió. Entre sus rasgos cabe resaltar ,intervención en la salud, eran técnicas específicas de tiempo limitado, su metodología fue experimental, condujo a cambios de conducta.	Plantea un acercamiento terapéutico que las convierte en el foco de intervención, aumentando el interés en la eficacia y efectividad de los procedimientos utilizados en diferentes campos como la Medicina conductual, el área laboral o la comunitaria.	Se desarrolla las terapias cognitivas constructivistas y contextuales las cuales están mostrando grandes resultados en el abordaje de trastornos realmente difíciles.

Evaluación del enfoque	Evalúa los cambios de conducta, pensamientos y respuestas desadaptativas.	Evalúa los procesos cognitivos, desadaptados y desarrolla experiencias que alteren las cogniciones afectivas, conductuales (razonamientos)	Evalúa la aceptación y compromiso, una terapia de conducta dialéctica basado en el interés por el aprendizaje humano, es constructivista y usa el lenguaje y teniendo en cuenta el contexto.
-------------------------------	---	--	--

Fuente. Creacion propia-2020

A pesar de los aportes prácticos y la gestación reciente en países latinoamericanos de la psicoterapia en el manejo de la ansiedad social, se considera, que aun falta difundir programas de terapia cognitivo conductual, aportando así al campo de la investigación.

1.3.3. Programa de Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo a las investigaciones cognitivas conductuales basadas en los enfoques psicoterapéuticos se desarrolla el siguiente programa que comprende las siguientes fases (Reyes, 2005):

Fase 1. Relación Terapeuta Paciente. Iniciar con un saludo directo y presentación adecuada, luego se plantea preguntas manteniendo la cordialidad y el respeto (nombre), también podemos preguntar “¿En qué puedo servirle?”

El terapeuta debe escuchar con suma atención y procurando no interrumpir, se debe permitir que el paciente se exprese, incluyendo sus emociones.

Tener en cuenta al finalizar la consulta, se debe considerar como un acto importante.

Fase 2. Crear la Alianza Terapéutica. Esta fase debe basarse en la confianza y comprensión y se sugiere algunas valoraciones como:

- Los antecedentes, mostrar interés (¿qué está sucediendo o pasando en su vida?).
- El afecto, ¿Cómo se siente acerca de esto?, ¿Cómo está su estado de ánimo?

- Los problemas, identificar conflictos, ¿Qué es lo que más le aflige de ésta situación?
- El afrontamiento, que hace (¿Cómo está afrontando su situación?)
- La comprensión, buscar puntos en común. (Esto debe ser muy difícil para usted).

Fase 3. Psicoeducación. En esta fase se dan las explicaciones correspondientes de modo sencillo al paciente de lo que tiene, (biológicos y psicosociales), también se le explica lo que se alcanzara en el tratamiento y algunos contratiempos circunstanciales que se puedan presentar.

Fase 4. Técnicas de relajación y musicoterapia. Una manera de lograr que se relaje es a través de la respiración, se le enseña a inspirar aire lentamente por la nariz, debe ayudarse de contar mentalmente del 1 al 5. Informarle que al inspirar lo debe hacer, consiguiendo que el abdomen se infle como un globo, seguidamente que expire lentamente a través de la boca, contando nuevamente mentalmente del 1 al 5.

Fase 5. Realizar Psicoterapia. El terapeuta debe de cultivar el arte de saber escuchar, por otro lado, saber explicar y colocar atención a las distintas preocupaciones y sentimientos del paciente. Estos son componentes básicos de la psicoterapia. Debe realizar el apoyo emocional, fortaleciendo la capacidad de afrontamiento frente a situaciones difíciles que presentan los pacientes, así mismo, es preciso, ayudarlos mediante razonamientos a discernir sus reacciones emocionales frente a los diferentes dificultades y proporcionarle herramientas como conocimientos prácticos en la resolución de sus conflictos. En esta parte se propone la técnica en el entrenamiento en la resolución de problemas, siguiendo los siguientes pasos:

- Identifica cuales son los factores detonantes que presenta de la descontrolada preocupación del paciente.
- Identificar qué acciones realiza el sujeto para enfrentarlos el problema.
- Reforzar las actividades o actitudes que está realizando con éxito.

- Planificar y proponer distintas actividades (tareas) que el sujeto debe desarrollar en los próximos días con el fin de resolver las situaciones estresantes.
- Otra técnica que se puede usar es la técnica conductual de desensibilización.

Fase 6. Remisión a Especialista. El trabajo del terapeuta es multidisciplinario por ello evaluara la situación y derivara a profesionales oportunos, según sea el caso.

1.3.4. Desarrollo del Programa

Se debe tener en cuenta que el programa de terapia cognitivo conductual se desarrolla de forma personalizada o también en grupos en diferentes sesiones (Royal College of Psychiatrists, 2009).

Según (Valles & Olivares , 2014) un programa de intervención debe estar compuesto de 12 sesiones de 90 minutos y una vez por semana, en donde el programa debe constar de lo siguiente técnicas (Salaberria & Echeburua, 2003):

- La Educación. Informar al paciente respecto al tratamiento.
- Entrenamiento de habilidades sociales dentro de su grupo, para ello se debe incluir conversaciones, actitudes asertivas, otorgar y recibir cumplidos, tratar de establecer y mantener amistades y se debe considerar el entrenamiento para hablar en público.
- La exposición, el sujeto se expone a situaciones en donde interactúa e inicia diálogos con sujetos desconocidos ya sea del mismo o de diferente sexo, también se utiliza el videofeedback.
- Se aplica técnicas de reestructuración cognitiva utilizando la terapia cognitiva de Beck y Ellis, tal como, el entrenamiento en focalización atencional, La utilización del vídeo-feedback, El entrenamiento en autoinstrucciones positivas.

Una forma de hacer el trabajo más interactivo, se sugiere al paciente que se agencie de un diario para cotejar su trabajo de cada sesión. Esto le permitirá visualizar, identificar y hacer

un seguimiento de su estilo de pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamientos.

Últimamente según los programas cognitivos conductuales (Acevedo & Gélvez, 2018) describen técnicas cognitivos conductuales tal como lo refiere (Hernandez,A, 2018) quién propone una intervención psicoterapéutica para la dimensión cognitiva ,emocionales – fisiológicas y conductuales, durante 14 sesiones que incluye; la alianza terapéutica y psicoeducación , el dialogo socrático y técnicas de reatribución , entrenamiento de relajación y musicoterapia, autoexposición gradual, reestructuración cognitiva, exposición en imaginación y en vivo a situaciones evitadas.

Según Roca (2016), considera que la terapia individual se desarrolla en su inicio luego le sigue a **la terapia grupal** según el modelo de Beck citado por el mismo autor, basados en los trabajos de (Heimberg, Butler y Mattick) se debe desarrollar simultáneamente a partir del tercer mes y debe incluir:

- Entrenamiento de habilidades sociales
- La reestructuración cognitiva
- Hacer una lista de pensamiento ansiosos y evitativos (detectar)
- Tomar notas en registro (ayudarse de la distracción para manejarlos)
- Registrar los pensamientos alternativos (releer)
- Manipular la autoimagen
- Colocar a prueba las predicciones
- Tener en cuenta el manejo de la evaluación post-suceso
- Ir gradualmente modificando las creencias desadaptativas
- Socialización (exposición gradual)

Cuando se observa que el sujeto va alcanzados estados de mejoría significativo, y va respondiendo a los objetivos propuestos del tratamiento, se puede ir alterando la frecuencia de

la sesiones ,es decir se va espaciando, (Camino & Serrano, 2019) no olvidar que la meta es mantener la mejoría y evitar las recaídas (Sparrow, 2007).

1.3.5. Marco Conceptual.

Adolescencia

Es una etapa (OMS, 2020) de crecimiento y desarrollo que es consecutiva a la niñez y se presenta antes de la adultez, comprende alrededor de los 10 a 19 años. Es una etapa de transición, se caracteriza por los cambios. Esta etapa está condicionada por procesos biológicos que influyen en lo psicológico y social, sin embargo, la duración y las diferentes características de este periodo pueden verse afectadas a lo largo del tiempo, pues puede variar entre una cultura y otra y también depende de los contextos socioeconómicos en el que se desenvuelve.

Ansiedad

El ser humano necesita de la ansiedad en la vida y para la misma supervivencia, pero, cuando es excesiva ya pierde su función de adaptación al medio, deducimos que no es beneficiosa y se transforma en un problema que luego se transforma en una enfermedad, que hace perjuicios y deteriora la vida del sujeto, conllevando frecuentemente a la atención médica (Sempere E, 2017).

La ansiedad (Clark, D; Beck, A, 2012), es un estado de amenaza profundo que incluye factores cognitivos, además se presenta el miedo pero como una aversividad percibida, no existe control, existe la incertidumbre, el sujeto se siente vulnerable frente a un estímulo, además el sujeto se siente incapaz para obtener los resultados esperados.

Ansiedad social.

Es el miedo descontrolado en diferentes experiencias sociales en donde el sujeto se encuentra expuesto, según él, a un posible escrutinio por parte de las otras personas. Entre algunos de los factores etiológicos encontramos los temperamentales, ambientales, genéticos, neuroquímicos (Revista médica Sinergia, 2016)

Cognición

Desde la orientación cognitiva se usa para referirse a las diferentes actividades mentales, por ejemplo para Beck (1976) lo relaciona con significados, para Ellis (1962) creencias y para Lazarus (1978) imágenes. Como podemos deducir cada uno le ha dado la relevancia del significado. (Ellis & Griegger, 1990)

Conducta

Es la acción que realizamos.

Distorsiones cognitivas

Son conceptos desarrollados por los teóricos Ellis y Beck , considerandolo una forma del pensamiento ,pero de forma irracional, automático y repetitiva (Ontoria, 2018), se considera como supuestos y creencias que van a facilitar la aparición de sesgos y errores en como se procesa la información. Por otro lado la revista de psicología (Lemos, Jaller , & Gonzales , 2012) lo describe como errores del pensamiento habitual y repetitiva, el cual origina, productos cognitivos equivocados (Riso 2006).

1.4. Formulación del Problema.

En la ciudad de Chiclayo quién comprende la realidad problemática de intervención en la institución Educativa Privada “Juan Mejía Baca” que alberga a la población estudiantil del cuarto grado del nivel secundario, quienes provienen de sectores urbanos y alrededores de la ciudad de Chiclayo, manifiestan conductas inadecuadas y desadaptativas convirtiéndose en un problema de la investigación la Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual incide en la ansiedad social.

1.5. Justificación e Importancia del Estudio.

La investigación propuesta , programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes del cuarto grado de nivel secundario de la ciudad de Chiclayo surge frente a la necesidad de que hoy muchos adolescentes se enfrentan a cambios totalmente vertiginosos

y acelerados el cual repercuten en los diferentes aspectos de la vida del sujeto (Infocop, 2019), tal es así que los diferentes agentes influyentes como, la ciencia , la tecnología , la pandemia y su propia edad (la adolescencia) , configuran un escenario sumamente agobiante para ellos, produciendo un gran impacto en la salud mental (Gómez, Casas, & Ortega, 2016) , está situación repercute en el estado emocional de los sujetos desencadenando manifestaciones emocionales extremas como la ansiedad que afecta las funciones fisiológicas, emocionales y cognitivas, constituyéndose en un conflicto emocional que paraliza y crea una situación amenazante y que muchas veces se hace constante en la vida cotidianas, y es un problema real (Mak, Fosco, & Feinberg, 2017).

Mucho más en los adolescentes donde la ansiedad se puede constituir en un agente que interfiera en la capacidad de desenvolverse, adaptarse y de aprender de manera óptima, muchos de los adolescentes presentan problemas en la escuela, en la socialización con su propio grupo, incluso con ellos mismos, esto hace que su vida se insatisfactoria en el presente, pero también puede tener un impacto a largo plazo.

Por esta razón se desarrolla la investigación ,pues se pretende que los adolescentes sean conscientes de sus cogniciones, de su estado emocional ;que desarrollen habilidades de interacción adecuada e integración; por otro lado que aprendan a manejar estrategias terapéuticas racionales basadas en la terapia cognitivo conductual (Navarro M. , 2018) pues ha demostrado ser eficiente ,pues a lo largo de estos año ha conquistado resultados positivos en el tratamiento del manejo de la ansiedad ,no solo en adultos ,si no también en los jóvenes y adolescentes, tal como lo revelan las investigaciones (Korman & Saizar, 2016).

La terapia cognitivo conductual se caracteriza por ser una terapia que reduce lo sumo posible el malestar psicológico que presentan los sujetos, así mismo las conductas desadaptativas producidas muchas veces por creencias irracionales, esto se logrará a través de la metamorfosis paulatina de los procesos cognitivos, la cual tiene como base las emociones y

conductas, pues todo lo que experimentamos a nivel de lo que sentimos y hacemos, son producto de nuestras cogniciones (Lega, Calvo, & Sorribes, *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico práctico y actualizado.*, 2017). Para ello es preciso que la población en mención desarrolle las intervenciones psicológicas cognitivos conductuales, pues está comprobado que generan cambios en los esquemas cognitivos, además esta terapia está dotadas de herramientas útiles que si son utilizadas adecuadamente servirán como valiosos elementos para reducir la ansiedad de los adolescentes del cuarto grado del “Juan Mejía Baca”, contribuyendo de esta manera en su desarrollo biopsicosocial de los adolescentes.

1.6. Hipótesis.

Si se elabora un Programa cognitivo conductual que tenga en cuenta el manejo de la ansiedad social y su sistematización, entonces se contribuirá a disminuir la ansiedad social en los adolescentes del nivel secundario del colegio privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivos General

Elaborar un Programa Cognitivo Conductual para la ansiedad social en los adolescentes del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Determinar la tendencia histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en los adolescentes del Nivel secundario del colegio Privado “Juan Mejía Baca” Chiclayo.
- Elaborar un programa de acciones fases o etapas y planeación estratégica cognitivo conductual para la ansiedad social.

- Validar por criterios de especialistas la estrategia cognitivo conductual para la ansiedad social.
- Ejemplificar parcialmente la aplicación del programa Cognitivo conductual en los adolescentes con ansiedad social del colegio Privado “Juan Mejía Baca”.

MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Tipo y Diseño de Investigación

Objetivo: La investigación es aplicada, pues se desarrolla una Programa cognitivo conductual, la cual permite diseñar estrategias que se orienten a lograr el objetivo concreto.

Profundización en el objeto: El alcance de la investigación es descriptiva (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), pues establece la caracterización y descripción de la variable cognitivo conductual que no busca causas ni consecuencias.

Tipo de datos empleados: Es mixta, primero se va a cualificar, es decir se obtendrá datos no cuantificables, basados en la observación; luego será cuantitativa pues se desarrollará un análisis de la realidad a través de diferentes procedimientos basados en la medición.

Grado de manipulación de las variables: Cuasi experimental porque se realizará una aplicación parcial del aporte práctico.

Tipo de inferencia: Hipotético-deductivo.

Periodo temporal que se realizara: Transversal porque se hace la medición de características determinadas en diferentes sujetos en un determinado momento.

7.2. Población y Muestra

La población está conformada por los estudiantes del cuarto grado de educación secundaria del año académico 2020, la estimación corresponde a 190 sujetos del colegio secundario “Juan Mejía Baca de Chiclayo, a la vez se consideró como referencia a los apoderados y docentes de los estudiantes para corroborar el problema a investigar.

Muestra: Este trabajo está integrado por 50 estudiantes de ambos sexos entre las edades de 14 a 16 años del cuarto grado de secundaria, seleccionados a través de muestreo no probabilístico intencional.

Por otro lado, se solicita a los padres (40) y docentes (4) de los estudiantes de la muestra a formar parte del estudio como fuente referencial al trabajo de investigación, quienes participan a través de responder el test correspondiente, el cual corrobora la información remitida por los estudiantes. Los test fueron enviados vía correo.

Tabla

2

Tamaño de Muestra.

Nº	Sujetos a investigar	Frecuencia
1	Estudiantes	50
2	Padres de familia	40
3	Docentes	4
Total		94

Fuente: Creación propia.

Se tendrá en cuenta los criterios:

Criterios de Inclusión:

- Sexo femenino y masculino
- Rango de edad, 14-16 años de edad
- Alumnos del cuarto grado de secundaria.
- Estudiantes que acepten estar comprometidos en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Alumnos que no están en cuarto grado de secundaria.
- Estudiantes que no son parte del rango de 14-16 años de edad.
- Estudiantes que no deseen participar del presente estudio.

7.3. Variables, Operacionalización

- Variables Independiente: Programa Cognitivo Conductual
- Variable dependiente: Ansiedad social
- Operacionalización de variables (Anexo 2)

7.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad

- Como técnica principal se aplicó la técnica de la encuesta.
- La observación directa.
- Juicio de expertos, para la validación de los instrumentos.

7.4.1. Métodos Teóricos:

- Análisis- síntesis. - Se utiliza a lo largo de la investigación para la descripción del proceso cognitivo conductual.
- Abstracto- concreto. -Es la síntesis de los elementos teóricos y de la concepción del proceso cognitivo conductual.
- Histórico-lógico. -se utiliza para determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica.

7.4.2. Métodos Empíricos:

Observación directa. - Se utiliza desde el momento en que interactuamos con los estudiantes que conforman la muestra.

Instrumento. -Se aplica el instrumento para determinar la caracterización del proceso cognitivo conductual, el **Inventario de Ansiedad de Beck**, este es una herramienta que tiene gran aprobación por profesionales y permite medir la ansiedad en adultos y también en los adolescentes, se usa en la evaluación clínica en el campo de la investigación básica.

Este cuestionario se aplica de manera individual o grupal es un instrumento de opción múltiple de 21 ítems que permite medir la ansiedad social, se encarga de describir las dimensiones emocionales (1,7,11,15); fisiológicos (3,6,12,18,19); cognitivos

(4,5,8,9,10,13,14,16,17) y conductuales (2,20,21) de la ansiedad, siendo una prueba adecuada para evaluar la ansiedad social (Guillen & Gonzalez, 2019). El criterio que para considerar ansiedad de modo relevante es obtener 16 puntos a más. Los puntos de corte que se sugiere para interpretar los resultados obtenidos son los siguientes, de 0 a 5 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, 6 a 15 como leve, de 16 a 30 como moderado y de 31 a 63 como grave.

Tabla **3**

Distribución de Puntaje y Nivel de Ansiedad Social, Según Beck

Puntaje	Categoría
0-5	Nivel mínimo
5-15	Leve
16-30	Moderado
31-63	Grave

Fuente: Creación propia

La calificación se desarrolla bajo la escala de Likert, la puntuación total es la suma de todos los ítems y se toma como referencia los síntomas a la última semana y considerando el momento actual.

El evaluador debe ser meticuloso al examinar cada uno de los elementos específicos y así establecer si los síntomas son relevantes en el ámbito fisiológico, cognitivo, conductual o emoción y establecer pautas de tratamiento adecuadas. (Garrido, 2013)

7.4.3. Validez y Confiabilidad

Se ha obtenido la validación del contenido del cuestionario por medio del juicio de expertos (Diaz & Luna, 2014) quién ha considerado que los ítems son claros, coherentes y relevantes para medir cada dimensión.

7.5. Procedimientos de Análisis de Datos

- Solicitar la autorización a la Directora del colegio Privado Juan Mejía Baca.

- Acudir a las aulas virtuales, al mismo tiempo identificar a los alumnos y pedirles mediante documento el consentimiento informado (AnexoNº13)
- Aplicar el instrumento.
- Recoger la información con los datos del formulario vía correo con la intención de construir la base de datos respectivamente.
- Se ingresará al programa IBM SPSS para que sea procesado y obtener la confiabilidad, la comprobación de la hipótesis en tablas y gráficos, después del análisis y la interpretación.

7.6. Criterios Éticos

El Informe Belmont se suscribió en abril 1979 ,este documento, trata de explicar y unificar los principios fundamentales éticos y básicos de los distintos informes de la Comisión Nacional y las regulaciones los cuales incorporan sus recomendaciones (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, 2003).

Se hace referencia a continuación los tres principios éticos fundamentales que se tiene en cuenta para la investigación con personas:

- Se debe respetar al sujeto en cuestión, para ello se debe proteger la autonomía y se debe tratar con cortesía, respeto y sobre todo se debe tener en cuenta el consentimiento informado.
- Beneficencia, se debe en el grupo maximizar los beneficios, de esta manera el proyecto de investigación minimiza los riesgos de los investigados.
- Justicia, se debe usar pautas que sean razonables, que no afecten o dañen y tener en cuenta la consideración para asegurar que se administrara correctamente en lo que se refiere a costo beneficio.

Actualmente, el informe Belmont sigue manteniendo la línea y la referencia esencial con el fin de que los investigadores y los diferentes grupos que trabajan con sujetos en el campo de la investigación, sigan asegurándose que los proyectos cumplan con las regulaciones éticas correspondientes.

7.7. Criterios de Rigor Científico.

Es así como la investigación latente, cumple con los principios de rigor científico Lincoln y Guba (1985) afirman, que es necesario la confiabilidad del estudio de la investigación, pues es importante porque así se evalúa su valor, esto implica:

- Credibilidad: se refiere a la confianza, es decir ceñirse a la "verdad" de los hallazgos.
- Transferibilidad: demuestra que los hallazgos encontrados por extensión pueden ser aplicados en otros contextos.
- Confiabilidad: muestra que los hallazgos presentan solidez es decir son consistentes y podrían volver a repetirse.
- Confirmabilidad: es el grado de neutralidad en que los hallazgos de un estudio son moldeados por los encuestados y no por el sesgo, también depende de la motivación o el interés del investigador (Suarez.M, 2006).

RESULTADOS

8.1. Resultados en Tablas y Figuras

La muestra de estudio estuvo conformada por 50 estudiantes, del cuarto grado de secundaria del colegio privado "Juan Mejía Baca" de Chiclayo. A la vez se incluyó a 40 padres de familia y 4 docentes quienes confirmaron y reforzaron los datos vertidos por los estudiantes.

Los resultados de las encuestas son las siguientes:

Tabla 4*Nivel de Ansiedad de los Estudiantes-Test a Estudiantes.*

Niveles de Ansiedad	F	%
De 0 a 5 (No)	0	0
De 6 a 15 (Leve)	0	0
De 16 a 30 (Moderado)	27	54
De 31 a 63 (Grave)	23	46
Total	50	100

Fuente. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 4 revela la encuesta aplicada a los alumnos del cuarto grado de secundaria, la ansiedad social en los adolescentes, representa el 54% (27) en nivel moderado y 46% (23) en el nivel grave.

Tabla 5*Nivel de Ansiedad de los Estudiantes-Test a Docentes.*

Niveles de Ansiedad	f	%
De 0 a 5 (No)	0	0
De 6 a 15 (Leve)	4	8
De 16 a 30 (Moderado)	23	46
De 31 a 63 (Grave)	23	46
Total	50	100

Fuente. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 5 representa a los docentes del cuarto grado de secundaria, que observaron características de ansiedad social en los adolescentes del cuarto grado de secundaria, donde el 8% (4) se encuentra en el nivel leve de ansiedad mientras que el 46% (23) representa el nivel moderado y el 46% (23) se encuentra en el nivel grave.

Tabla 6*Niveles de Ansiedad de los Estudiantes-Test Padres de Familia.*

Niveles de Ansiedad	f	%
De 0 a 5 (No)	2	5
De 6 a 15 (Leve)	6	15
De 16 a 30 (Moderado)	20	50
De 31 a 63 (Grave)	12	30
Total	40	100

Fuente. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 6 representa la encuesta aplicada a los padres de familia del cuarto grado de secundaria, en donde la ansiedad social en los adolescentes, representa el nivel mínimo en un 5%(2), el nivel leve el 15% (6), el 50% (20) representa, nivel moderado y en el nivel grave el 30% (12).

Tabla 7*Nivel de Ansiedad Consolidado.*

Niveles de Ansiedad	ESTUDIANTES		PROFESORES		PADRES		Media	
	f	%	F	%	f	%	X	%
No	0	0	0	0	2	5	1	2
Leve	0	0	4	8	6	15	3	8
Moderado	27	54	23	46	20	50	23	50
Grave	23	46	23	46	12	30	19	41
Total	50	100	50	100	40	100	47	100

Fuente. Elaboración propia.

Interpretación: La tabla 7 representa el consolidado de nuestra investigación diagnóstica, conformado por los estudiantes, docentes y padres del cuarto grado de educación

secundaria, en donde la ansiedad social en los adolescentes varía según encuesta aplicada, siendo el promedio de nivel de ansiedad social el siguiente 2% No ansiedad, 8% leve ,50% moderado y un 41% Grave. De acuerdo a los resultados del diagnóstico desarrollado, interpretamos que existe un 91% (42) de ansiedad social en los adolescentes del cuarto grado de secundaria del colegio privado “Juan Mejía Baca” con quienes se debe implementar el programa cognitivo conductual.

Tabla 8

Distribución de Niveles de Ansiedad Social según Cuestionario de Beck a estudiantes.

N°	Items	Mode				Total
		No f	Leve f	moderado f	Grave f	
1	Me siento torpe , soñoliento o aletargado en estos días.	5	15	8	22	50
2	Andas acalorado	14	21	11	4	50
3	Ante algún cambio siento temblor en las piernas	13	15	10	12	50
4	Me siento incapaz de relajarme	10	15	16	9	50
5	Siento temor a que ocurra lo peor	0	7	12	31	50
6	Estoy mareado, o demasiado inquieto	13	15	14	8	50
7	Tengo latidos de corazón fuertes y acelerados	9	19	15	7	50
8	Me siento inestable	12	13	13	12	50
9	Me siento atemorizado	10	19	15	6	50
10	Estoy constantemente nervioso	4	19	10	17	50
11	Tengo sensación de bloqueo	14	13	10	13	50
12	Cuando estoy frente a los demás tengo temblores en las manos	9	20	8	13	50
13	Siento inquietud e inseguridad	3	14	12	21	50
14	Constantemente siento miedo de perder el control	14	10	10	16	50
15	Con sensación de ahogo	15	13	13	9	50
16	Con temor a morir	17	7	12	14	50
17	Vivo con miedo	14	20	9	7	50
18	Sufro de problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento)	30	12	7	1	50
19	Se me desvanece el cuerpo, cuando entro en contactos con otros.	20	18	8	4	50
20	Me ruborizo cuando converso con otras personas.	5	17	13	15	50

21	Cuando interactuó con otros, automáticamente presento sudores, fríos o calientes	13	13	13	11	50
----	--	----	----	----	----	----

Fuente. Elaboración propia

Dimensión	Items	Frecuencia				Total
		No	Leve	Moderado	Grave	
Emocional	1	5	15	8	22	50
	7	9	19	15	7	50
	11	14	13	10	13	50
	15	15	13	13	9	50
Fisiológicos	3	13	15	10	12	50
	6	13	15	14	8	50
	12	9	20	8	13	50
	18	30	12	7	1	50
	19	20	18	8	4	50
Cognitivos	4	10	15	16	9	50
	5	0	7	12	31	50
	8	12	13	13	12	50
	9	10	19	15	6	50
	10	4	19	10	17	50
	13	3	14	12	21	50
	14	14	10	10	16	50
	16	17	7	12	14	50
	17	14	20	9	7	50
Conductuales	2	14	21	11	4	50
	20	5	17	13	15	50
	21	13	13	13	11	50

Interpretación: Distribución de los ítems según los niveles de ansiedad.

Tabla 9

Niveles de Ansiedad según Dimensión.

Fuente. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 9 resalta que la dimensión cognitiva oscila con mayor frecuencia entre moderado y leve en relación a las demás.

8.2. Discusión de Resultados

Se realiza teniendo como base el estudio desarrollado en los adolescentes del cuarto grado de secundaria del “Juan Mejía Baca”-Chiclayo.

La discusión gira en relación al objetivo general que consiste en elaborar un programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes, para ello previamente se aplicó el test de ansiedad social de Beck a los estudiantes del cuarto grado, como público objetivo, a la vez se solicitó la participación de docentes y padres de familia quienes son los observadores que apoyan, refuerzan y corroboran la información vertida por los estudiantes que manifiestan el trastorno de ansiedad social en sus diferentes niveles (Guillen & Gonzalez, 2019). El test evidencio lo siguiente:

En la tabla 4 se describe el diagnóstico de la investigación tomado de los estudiantes del cuarto grado, el resultado refleja un alto nivel de ansiedad social que comprende el nivel moderado (27) y grave (23), sobre esta base se propone el programa de terapia cognitivo-conductual que está vinculado con el pensamiento, a la emoción y a la conducta. Trabajar con los aportes de las diferentes posturas de la psicología científica, la cual se basa en principios y en la aplicación clínica de la psicología tanto cognitiva, como conductista, donde se combinan técnicas específicas tanto de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición. (Diaz, Ruiz, & Villalobos, 2017) permitirá que los mismos manejen adecuadamente sus distorsiones cognitivas y puedan integrarse sin temores o amenazas y puedan encontrar el bienestar.

La tabla 5 y 6 se describe la información vertida por los docentes y apoderados de los estudiantes del cuarto grado, quienes corroboran y refuerzan la información vertida por los estudiantes, aunque con pequeñas variantes en comparación con la información recabada de los estudiantes, porque como es sabido, ellos son los agentes que interactúan con el estudiante y pueden apoyar en el trabajo del programa propuesto (Munte, 2019),

La tabla 7 consolida la información diagnóstica realizada en los estudiantes del cuarto grado ,además se suma las observaciones de docentes y padres ,quienes confirman que existe ansiedad social en los adolescente ,ello se refleja en los niveles moderado y grave ,sumando un 91% de la muestra ,tal como lo refleja los resultados,como es notorio en la adolescencia los cambios desencadenan muchas amenazas ,pues se ven expuestos a una gran presión producto de sus cambios (González & Flores, 2017) experimentando alteración en su salud mental, que se evidencia en la ansiedad social que cobra incidencia entre los adolescentes (Gómez, Casas, & Ortega, 2016).

Por otro lado la tabla 7, nos permite comparar los resultados del cuestionario aplicado a estudiantes docentes y padres percibimos algunas variantes, por ejemplo algunos padres (40) fueron renuentes a participar en la corroboración de datos, aunque si permitieron que sus hijos sean objeto de estudio, los padres en cuestión consideran que de los 50 estudiantes en investigación, algunos no poseen ansiedad social, esto revela el desconocimiento del trastorno ,pero también revela que en la mayoría de veces la ansiedad social se presenta con síntomas muy inexactos, enmascarándose en dolencias corporales, tal como lo prescribe investigaciones previas en donde se afirma que en un 50% de los casos intervenidos no es diagnosticado adecuadamente (Roberge, 2015).

Bajo esta misma óptica los padres señalan que existe ansiedad social en nivel mínimo 2, leve 6, moderado 20 y grave 12. A diferencia de los docentes que establecen tres niveles, leve 4 , moderado 23 y grave 23 y de acuerdo a la información recabada por los estudiantes, solo encontramos dos niveles, moderado 27 y grave 23. Esto revela la problemática planteada, tal como la insuficiente orientación y practica en el desarrollo y manejo de la ansiedad social en los adolescentes.

Deduciendo , la tabla 7 revela que fusionando la información recabada en el diagnóstico ,tanto de estudiantes ,docentes y padres , existe una representación del 8% de

adolescentes que manifiestan ansiedad leve ,mientras que el 50% representa el nivel moderado y el 41 % se encuentra en el nivel grave, esto suma aproximadamente un 91% de estudiantes con ansiedad social en nivel de leve a moderado, esto claramente se refleja en la insuficiencia de la práctica del proceso cognitivo conductual como la orientación metodológica de maestros y padres de familia para la adecuada orientación en el manejo de la ansiedad social.

En la tabla 8 se describe cada uno de los ítems del cuestionario de Beck y donde sobresalen algunas características notables que demuestran la ansiedad social como por ejemplo en el ítems 5 ,donde afirma ,que casi siempre, siente temor a que ocurra lo peor 31 estudiantes, así mismo en el ítems 13 Siente inquietud e inseguridad 21 estudiantes ,casi siempre ,estos indicadores corroboran que ,el sujeto con ansiedad social, interpreta el ambiente de forma amenazante, y producto de su misma inmadurez presenta limitadas capacidades personales para el afrontamiento respectivo, que lo conduce inmediatamente a responder disfuncionalmente desde el ámbito fisiológico, motor, cognitivo y motivacional (Malca, 2018)

En la tabla 8 Items 18, Sufro de problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento) 30 estudiantes informaron que no presentan esta característica, 12 levemente ,7 moderadamente y solo 1 casi siempre. Si comparamos con la tabla 9 se relaciona con la dimensión fisiológica, que demuestra que hay problemas manejables en relación a la dimensión cognitiva donde si encontramos indicadores de alto nivel.

En la tabla 9 encontramos la distribución de niveles de ansiedad social según dimensión baramada, de acuerdo al cuestionario de Beck de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad social (Guillen & Gonzalez, 2019), los estudiantes vertieron los siguientes resultados:

En la *dimensión emocional* encontramos el ítems (1), se siente torpe, soñoliento o aletargado en estos días, 5 estudiantes no mostraron dicha actitud, 15 estudiantes revelaron que

levemente se sienten así, 8 estudiantes lo expresan en nivel moderado y 22 estudiantes afirmaron que casi siempre se sienten torpe, soñoliento y aletargado. El Items 7, tengo latidos de corazón fuertes y acelerados 9 dijeron que no,19 levemente,15 moderadamente y 7 casi siempre. El items 11, tengo sensación de bloqueo 14 dijeron que no,13 levemente,10 moderadamente y13 casi siempre. El items 15, con sensación de ahogo ,15 no,13 levemente,13 moderado y 9 casi siempre.

Estas características se enmarcan en emociones negativas, en sensación de inadecuación y vergüenza, enfocándose hacia las situaciones sociales específicamente. De esta manera las investigaciones revelan precisamente que la crítica, la hostilidad y la sobreimplicación, constituyen los componentes de la emoción expresada (Espinoza-Fernandez & Muela, 2016)

En la *dimensión fisiológico*, el items 3, ante algún cambio siento temblor en las piernas 13 dijeron que no ,15 levemente,10 moderado y 12 casi siempre. En el ítems 6 estoy mareado, o demasiado inquieto;13 afirmaron que no,15 levemente,14 moderadamente y 8 casi siempre. El items 12, cuando estoy frente a los demás tengo temblores en las manos, no dijeron 9, levemente 20, 8 moderado y 13 casi siempre. El items 18, Sufro de problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento) 30 dijeron no, 12 leve, 7 moderadamente y casi siempre solo 1. En el items 19, se me desvanece el cuerpo, cuando entro en contactos con otros. 20

consideraron que no ,18 levemente, 8 moderadamente y 4 estudiantes casi siempre. Estas características se activan rápidamente como respuesta a la amenaza de peligro ,produciéndose la activación motora y reacciones que alteran el organismo (Díaz-Kuaik & De la Iglesia, 2019).

En la *dimensión cognitivo*, Items 4, me siento incapaz de relajarme 10 dijeron que no,15 levemente,16 moderado y 9 casi siempre. En el items 5, siento temor a que ocurra lo peor 15 estudiante menciono que levemente, mientras que 12 lo considera moderado y 31 estudiantes casi siempre. En el items 8, me siento inestable 12 dijeron que no,13 dijeron que levemente, 13 moderado y 12 casi siempre. En el items 9, me siento atemorizado ,10

afirmaron que no,19 levemente, 15 moderadamente y 6 casi siempre. En el ítems 10, estoy constantemente nervioso ,4 afirmaron que no, 19 levemente,10 moderado y 17 casi siempre. En el ítems 13, siento inquietud e inseguridad 3 dijeron que no,14 levemente, 12 moderado y 21 casi siempre. En el ítems 14, constantemente siento miedo de perder el control 14 dijeron no, 10 levemente,10 moderado y 16 casi siempre. En el ítems 17, vivo con miedo, 14 no, 20 levemente,9 moderado y 7 casi siempre.

Estas características son propias de las distorsiones cognitivas ,pues casi siempre, se sienten amenazados; esa es la forma como interpretan ,las situaciones a las que están expuestos, de acuerdo a sus razonamientos ,esto produce en los sujetos incertidumbre que está vinculada de hecho con sus preocupaciones ansiosas (Zuluaga, 2018).Como podemos notar el funcionamiento esquemático se evidencia en sus creencias relacionadas con debilidad, rechazo y pensamientos de inferioridad (Redondo & Agudelo, 2018). Es así como esta dimensión es la que más notoriedad revela demostrando que la teoría o enfoque da valor se centra en el ***pensamiento y la cognición*** como instrumento principal de la alteración psicológica (Torales & Cantero, 2017) y esta se constituirá en la base para la intervención correspondiente.

En la *dimensión conductual*, el ítems 2, anda acalorado,14 respondieron que no, 21 revelaron que levemente, mientras que 11 estudiantes de nivel moderado y solo 4 casi siempre. En el ítems 20, me ruborizo cuando converso con otras personas, 5 dijeron que no, 17 levemente,13 moderado y 15 casi siempre. En el ítems 21, cuando interactuó con otros, automáticamente presento sudores, fríos o calientes, 13 dijeron que no, 13 levemente, 13 de modo moderado y 11 casi siempre. El sujeto, busca seguridad en conductas automática de evitación que pretenden ser minimizadas, e intentan a toda costa evitar que sean percibidas por el entorno ya sea este real o imaginario (Salamanca , Gonzalez, & Barreto, 2017).

Después del análisis del diagnóstico realizado, se elabora el programa cognitivo conductual que se concentra en la psicoterapia y pretende que los adolescentes que son

afectados por la inadecuada interpretación de los sucesos , trabajen con las distorsiones cognitivas específicamente con los procesos cognitivos (Capilla, 2016) tal como, la percepción, la atención, la memoria y la interpretación que son mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas ,llamadas esquemas (Escobar, 2018).Estos pensamientos catastróficos y derrotistas se ven reflejados en las respuestas vertidas por los investigados y corroborados por los agentes del entorno que forman parte de la muestra y que a través de sus respuestas reflejan significativamente la problemática que se estandariza en los porcentajes de moderado y grave.

Para tal efecto se ejemplifica la aplicación parcial del programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes, en donde se les informa sobre la amenaza que representa la ansiedad frente a situaciones ,por otro lado se les explica a los adolescentes como la ansiedad social afecta en su comportamiento (Arango, Romero, & Hewitt, 2018) .Se concientiza a los adolescentes que mediante el programa cognitivo conductual se disminuirá la ansiedad social (Urbano, 2019); para validar esta fase se evalúa teniendo en cuenta la encuesta (anexo 10 y 11) con el fin de validar el impacto del programa en su primera fase.

De acuerdo al análisis estadístico de las encuestas se evidencia que el programa cognitivo conductual cobra gran importancia frente a la ansiedad social que sufren los estudiantes, pues los investigados consideran que se sienten identificados con el tema en relación a sus miedos (Rodríguez & Perez, 2020)y que va acorde con sus necesidades y expectativas.

8.3. Aporte Práctico

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DEL CUARTO GRADO DEL NIVEL SECUNDARIO DEL COLEGIO PRIVADO “JUAN MEJÍA BACA”

El Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del cuarto grado de secundaria del colegio “Juan Mejía Baca” Chiclayo, constituye una necesidad urgente, pues se precisa que los adolescentes desarrollen estrategias adecuadas para su desenvolvimiento e integración social. La ansiedad social fue siempre una problemática dentro de la salud mental, demostrada por las estadísticas, (McCarthy, 2019) ,antes de la pandemia, sin embargo actualmente los adolescentes se han visto afectados grandemente por otro factor ,la pandemia, previo a que como es sabido ya por naturaleza y por la misma edad se vive conflictos emocionales ambivalentes ,sin embargo ,la ansiedad ,cobra incidencia y se ve manifestada en gran manera ,centrándose específicamente la ansiedad social, como una problemática que interfiere con gran amplitud en esta etapa, algunos expertos (Gómez, Casas, & Ortega, 2016) consideran que es la etapa de riesgo ,pues las estadísticas la asocian con un mayor efecto.

De acuerdo al informe del departamento de psicología del colegio privado “Juan Mejía Baca” previo a la pandemia, los adolescentes del cuarto grado presentan problemas para interactuar e integrarse en su contexto social, es decir presentan conductas desadaptables al entorno, el temor es una constante, por otro lado, existe deficiente comunicación efectiva y asertiva, dificultades para relacionarse e interactuar con los demás. Así mismo en el diálogo con los adolescentes manifiestan que se sienten emocionalmente afectados, pues sienten que los demás los ven negativamente produciendo malestar emocional y un pésimo concepto de sí mismo, además se sienten limitados cuando desean expresarse, opinar, pues el temor es una constante y tienen dificultad para relacionarse dentro del grupo dadas las condiciones personales y de contexto, afectando en su desenvolvimiento académico y social.

8.3.1. Fundamentación del Aporte Práctico.

El aporte se desarrolla con el fin de disminuir la ansiedad social de los adolescentes, con la finalidad de que por su propia edad ellos ,precisan del grupo para alcanzar su desarrollo de

manera integral, sin embargo la ansiedad social los limita ,pues se presenta como una amenaza que interrumpe su proceso de adaptación ,la ansiedad social se manifiesta como una respuesta previa frente a un estímulo que se percibe como peligroso o como una amenaza futura, caracterizándose por presentar una serie de sensaciones afectivas expresadas en características como, tensión, alerta, desconfianza y alarma; a la vez que se presentan manifestaciones conductuales que pueden ser visualizadas, acompañados de cambios fisiológicos como sudar, temblor, taquicardia, entre otros (Arango, Romero, & Hewitt, 2018). Como podemos observar la ansiedad social es un problema que genera angustia y frustración por lo tanto requiere intervención a través de un programa cognitivo conductual que contribuya al manejo de la ansiedad social y mejore sus estrategias adaptativas, superando progresivamente los pensamientos irracionales o desadaptativos.

El enfoque cognitivo conductual (Clark, D; Beck, A, 2012) es una psicoterapia que se centra en ayudar a los pacientes, con el fin de que logren equilibrar las valoraciones exageradas que poseen ,de las amenazas a las que están expuestos según sus razonamientos y lograr aumentar su tolerancia al riesgo, a la incertidumbre que está vinculada con sus preocupaciones ansiosas. Lo que se pretende es crear el aumento de autoconfianza del sujeto con la finalidad de que pueda afrontar la amenaza y la incertidumbre que es el fin u objetivo de la terapia cognitiva de la ansiedad. Pues recordemos que el modelo cognitivo (Beck J. , 1995) se centra en la distorsiones del pensamiento y como este influye en el estado de ánimo y este a la vez en la conducta. Para ello es necesario la intervención del procesamiento cognitivo estratégico, con el fin de modificar el pensamiento, el cual repercutirá en la mejora del estado anímico a la vez que desencadena comportamientos. Recordemos que la modificación de las creencias disfuncionales o en el lenguaje de Ellis (1962) las creencias irracionales producen valoraciones inmediatas de la amenaza y reducir los estados de ansiedad intensa.

Dada la problemática ,la terapia cognitivo conductual (Caballo & Simon, 2002) mostró resultados óptimos en lo referente al tratamiento de los diferentes trastornos de ansiedad tanto de niños como de adolescentes ,a la vez que la aplicación del programa a permitido integrar estrategias en diferentes niveles como el cognitivo, conductual, familiar y social ,logrando así, cambios comportamentales a través del uso de diferentes técnicas tanto de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento ,como de exposición. (Diaz , Ruiz, & Villalobos, 2017)

8.3.2. Estructura del Aporte Práctico

Habiendo detectado la presencia de ansiedad social en los adolescentes del cuarto grado de secundaria, de acuerdo al diagnostico desarrollado que revela ansiedad social,se percibe el problema psicológico que causa desequilibrio emocional y desadaptación en donde los sujetos se ven amenazados en su salud mental, desarrollando temores irracionales que desencadenan una serie de comportamientos que amenaza su desarrollo y estabilidad emocional, a la vez que se suma ,la pandemia vivida en estos días ,el encierro, el duelo y la incertidumbre que se vive incrementado así la ansiedad (The Lancet, 2020).Por ello es importante que los adolescentes trabajen sus pensamientos desadaptativos a través del programa cognitivo conductual.

El programa cognitivo conductual está estructurado en cinco etapas:

- Fundamentación del aporte
- Etapa I: Diagnóstico
- Etapa II: Objetivo General
- Etapa III: Planeación Estratégica: Sistema de actividades
- Fases de la estrategia
- Técnicas para la ejecución de la estrategia de intervención psicológica.
- Etapa IV: Instrumentación
- Etapa V: Criterios de Evaluación

8.3.3. *Diagnóstico*

El diagnóstico actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en los adolescentes del nivel secundario del Colegio Privado “Juan Mejía Baca”, se realizó y se aplica el inventario de ansiedad de Beck para adultos y adolescentes en donde se percibe que existen comportamientos desadaptativos, producto de pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas los cuales producen ansiedad social el cual repercute en su relación personal e interpersonal, evidenciándose en las cuatro dimensiones donde existe afectación en los estudiantes, mostrando niveles de ansiedad social de moderado a grave, tal como lo revelan los porcentajes obtenidos y se corrobora con la encuesta estructurada que se les proporcionó a los padres de familia.

La variable, ansiedad social se identificó en una muestra de 50 estudiantes adolescentes del cuarto año de secundaria y en donde se reveló que la mayoría (más de la mitad de la muestra) presenta ansiedad social de magnitud moderado a severo, siendo una minoría los que presentan ansiedad muy baja.

Las dimensiones que se trabajan son:

Dimensión fisiológica, los síntomas fisiológicos que se presentan de acuerdo a los encuestados, son el desvanecimiento, mareo, el temblor, inquieto o el sudor, esto provoca conductas de evitación que acompañan a la ansiedad, produciendo comportamientos que muchas veces no puede controlar y es imposible su desaparición, provocando reacciones adversas a las deseadas.

Dimensión conductual, en esta dimensión, el actuar del estudiante se evidencia a través de conductas de evitación, donde el sujeto, anda acalorado, se ruboriza, presenta sudores cuando interactúa con otros. Estas conductas realmente agravan los síntomas, provocando consecuencias de timidez exacerbadas que afectan su interacción social.

Dimensión cognitiva, es la forma como el sujeto interpreta su entorno, el estudiante piensa que es incapaz, que le va a ocurrir lo peor, está atemorizado, es ambivalente en sus pensamientos, siente que constantemente está nervioso (yo soy así), siente que pierde el control y vive con miedo, interpretando que va a ser observado y evaluado por los demás, esta evaluación que hace de sí mismo a través de sus pensamientos le acarrea consecuencias negativas que perjudica su persona.

Dimensión emocional, las emociones negativas se expresan en sensaciones inadecuadas que son el resultado de interpretaciones ,cognitivas donde existe vergüenza ,sensación de bloqueo,de ahogo,latidos fuertes y acelerados,problemas digestivos o entumecimiento.

Bajo este diagnóstico establecemos las bases para el desarrollo de la dinámica del programa cognitivo conductual en donde desarrollaremos las siguientes acciones.

- Caracterizar a los estudiantes del colegio secundario con ansiedad social en cuanto a la dimensión fisiológica en el proceso cognitivo conductual.
- Caracterizar a los estudiantes del colegio secundario con ansiedad social en cuanto a la dimensión conductual en el proceso cognitivo conductual.
- Caracterizar a los estudiantes del colegio secundario con ansiedad social en cuanto a la dimensión cognitiva en el proceso cognitivo conductual.
- Caracterizar a los estudiantes del colegio secundario con ansiedad social en cuanto a la dimensión emocional en el proceso cognitivo conductual.

8.3.4. Planteamiento del objetivo General

Disminuir la ansiedad social de los adolescentes del cuarto grado de secundaria del colegio privado “Juan Mejía Baca”, mediante el Programa cognitivo conductual.

8.3.5. Planeación Estratégica

Teniendo en cuenta la etapa de los adolescencia ,donde los sujetos se enfrentan a muchos temores ,los cuales se ven cuestionados y en algunos casos exacerbados ,desencadenando ansiedad social y donde por otro lado existe insuficiente estrategias para el afrontamiento de la ansiedad social ,surge la alternativa de ejecutar el programa cognitivo conductual como una psicoterapia que ha sido muy adecuada en el tratamiento de la ansiedad social ,por ello es preciso que elaboremos el programa para atender el problema de ansiedad social en los adolescentes que se presenta como una necesidad real y mostrar a los mismos ,como manejar sus distorsiones cognitivas. Para ello se ha realizado una planificación estratégica que consta de 5 fases:

Fase I Crear Alianza Terapéutica.

Acciones

- Evaluar la identidad cultural y el grado de aculturación de los sujetos.
- Socialización con los estudiantes que formaran parte del programa cognitivo conductual para la ansiedad social.
- Valorar las facultades causales de los pacientes respecto de sus problemas.
- Informar del trabajo a realizar.
- Informar respecto a la forma de intervención estableciendo acuerdo con los involucrados.

Responsable

Directora académica, responsable de psicología y responsable de TOE.

Fase II Manejo de la Dimensión Fisiológica.

- Hipoactividad
- Hiperactividad
- Letargo

- Dolor de cabeza
- Intensificación del ritmo cardiaco
- Respiración agitada
- Catatónico

Acciones

- Sensibilización a los adolescentes a través de la psicoeducación.
- Reducir la activación fisiológica a través del entrenamiento de relajación, imaginería y musicoterapia.
- Respiración diafragmática lenta.
- Reducir la ansiedad a través de la exposición

Responsable

- Departamento de psicología
- El psicoterapeuta
- Los adolescentes

Fase III Manejo de la Dimensión Conductual.

- Come mucho
- Come poco
- Duerme poco
- Duerme demasiado
- Se aísla de los demás
- Descuida las responsabilidades
- Pospone actividades o situaciones por temor.
- Hace la vida imposible
- Hábitos nerviosos (muerde uñas, el ritmo)
- Se queja constantemente

Acciones

- Detectar pensamiento ansiosos y evitativos (hacer una lista)
- Anotarlos en registro (ayudarse de la distracción para manejarlos)
- Anotar los pensamientos alternativos (releer)
- Extinguir conductas de evitación, inseguridad y dependencia a través de la exposición.
- Realizar un contrato conductual con el paciente.
- Organizar y desarrollar actividades congruentes con sus nuevos valores adaptativos.
- Socialización (exposición gradual)

Responsable

- Departamento de psicología
- El psicoterapeuta
- Los adolescentes

Fase IV Manejo de la Dimensión Cognitiva.

- Problema de memoria
- Incapacidad para concertarse
- Falta de juicio
- Ve solo lo negativo.
- Pensamientos ansiosos.
- Constante preocupación
- Pensamiento catastrófico
- Descenso de rendimiento

Acciones

- Comprender el papel de los pensamientos a través de la psicoeducación
- Reestructuración cognitiva, a través del entrenamiento focalizado atencional, donde se busca cambiar el centro de atención de uno mismo hacia el exterior.

- Entrenamiento de autoinstrucciones positivas a través del diálogo socrático.
- Detectar pensamiento ansiosos y evitativos (hacer una lista)
- Modificar las creencias desadaptativas

Responsable

- Departamento de psicología
- El psicoterapeuta
- Los adolescentes

Fase V Manejo de la Dimensión Emocional.

- El mal humor
- La irritabilidad
- La incapacidad para relajarse
- El sentirse abrumado
- Sentido de soledad y aislamiento
- la infelicidad

Acciones

- Reducir la ansiedad mediante el entrenamiento de relajación
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Reducir sentimiento de enfado, culpabilidad, vergüenza a través del diálogo socrático
- Disminuir la evitación a través de la técnica de exposición
- Aumentar la flexibilidad psicológica mediante el entrenamiento en eficacia social.
- Terapia de grupo

Responsable

- Departamento de psicología
- El psicoterapeuta
- Los adolescentes

8.3.6. *Planeación Estratégica del Sistema de Actividades*

El desarrollo de todas estas faces, basado en el programa cognitivo conductual está enfocado a disminuir la ansiedad social de los adolescentes, es decir en el manejo de sus pensamientos desadaptativos e irracionales el cual repercute en su comportamiento y emociones, a la vez, estos mismos los limitan de poder integrarse de manera óptima dentro de su grupo e interaccionar de forma fluida, desencadenando frustración, temores infundados, desadaptación social. Por ese motivo no podemos ser ajenos e indiferentes frente a la realidad que presenta los adolescentes es preciso ayudarlos a desarrollar estrategias en el manejo de sus pensamientos irracionales, con ese fin se elabora el programa propuesto que contribuirá a disminuir la ansiedad social y desarrollar técnicas de afrontamiento frente a las distorsiones cognitivas y poder vivir de manera significativa.

Por ello es importante desarrollar programas de intervención psicológica que promuevan la salud mental, involucrandose en esta tarea a los docentes y padres de familia reduciendo así los pensamientos desadaptativos y donde el manejo habilidades sociales que le permitan interactuar dentro de su grupo con confianza, fortaleciendo su autoestima y las relaciones interpersonales.

Fases de la Estrategia de Intervención Psicológica.El programa de intervención se desarrollará en 5 fases propuestas, la presente está constituida por objetivos y acciones:

Fase 1. Crear alianza terapéutica

Objetivo: Informar y explicar a los involucrados que es la ansiedad social y como mediante el programa cognitivo conductual se disminuirá el mismo.

SESIÓN	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
	- Socializar con los estudiantes del programa psicoterapéutico cognitivo conductual.	

SESIÓN 1	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las distintas atribuciones causales de los sujetos respecto de sus problemas. - Informar del trabajo a realizar. - Informar respecto a la forma de intervención estableciendo acuerdo con los involucrados. - Se explica conceptos de ansiedad social, características. - Se recoge manifestaciones del problema en tres respuestas, fisiológico, comportamiento, cognitivo (activación somática, procesos cognitivos, reacciones conductuales). 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Contrato conductual
SESIÓN 2	<ul style="list-style-type: none"> - Se describe procedimientos a emplear. - Informar respecto a la forma de intervención estableciendo acuerdos con los involucrados (explicación de la ansiedad social hasta la modificación de los significados catastróficos). - Explicación del círculo vicioso de su ansiedad. - Estrategias de afrontamiento y relajación. - Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro) 	

Fase II Manejo de la Dimensión fisiológica

Objetivo: Reducir la activación fisiológica en el adolescente desarrollando competencias cognitivas conductuales que le permitan afrontar la activación autónoma percibida y sensaciones físicas.

SESIÓN	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización a los adolescentes a través de la psicoeducación (cogniciones catastróficas, concentración en sensaciones internas y descontrol respiratorio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación

SESIÓN 3	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la activación fisiológica (hiperventilación) a través del entrenamiento de relajación - Usar la relajación, la imaginería y musicoterapia, tensión y distensión de 9 grupos de músculos (brazo, ojos, mandíbula, cuello, hombros, región abdominal, estomacal y parte inferior de la espalda). - Respiración diafragmática lenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de la relajación, respiración y musicoterapia
SESIÓN 4	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la activación fisiológica a través del entrenamiento de relajación, imaginería y musicoterapia, tensión y distensión de 4 grupos de músculos (extremidades inferiores). - Respiración diafragmática lenta. 	

Fase III Manejo de la Dimensión conductual

Objetivo: Extinguir conductas de evitación, inseguridad y dependencia ampliando su repertorio.

SESIÓN	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
SESIÓN 5	<ul style="list-style-type: none"> - Se entrena en la relajación, en la visualización de escenas agradables, manipulación de pensamiento, distracción con estímulos externos. - Se da la focalización sensorial, también aprende a prestar atención a sensaciones internas agradables. - Detectar pensamiento ansiosos y evitativos (hacer una lista) - Anotarlos en registro, ayudarse de la distracción para manejarlos. - Anotar los pensamientos alternativos (releer) - Exposición gradual, recreando las sensaciones internas, las cogniciones y significados asociados, incrementando así la alteración respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación, imaginación y respiración. - Psicoeducación - Exposición

SESIÓN 6	<ul style="list-style-type: none"> - Extinguir conductas de evitación, inseguridad y dependencia a través de la exposición. - Realizar un contrato conductual con el paciente. - Organizar y desarrollar actividades congruentes con sus nuevos valores adaptativos. 	
-----------------	---	--

Fase III Manejo de la Dimensión cognitiva

Objetivo: Reestructurar los pensamientos irracionales y desadaptativos.

SESIÓN	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
SESIÓN 7 Y 8	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender el papel de los pensamientos a través de la psicoeducación. - Reatribución de sensaciones internas: Aprende a desarrollar explicaciones más realistas ante subjetivas interpretaciones negativas. Ejemplo, no es un ataque cardiaco lo que presenta, sino es un síntoma de ansiedad. - Identificar pensamientos automáticos en situaciones concretas: ¿Qué estás pensando en este momento? ¿Qué pensabas en ese momento? ¿Qué pensarías? - La descatastrofización: El paciente intenta cuestionar sus predicciones negativas para ello se toma como base evidencias (pensé que me moría y no sucedió). - Reestructuración cognitiva, a través del entrenamiento focalizado atencional, donde se intenta cambiar el centro de atención de uno mismo hacia el exterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogo socrático - Reestructuración cognitiva - Exposición simbólica
SESIÓN 9	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionamiento de pensamientos automáticos. 	

	<p>¿Estoy cometiendo error de pensamiento? ¿Cuál es la evidencia que poseo a favor de este pensamiento?, ¿Cual es la evidencia en contra?, ¿Existe alguna explicación alternativa?, ¿Qué es lo peor que podría pasarme?, ¿Qué es lo mejor?, ¿Qué es lo más realista?, ¿Qué efecto tiene creerme este pensamiento?, ¿Cuál sería el efecto de cambiar mi manera de pensar?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de autoinstrucciones positivas a través del diálogo socrático. - Detectar pensamiento ansiosos y evitativos (hacer una lista) - Modificar las creencias desadaptativas - Exposición grupal. 	
--	--	--

Fase V Manejo de la Dimensión emocional.

Objetivo: Identificar las emociones desagradables, aumentando el estado de ánimo con el fin de reducir el sentimiento de culpabilidad y vergüenza.

SESIÓN	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
SESIÓN 10	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la ansiedad mediante el entrenamiento de relajación - Entrenamiento de habilidades sociales A través de la conversación Aprendiendo ser asertivo (a) Dar y recibir cumplidos - Asociación grupal (Establecer y mantener amistades, entrenamiento para hablar en público). 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de habilidades sociales.

SESIÓN 11	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir sentimiento de enfado, culpabilidad, vergüenza a través del diálogo socrático - Disminuir la evitación a través de la técnica de exposición. - El paciente y el terapeuta identifica una interacción previa desagradable y se plantea el juego de roles, donde el paciente sigue siendo el y el terapeuta asume el rol planteado por el paciente y lo asume. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo socrático - Exposición
SESIÓN 12	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la flexibilidad psicológica mediante el entrenamiento en eficacia social, terrible o potencialmente terrible con otra persona - Intervención grupal, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, hablar en público. - Repaso de habilidades aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicodrama - Terapia de grupo.

Técnicas de la Ejecución del Programa de Intervención Psicológica. Se desarrollará a través de diferentes técnicas:

Técnica de la Relajación, Respiración y la Musicoterapia. Es el entrenamiento para gestionar el ámbito fisiológico de las reacciones emocionales, a través de ejercicios graduales el paciente pueda sentirse más predispuesto al trabajo psicoterapéutico, para lo cual se practica la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva acompañado de música adecuada.

Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Es la técnica que modifica los esquemas e incluye:

- Entrenamiento en focalización atencional, se intenta cambiar la forma de interpretar, en donde el centro de atención en uno mismo, pero hacia el exterior.
- Utilización de video-feedback, esta técnica permite que el sujeto se observe externamente.
- Entrenamiento en auto instrucción positiva, en donde el paciente valore sus propios recursos. (Salaberria y echeburua,2003).

La Psicoeducación. Es la explicación que se hace al adolescente de los conceptos y factores que han desencadenado la amenaza y como las distorsiones cognitivas afectan sus emociones y comportamiento a la vez se le explica la manera de solucionarlo.

Diálogo socrático. Esta técnica pretende estimular una disonancia cognitiva, en donde el sujeto a través del descubrimiento guiado por el terapeuta a través de preguntas y respuestas de manera sistemática identifica los errores lógicos en la manera como procesa la información.

Técnica de la exposición. Se centra en confrontar al paciente frente al estímulo temido o provocador de ansiedad hasta que poco a poco se reduce y por el mismo pueda gestionar su conducta manejando así el nivel cognitivo, reestructurando los procesos de pensamiento que lo limitan y predisponen su malestar. La exposición puede ser, *en vivo* o de forma simbólica en donde a través de *la imaginación o los dispositivos tecnológicos de realidad virtual*, gradualmente se les expone a situaciones.

Técnica de Habilidades Sociales. Implica que el adolescente aprenda estrategias que le permitan interactuar y establecer relaciones sociales de manera efectiva.

Activación Conductual.

Contrato Conductual.

8.3.7. Instrumentación de la estrategia

Esta etapa pretende la identificación de responsables, así como también de la inserción de las principales acciones que intervienen en la adquisición de habilidades sociales en los adolescentes para enfrentar la ansiedad social.

Nº	Responsable	Actividad	Producto	Plazo a ejecutar
1	Investigador	- Evaluación diagnóstica a las y los adolescentes que son estudiantes del colegio Privado Juan Mejía Baca.	Resultados de Pre - Test de Ansiedad social de Beck.	Noviembre
- Elaboración y presentación del Programa cognitivo conductual que contribuye a disminuir la ansiedad social en los adolescentes de la Institución educativa “Juan Mejía Baca”- Chiclayo.		Programa cognitivo conductual para la ansiedad social.	Noviembre- Diciembre 2020	
- Ejecución del Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes.		Acta de presentación y ejecución del Programa.	Marzo- Noviembre 2021	
- Evaluación posterior a la implementación del programa cognitivo conductual para los adolescentes de la Institución educativa.		Resultados de Post - Test de Ansiedad social	Diciembre 2021	

2	- Directora de la I.E	- Orientar a los integrantes de la Institución Educativa sobre el desarrollo del Programa Cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes.	Programa psicoterapéutico cognitivo conductual para la ansiedad social de los adolescentes.	Diciembre 2020
	- Psicólogo(a) - TOE	- Socializar con los estudiantes respecto a la ansiedad social en los adolescentes y la importancia de conocer y manejar, habilidades de afrontamiento en los mismos. - Informar respecto a la organización de intervención y acción del programa para la	Planes del programa. Cognitivo conductual.	
3	- Servicio de Psicología	- Asistencia individual con los adolescentes.	Historias clínicas que evidencian la atención de los adolescentes.	Abril-noviembre
	- Psicoterapeuta - TOE	Intervención con los estudiantes: - Brindar información respecto a los síntomas emocionales, fisiológicos, cognitivos y conductuales; como criterio determinante a trabajar. - Entrenamiento en técnicas para el afrontamiento. - Intervención grupal. - Llamadas telefónicas - Reuniones virtuales.	Manual del programa cognitivo conductual en ansiedad social para fortalecer y desarrollar habilidades de afrontamiento para los adolescentes.	

		<ul style="list-style-type: none"> - Consejería con los adolescentes individualmente. - Comunicación virtual con los adolescentes. - Intervención grupal por grupos. 	Manual del programa para fortalecer el manejo de la ansiedad social de los adolescentes.	
4	Servicio psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención grupal a través de talleres. 	Información sobre la importancia del programa en la adquisición de habilidades sociales en las y los adolescentes.	Abril a Noviembre
		<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones virtuales. 	Actas de realización de reunión	
5	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Psicología - Psicoterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> - Consejería con los adolescentes individualmente - Entrenamiento en habilidades sociales para el afrontamiento - Psicodrama - Intervención grupal. 	Manual de Programa cognitivo conductual para los adolescentes	Agosto- Noviembre
6	Se establece sesiones de seguimiento al paciente durante los próximos 4 meses ,una consulta al mes y seguimiento telefónico.			

Desarrollo de las Sesiones. El programa cognitivo conductual para la ansiedad social se desarrolla en 12 sesiones, de 50 minutos cada una, cada sesión se realizará una vez por semana. A continuación, se describen las sesiones:

Sesión 1:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
<p>“ME CONOSCO Y ME ACEPTO” Informar y explicar a los adolescentes como la ansiedad social le afecta.</p>	<p>Inicio</p> <p>Socializar los objetivos a trabajar. Dinámica de reflexión mediante video https://www.youtube.com/watch?v=SQdb43s3NS0</p> <p>¿Qué se les pidió a los sujetos? ¿Qué sabían los sujetos al entrar? ¿Qué se les pregunto a los estudiantes que participaron en el experimento? ¿Eran veraces sus conjeturas? ¿Cuál era la realidad? ¿Qué solemos pensar la mayoría? Pero en realidad ¿Qué piensa la mayoría de acuerdo a la investigación?</p>	<p>Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento</p>	<p>Laptop Ficha de registro</p>	<p>60 minutos</p>
	<p>Desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se explica conceptos de ansiedad social, características. - Activación somática (sudoración, ruborización, ritmo cardiaco, malestar en el estómago, respiración rápida). - Procesos cognitivos (anticipación de consecuencias desfavorables, evaluación negativa de la situación, de si mismo, de la propia actuación, preocupación por reacciones somáticas, pensamiento de escape y evitación. - Reacción conductual ,temblor de voz, tartamudeo ,retorcimiento de manos ,bloqueo. 			
	<p>Cierre</p>			
	<p>Evaluación (Anexo 10)</p>			

Sesión 2:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
<p>“NO TE JUZGUEZ” Explicar cómo mediante el programa cognitivo conductual se disminuirá la ansiedad social.</p>	<p>Inicio</p>	Técnica de animación	Laptop	60 minutos
	<p>Dinámica de reflexión mediante video https://www.youtube.com/watch?v=t4U5Tu-xcrA ¿Que pensamientos abordan la mente? ¿Que es la ansiedad social? ¿Cómo aparece? ¿Qué síntomas?</p>	Participación	Ficha de registro Formulario	
	<p>Desarrollo</p>	Reflexión		
	<p>- Informar respecto a la forma de intervención estableciendo acuerdos con los involucrados - https://www.youtube.com/watch?v=yiMUUQILq3Y (explicación de la ansiedad social hasta la modificación de los significados catastróficos). - Explicación del círculo vicioso de su ansiedad. - Estrategias de afrontamiento y relajación</p>	Técnica de modelamiento		
	<p>Cierre</p>			
	<p>Registro (Anexo 9) ¿Qué dificultades presentaste? Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro) Evaluación.(Anexo 11)</p>			

Sesión 3:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
<p>“CONTROLO MI RESPIRACIÓN”</p> <p>Reducir la activación fisiológica en el adolescente a través de la respiración.</p>	<p>Inicio</p> <p>Dinámica de reflexión mediante video https://www.youtube.com/watch?v=Gq3PuDz6tBs ¿Cómo de be ser el ambiente? ¿Qué acciones debemos realizar? ¿Por qué es importante la respiración?</p>	<p>Técnica de animación</p> <p>Participación</p> <p>Exposición</p> <p>Reflexión</p> <p>Técnica de modelamiento</p>	<p>Laptop</p> <p>Ficha de registro</p>	<p>60 minutos</p>
	<p>Desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización a los adolescentes a través de la psicoeducación (cogniciones catastróficas, concentración en sensaciones internas y descontrol respiratorio). - Reducir la activación fisiológica (hiperventilación)a través del entrenamiento de relajación - Usar la relajación, la imaginería y musicoterapia, tensión y distensión de 9 grupos de músculos (brazo, ojos, mandíbula, cuello, hombros, región abdominal, estomacal y parte inferior de la espalda). - Respiración diafragmática lenta. - Inhala 6 segundos - Retienes 4 segundos - Exhala 7 segundos. 			
	<p>Cierre</p>			
	<p>Relato de vivencia (Registro)</p>			

Sesión 4:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
“JUGAR VIVIR MORIR” afrontar la activación y sensaciones físicas.	Inicio Nos concentramos inspiramos (vivir) y expiramos(morimos) Siente como ingresa el aire y como sale el aire de tu cuerpo. https://www.youtube.com/watch?v=WjEE-toATXg ¿Cómo te sientes?	Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento	Laptop Ficha de registro	60 minutos
	Desarrollo <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la activación fisiológica a través del entrenamiento de relajación, imaginería y musicoterapia, tensión y distensión de 4 grupos de músculos (extremidades inferiores). - Respiración diafragmática lenta. - https://www.youtube.com/watch?v=PDVOI_APuAc - Inhala 4 segundos - Retienes 17 segundos - Exhala 7 segundos. 			
	Cierre			
	Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)			

Sesión 5:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
“CONTROLA TU RESPIRACIÓN” Extinguir conductas de evitación, inseguridad y dependencia ampliando su repertorio	Inicio - Ejercicios de relajación.	Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento	Laptop de Ficha de registro	60 minutos
	Desarrollo - Focalización sensorial ,aprender a prestar atención a sensaciones internas agradables. - Detectar pensamiento ansiosos y evitativos (hacer una lista). Armar la jerarquía de miedos - Anotarlos en registro, ayudarse de la distracción para manejarlos. - https://www.youtube.com/watch?v=7GCXgyqFDRc Identifica situación (A) Identifica Pensamientos (B) Consecuencias de B (C) - Anotar los pensamientos alternativos (releer) - Exposición gradual, imaginando las sensaciones internas, las cogniciones y significados asociados y/o incrementando la alteración respiratoria.			
	Cierre			
	¿Cómo viviste la experiencia? (Registro)			

Sesión 6:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
“OBSERVO DESDE LOS LENTES DE MI AMIGO” Ampliar el repertorio de estrategias ,desde el otro	Inicio	Técnica de animación Participación Exposición Reflexión	Laptop Ficha de registro	60 minutos
	Dinámica de reflexión mediante video https://www.youtube.com/watch?v=zaeitZTkWwA ¿Qué ideas importantes rescatamos? ¿Cómo me aplica?			
	Desarrollo	Técnica de modelamiento		
	<ul style="list-style-type: none"> - Extinguir conductas de evitación, inseguridad y dependencia a través de la exposición gradual. - Realizar un contrato conductual con el paciente. - Organizar y desarrollar actividades congruentes con sus nuevos valores adaptativos. - Asume la posición de consejero frente a un amigo que pasa lo mismo que tú. - Brinda consejo ,cambia la posición. 			
	Cierre			
¿Qué hemos aprendido? Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)				

Sesión 7:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
<p>Sesión N°7</p> <p>CONFIO EN EL PRESENTE</p> <p>Reestructurar la tendencia a procesar las situaciones sociales, reduciendo la vulnerabilidad del adolescente.</p>	<p>Inicio</p> <p>- Comprender el papel de los pensamientos a través de la psicoeducación.</p>	<p>Técnica de animación Participación Exposición Reflexión</p> <p>Técnica de modelamiento</p>	<p>Laptop</p> <p>Ficha de registro</p>	<p>60 minutos</p>
	<p>Desarrollo</p> <p>- Reatribución de sensaciones internas: El sujeto aprende a buscar explicaciones más realistas a sus interpretaciones iniciales negativas. Ejemplo, no se trata de un ataque cardiaco sino de un síntoma de ansiedad.</p> <p>- Identificar pensamientos automáticos en situaciones concretas:</p> <p>¿Qué estas pensando en este momento?</p> <p>¿Qué pensabas en ese momento?</p> <p>¿Qué pensarías?</p> <p>- La descatastrofización: Cuestiona sus predicciones negativas en base a la evidencia (pensé que me moría y no sucedió).</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=3B4SBcK5TdA</p>			
	<p>Cierre</p>			
	<p>Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)</p>			

Sesión 8:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
<p>“OBSERVO MIS PENSAMIENTOS” Reestructurar la tendencia a procesar(esquemas) de modo amenazante las situaciones sociales, reduciendo la vulnerabilidad del adolescente.</p>	<p>Inicio</p> <p>Narra la experiencia anterior</p>	<p>Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento</p>	<p>Laptop Ficha de registro</p>	<p>60 minutos</p>
	<p>Desarrollo</p> <p>- Reestructuración cognitiva, a través del entrenamiento focalizado atencional, donde se busca cambiar el centro de atención de uno mismo hacia el exterior.</p> <p>¿Cómo surgen esos pensamientos? ¿Cuándo surgen? ¿Existe perspectiva de peligro? ¿Son reales tus pensamientos?</p> <p>- Escribimos la experiencia vivida y la compartimos. Ubicamos pensamientos activadores. ¿A causa C? ¿La (B) Pensamientos está ajustada a la realidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensamiento todo o nada (blanco o negro) ➤ Sobregeneralización (etiquetar, prejuicio, etc.) ➤ Abstracción selectiva (filtraje negativo, minimizar, pegado a cierto detalle) ➤ Adivinación de pensamiento ➤ Adivinación del futuro (catastrófico). <p>https://www.youtube.com/watch?v=yP_tcqHDqCs</p>			
	<p>Cierre</p>			
	<p>¿Cómo te sientes hoy?</p> <p>Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)</p>			

Sesión 9

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
“DESAFÍA A TUS PENSAMIENTOS” Reducir la vulnerabilidad del adolescente.	Inicio Dinámica de reflexión mediante video https://www.youtube.com/watch?v=OOUVOhHw7Ew ¿Qué es lo que más llamo tu atención de lo observado? ¿Qué hemos aprendido?	Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento	Laptop Ficha de registro	60 minutos
	Desarrollo - Cuestionamiento de pensamientos automáticos. ¿Estoy cometiendo errores de pensamiento? ¿Cuál es la evidencia a favor de este pensamiento? ¿Cuál es la evidencia en contra? ¿Existe alguna explicación alternativa? ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Qué es lo mejor? ¿Qué es lo más realista? ¿Qué efecto tiene creermelo este pensamiento? ¿Cuál sería el efecto de cambiar mi manera de pensar? - Entrenamiento de autoinstrucciones positivas a través del diálogo socrático. https://www.youtube.com/watch?v=F0OH1FAQFeU - Detectar pensamiento ansiosos y evitativos (hacer una lista) - Modificar las creencias desadaptativas - Exposición grupal.			
	Cierre ¿Qué hemos aprendido? Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)			
	¿Qué hemos aprendido? Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)			

Sesión 10

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
<p>Sesión N°10 “TERAPIA DE CHOQUE” Reducir el sentimiento de culpabilidad y vergüenza.</p>	Inicio	Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento	Laptop Ficha de registro	60 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la ansiedad mediante el entrenamiento de relajación 			
	Desarrollo			
	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de habilidades sociales <ul style="list-style-type: none"> Conversación Asertividad Dar y recibir cumplidos - Asociación grupal (Establecer y mantener amistades, entrenamiento para hablar en público). 			
	Cierre			
¿Qué hemos aprendido? Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)				

Sesión 11:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
<p>“INTERCAMBIO DE ZAPATOS” Aumentar el estado de ánimo con el fin de reducir el sentimiento de culpabilidad y vergüenza.</p>	<p>Inicio</p>	<p>Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento</p>	<p>Laptop Ficha de registro</p>	<p>60 minutos</p>
	<p>Jugamos con la imaginación.</p>			
	<p>Desarrollo</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir sentimiento de enfado, culpabilidad, vergüenza a través del diálogo socrático - Disminuir la evitación a través de la técnica de exposición. - El paciente y el terapeuta identifica una interacción previa desagradable y se plantea el juego de roles ,donde el paciente sigue siendo el y el terapeuta asume el rol planteado por el paciente y lo asume. 			
	<p>Cierre</p>			
<p>Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)</p>				

Sesión 12:

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
“LO LOGRAMOS” Evaluamos nuestras estrategias.	Inicio	Técnica de animación Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento	Laptop Ficha de registro	60 minutos
	Nos relajamos			
	Desarrollo			
	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la flexibilidad psicológica mediante el entrenamiento en eficacia social, terrible o potencialmente terrible con otra persona - Intervención grupal, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, hablar en público. - Repaso de habilidades aprendidas. 			
	Cierre			
	Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro)			

8.3.8. Evaluación de la Estrategia

La implementación del programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del cuarto grado de secundaria “Juan Mejía Baca” - Chiclayo, será evaluada considerándose lo siguiente:

La evaluación se llevará a cabo en el proceso secuenciado a lo largo de todo el proceso, con el fin de conocer cómo se desarrolla y cuando se introducen las modificaciones oportunas para lograr la mejora del programa. En esta intervención participan los estudiantes y el departamento de psicología.

A continuación, se describen los indicadores de comportamiento que evaluará el departamento de psicología:

- Modo de gestionar las reacciones emocionales cognitivas y comportamentales a través de la relajación y la respiración.
- La forma como trabaja la reestructuración cognitiva a través de una actitud positiva.
- La capacidad de entender las instrucciones en relación a sus distorsiones cognitivas, identificando sus pensamientos irracionales o amenazantes.
- Modo de procesar la información y el descubrimiento de sus errores lógicos a través del diálogo socrático.
- Gestiona su conducta, manejando el nivel cognitivo(pensamientos) mediante la exposición de forma simbólica y gradual en diversas situaciones.
- Desarrolla habilidades sociales que le permiten interactuar y establecer relaciones sociales de manera efectiva.
- El estudiante llevara un registro del trabajo desarrollado durante el proceso psicoterapeutico.

Resultados Esperados Desde el Personal Administrativo. La investigadora y dirección se reúnen cinco veces durante el año para evaluar el avance y las acciones previstas en el programa cognitivo conductual en los adolescentes del colegio privado “Juan Mejía Baca” - Chiclayo.

Resultados Esperados Desde el Departamento de Psicología.

- Revisión de planes de intervención.
- Monitoreo a los estudiantes guiados en el programa cognitivo conductual.
- Organiza y actualiza las actas de reuniones con los estudiantes.
- Organizar talleres sobre la implementación del programa cognitivo conductual para la ansiedad social con el departamento de psicología.

Resultados Esperados Desde cada Personal Profesional de Salud Mental.

- El programa cognitivo conductual para la ansiedad social para los adolescentes entregado y revisado por la directora de la institución educativa.
- Los materiales que le permiten brindar información, orientación y asistencia durante la consulta en el tiempo oportuno y correspondiente.
- La historia clínica del adolescente, con información sobre la asistencia integral y acompañamiento realizado durante el año.
- El servicio psicológico será encargado de aplicar en los adolescentes el Test de ansiedad social de Beck, de esta manera los resultados serán contrastados con los obtenidos en el pre test, antes de la ejecución del programa cognitivo conductual.

8.4. Valoración y Corroboración de los Resultados

Este acápite detalla la validez del programa por juicio de expertos, por otra parte, se describe la aplicación parcial del programa, también, la confiabilidad y la validación del instrumento aplicado.

8.4.1. Valoración de los Resultados

Se seleccionaron tres profesionales, se consideró algunos criterios como la experiencia profesional del experto en gestión con personas, el grado académico de magister o doctor, la experiencia administrativa en universidades.

Para el correspondiente análisis del resultado de valoración del juicio de experto del programa cognitivo conductual para la ansiedad en los adolescentes se considera los criterios:

- (5) Muy Adecuada
- (4) Bastante Adecuada
- (3) Adecuada
- (2) Poco Adecuada
- (1) No Adecuada

Calificación de la estrategia por parte de los expertos			
Pregunta	Experto N°1	Experto N°2	Experto N°3
01	3	3	3
02	3	3	3
03	3	3	4
04	3	3	4
05	3	3	4
06	3	3	4
07	3	3	4
08	3	3	4
Puntaje Total	24	24	30

En relación a la novedad científica del aporte practico los 3 expertos coincidieron que es adecuado.

Los tres expertos refieren que la pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte practico es adecuado.

En el nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte practico 2 expertos consideran que es adecuada y 1 experto considera que bastante adecuado.

En el nivel de correspondencia entre la teoría estudiadas y el aporte practico de la investigación 2 de los expertos consideraron que es adecuado y solo uno considera que es bastante adecuado.

Dos especialistas refieren que existe adecuada claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte practico propuesto y uno de ellos refiere que es bastante adecuado.

En la posibilidad de aplicación del aporte practico dos entendidos consideran que es adecuada y uno de ellos considera que es bastante adecuado.

Frente a la concepción general del aporte practico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto dos de los experimentados consideran que es adecuado y el tercero considera que es bastante adecuado.

Dos especialistas consideran que la significación practica del aporte es adecuada y uno refiere que es bastante adecuado.

8.4.2. Ejemplificación de la Aplicación del Aporte Práctico

La aplicación parcial del programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes se inició en el mes de noviembre -diciembre del 2020, realizando las siguientes actividades que pertenece a la primera etapa del programa. (ver anexo7)

- Evaluación diagnóstica a los agentes de la investigación que son parte del colegio Privado “Juan Mejía Baca”.

- Elaboración y presentación del Programa cognitivo conductual que contribuye a disminuir la ansiedad social en los adolescentes de la Institución educativa “Juan Mejía Baca”- Chiclayo.

Para la segunda etapa (Anexo 8) en enero del 2021 se realizaron las siguientes actividades.

- Orientar a los integrantes de la Institución Educativa sobre el desarrollo del Programa Cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes.
- Socializar con los estudiantes respecto a la ansiedad social en los adolescentes y la importancia de conocer y manejar, habilidades de afrontamiento en los mismos (sesión 1 y 2).
- Informar respecto a la organización de intervención y acción del programa para la mejora y el bienestar.

Se puede apreciar que el programa Cognitivo Conductual para la ansiedad social tiene un impacto positivo en la disminución del nivel de ansiedad social en los adolescentes.

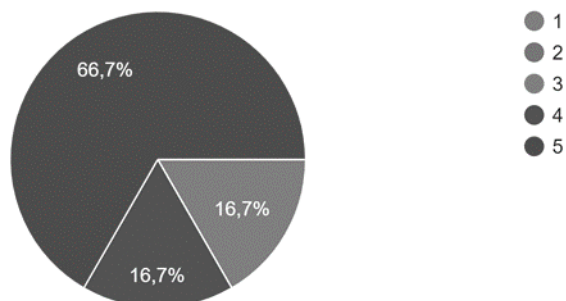
8.4.3. Corroboración Estadística de las Transformaciones Logradas

En esta tercera etapa se trabajó parcialmente las sesiones 1 y 2 del programa Cognitivo Conductual, con el primer grupo, constituido por 6 estudiantes, quienes participaron activamente, y se evidencio en sus expresiones, hojas de registro y la evaluación por sesión. La evaluación se desarrolló, mediante una encuesta que evidencio el impacto del programa.

En la **primera sesión** (Anexo 8) después de desarrollada la sesión se aplicó la encuesta que nos permitió medir el impacto del programa y el valor de los resultados, se evaluó mediante encuesta aplicada en formulario (anexo 10).

Figura 2.

Los Objetivos a Conseguir son Claros.

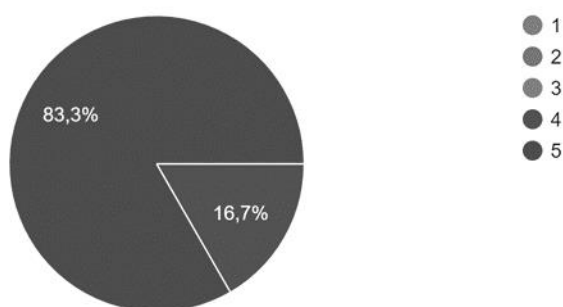


Fuente. Elaboración propia

La figura 2, confirma que los objetivos a conseguir son claros en un 66,7% con puntuación 5 y un 16% con puntuación 4 y solamente un 16,7% considera puntaje 1. De esto se desprende que el puntaje más alto está en que tienen claro los objetivos.

Figura 3.

Los Contenidos y Explicaciones ,Demuestran ser Útiles para Ti.

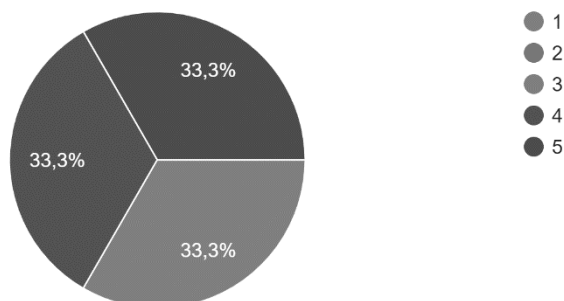


Fuente. Elaboración propia

La figura 3, los estudiantes manifiestan en un 83% que los contenidos y explicaciones son útiles, pues otorgan puntuación 5 y un 16,7% le otorga puntuación 4.

Figura 4.

La información del Plan del Trabajo es Suficiente.

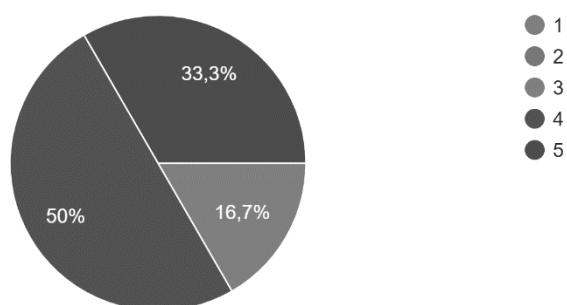


Fuente. Elaboración propia

En la figura 4, los estudiantes manifiestan que la información del trabajo es suficiente en un 33,3% con puntuación 5, un 33,3% puntuación 4 y un 33,3% con puntuación 3.

Figura 5.

El Grado de Motivación frente al Tema es el Adecuado.

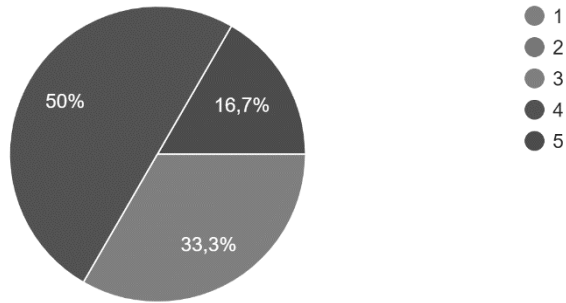


Fuente. Elaboración propia

En la fig.5, los estudiantes consideran que el grado de motivación frente al tema es el adecuado en un 50% con puntuación 4 y un 33,3% con puntuación 5 y un 16,7% puntuación 3.

Figura 6.

Tenías Conocimientos Previos sobre el Tema.

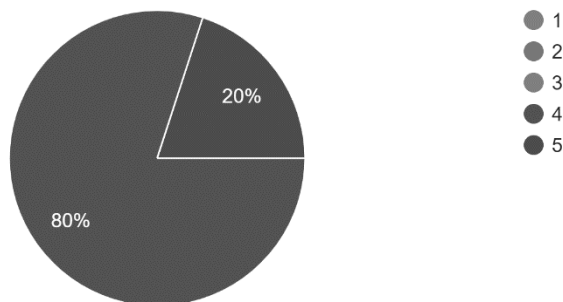


Fuente. Elaboración propia.

En la figura 6, los estudiantes expresan que poseían conocimientos previos sobre el tema en un 50% con puntuación 2, 33% puntuación 1 y un 16,7% con puntuación 4. Esto muestra que muchos de ellos no conocen del trastorno de la ansiedad social.

Figura 7.

El Tema Va Acorde con Tus Necesidades.

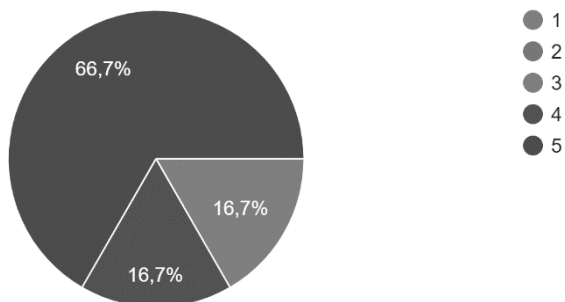


Fuente. Elaboración propia

En la figura 7 los estudiantes manifiestan que el tema va acorde con sus necesidades 80% con puntuación 4 y un 20% con puntuación 5. Esto denota que se sienten involucrados con el programa.

Figura 8.

Mis Expectativas de las Sesiones son Realistas.

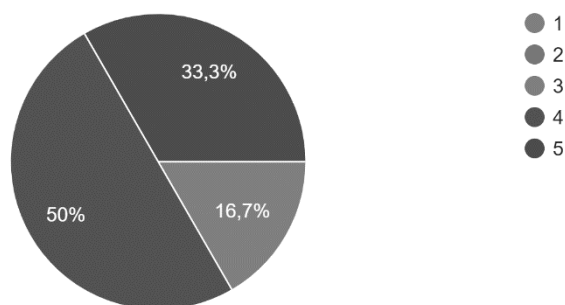


Fuente. Elaboración propia

En la figura 8, los estudiantes manifiestan que las expectativas de las sesiones son realistas en un 66,7% con puntuación 5 y un 16,7% con puntuación 4 y 16,7% puntuación 3.

Figura 9.

Espero Mejorar mis Habilidades Sociales al Finalizar la Terapia.

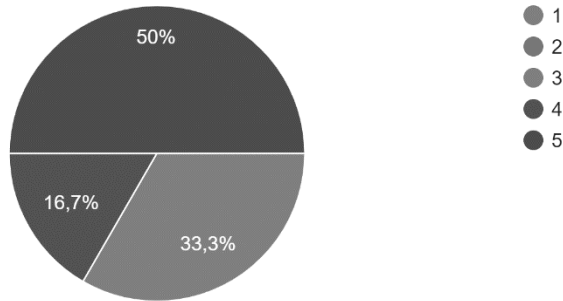


Fuente. Elaboración propia

En la figura 9 se demuestra que los estudiantes esperan mejorar sus habilidades sociales al finalizar la terapia en un 50% con puntuación 4 y un 33,3% con puntuación 5 y un 16,7% puntuación 3, este resultado evidencia el optimismo en el trabajo a realizar.

Figura 10.

Te Sientes Identificado con el Problema.



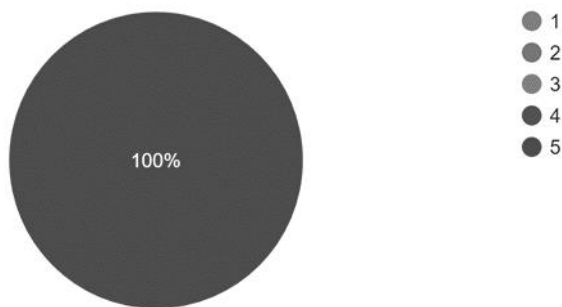
Fuente. Elaboración propia

En la figura 10 , los estudiantes manifiestan que se sienten identificados con el problema un 50% con puntuación 5 y un 16,7% con puntuación 4 y un 33% puntaje 3 ,demostrando que el programa suple parte de sus expectativas.

En la **segunda sesión** los resultados fueron los siguientes (Anexo 8):

Figura 11.

El Especialista Explica con Claridad.

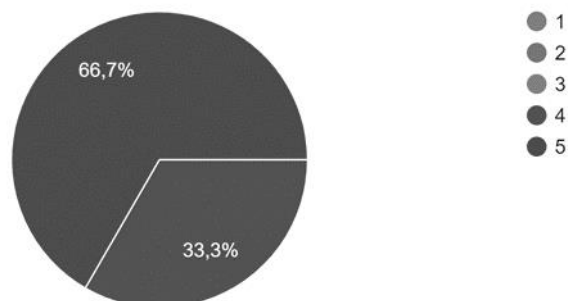


Fuente. Elaboración propia

La figura 11, se muestra que el 100% de los estudiantes consideran que el especialista explica con claridad los puntos tratados.

Figura 12.

Se Aclaran las Dudas Correctamente.

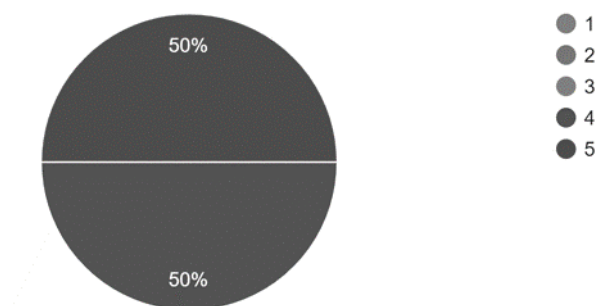


Fuente. Elaboración propia

En la figura 12, se demuestra que los estudiantes sienten que se aclaran sus dudas correctamente otorgando un 66,7% puntuación 5 y un 33,3% puntuación 4.

Figura 13.

Las Sesiones están Siendo Útiles.

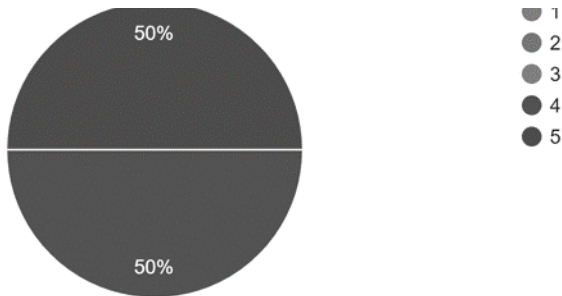


Fuente. Elaboración propia

En la figura 13, los estudiantes consideran que las sesiones están siendo útiles en un 50% con puntuación de 5 y 4.

Figura 14.

Estoy Mejorando con las Sesiones Prácticas.

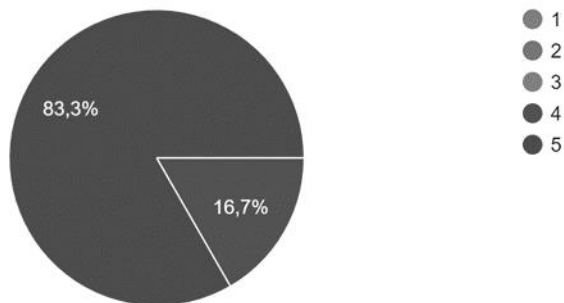


Fuente. Elaboración propia

En la figura 14 , los estudiantes consideran que están mejorando con las sesiones prácticas otorgando en un 50% puntuación 5 y 4 en el trabajo realizado.

Figura 15.

El especialista tiene Actitud Receptiva y Respetuosa.

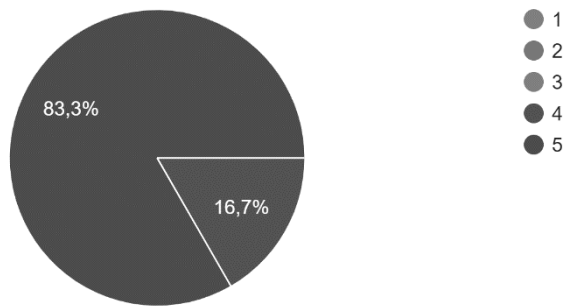


Fuente. Elaboración propia

En la figura 15, los estudiantes consideran que el especialista tiene actitud receptiva y respetuosa con un 83,3% con puntuación 5 y un 16,7% con puntuación 4.

Figura 16.

La Cantidad de Aprendizaje es Adecuado en Cada Sesión.

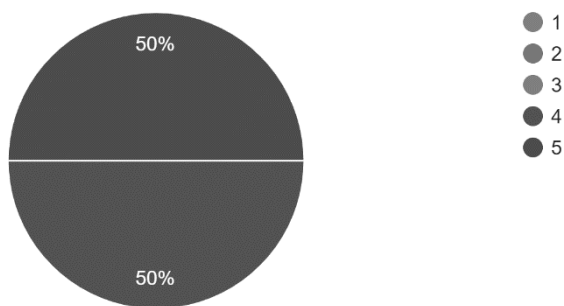


Fuente. Elaboración propia

En la figura 16, los estudiantes consideran que la cantidad de aprendizaje es adecuado en cada sesión con un 83,3% de puntuación 5 y un 16,7% puntuación 4.

Figura 17.

Mi motivación por Mejorar está aumentando.

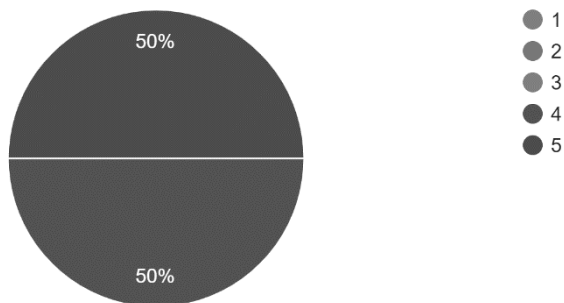


Fuente. Elaboración propia

La figura 17, muestra que los estudiantes en un 50% predisponen de motivación para seguir mejorando con puntuación 5 y 50% con puntuación 4. Esto es positivo.

Figura 18.

La Metodología y Técnicas de Enseñanza son Adecuadas.

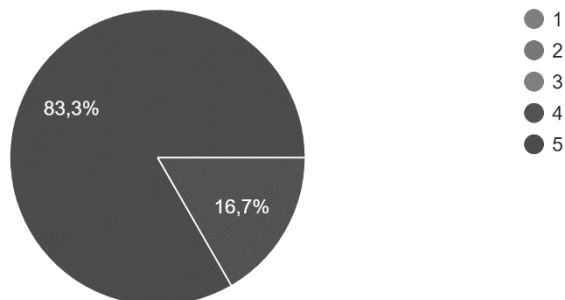


Fuente. Elaboración propia.

La figura 18, muestra que los estudiantes consideran que la metodología y técnicas de enseñanza son adecuadas, un 50% con puntuación 5 y un 50% con puntuación 4, evidenciando puntaje de aceptación al programa.

Figura 19.

La Documentación de Apoyo está siendo Útil.

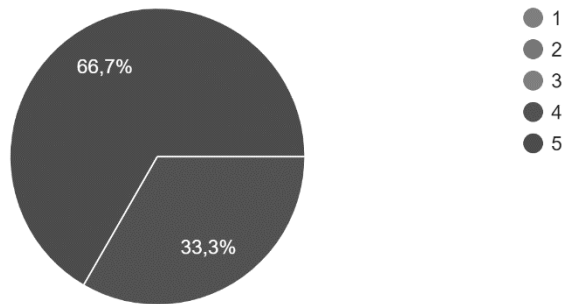


Fuente. Elaboración propia.

En la figura 19, los estudiantes confirman que un 83,3% sienten que la documentación de apoyo está siendo útil, pues le dan la puntuación 5, mientras que el 16% le otorga puntuación 4.

Figura 20.

Se Fomenta la Realización de Tareas para Casa con el fin de Mejorar las Habilidades Sociales.

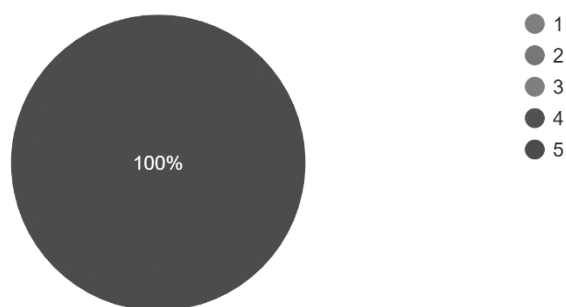


Fuente. Elaboración propia

En el gráfico 19, denota que se fomenta la realización de actividades para casa con el fin de mejorar las habilidades sociales en un 66,7% puntuación 5 , y un 33% puntuación 4, está comprometido en el trabajo.

Figura 21.

Las sesiones están Cumpliendo mis Expectativas.



Fuente. Elaboración propia

La figura 21, demuestra que para los estudiantes las sesiones están cumpliendo sus expectativas en un 100 % con puntuación 5. esto confirma que el programa está cumpliendo las expectativas en la ejemplificación parcial.

De acuerdo a las estadísticas se evidencia que el programa cobra gran importancia frente a la ansiedad social de los estudiantes.

CONCLUSIONES

En esta tesis se elaboró el Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo, pues el manejo de la ansiedad social contribuye al desempeño adecuado en los adolescentes.

Respecto a los objetivos específicos:

- Se caracterizó epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica, para ello se consideró teorías e investigaciones de autores extranjeros y nacionales que abordaron el objeto y su relación con el campo de estudio.
- Se determinó la tendencia histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica a partir de diferentes fundamentos y propuestas teóricas, relevantes en el proceso de consolidación de la psicoterapia.
- Se diagnosticó el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en los adolescentes del nivel secundario de la ciudad de Chiclayo, mediante el test de Beck con resultados de moderado a grave, datos que fueron corroborados y reafirmados por los padres y docentes en donde la ansiedad social cobra incidencia en aproximadamente un 90%.
- Se elaboró las acciones fases o etapas y planeación estratégica cognitivo conductual mediante el aporte práctico, para la ansiedad social, distribuidas en 12 sesiones de 60

minutos para los 50 estudiantes de ambos sexos del cuarto grado de educación secundaria.

- Se validó por criterios de especialistas la estrategia cognitivo conductual para la ansiedad social, quienes consideraron que el aporte es adecuado para los adolescentes del cuarto grado de secundaria.
- Se ejemplifico parcialmente la aplicación del programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes, siendo los resultados en su primera fase de gran impacto y positivo entre los adolescentes del cuarto grado de secundaria del colegio “Juan Mejía Baca”, demostrando así el valor del programa.

RECOMENDACIONES

- Realizar trabajos de ansiedad social en los adolescentes, pues es una etapa crucial donde se desencadena este trastorno y que en diferentes ocasiones se enmascara en otras alteraciones comorbidas, negándose un diagnóstico objetivo con repercusiones a largo plazo.
- Elaborar programas psicoterapéuticos para la ansiedad social en las diferentes instituciones educativas y de salud con el fin de que los adolescentes sean conscientes de sus distorsiones cognitivas y desarrollen estrategias de afrontamiento.
- Se debe elaborar instrumentos de evaluación de ansiedad social relacionados a nuestro contexto, pues los que generalmente se usan son estandarizados de contextos diferentes al nuestro.
- Organizar programas que difundan la ansiedad social entre los agentes sociales (familia, escuela), con el fin de diagnosticar y desarrollar alternativas de prevención y evitar situaciones adversas a futuro.

REFERENCIAS

- Acevedo, A. (2014, Enero). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. Retrieved from <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2079/1/Tesis%20Astrid%20Acevedo.pdf>
- Acevedo, M., & Gélvez, L. (2018, Octubre 3). *Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente*. Retrieved from <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1942/194258529012/html/index.html>
- Alvarez, E., Gastó, C., & Roca, M. (2008). *Sintomatología ansiosa en atención primaria*. Barcelona: IGG Marge,es.
- Arango, L., Romero, G., & Hewitt, R. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*.
- Bas Ramallo, F. (1981). *Las terapias cognitivos conductuales:una revisión*. Retrieved from [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-LasTerapiasCognitivoconductuales-65834%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-LasTerapiasCognitivoconductuales-65834%20(1).pdf)
- Beck, A. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Mexico: Gedisa.
- Beck, A., & Haigh, E. (2014, Enero 02). *Avances en la teoría y la terapia cognitiva: el modelo cognitivo genérico*. Retrieved from <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva:conceptos básicos y profundización*. Barcelona-España: Gidesa.
- Bulbena, A. D. (2019). La hiperlaxitud articular como marcador de ansiedad. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 68-76.
- Caballo, V., & Simon, M. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Piramide.
- Caballo, V., Salazar, I., & Hofmann, S. (2019). *Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Caballo/publication/333161878_Una_nueva_Intervencion_multidimensional_para_la_ansiedad_social_el_programa_IMAS/links/5cde5910a6fdccc9ddb56344/Una-nueva-Intervencion-multidimensional-para-la-ansiedad-social-el-p

- Cabanillas, A. (2017). *Asociación entre ansiedad social y trastorno por abuso de alcohol en pacientes de un hospital público en el Perú*. Retrieved from <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2729>
- Camino, M., & Serrano, I. (2019, Mayo 2). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público*. Retrieved from <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-1813-2.pdf>
- Cano-Vindel, A., & Dongil-Callado, J. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los transtornos de ansiedad: una actualización. *dossier*, 4-27.
- Capilla, M. (2016, Octubre 10). *Habilidades cognitivas y aprendizaje significativo de la adición y sustracción de fracciones*. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/4436/443649571004.pdf>
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. Mexico: El manual moderno.
- Castro, A., & De la Villa, M. (2017). Uso Problemático de Redes Sociales 2.0 en Nativos Digitales: Análisis Bibliográfico. *Health and Addictions*, 73-85.
- Cerny, V., & Kollárik, T. (1990). Compendio de Métodos Psicodiagnósticos. *Afrontamiento-EcuRed*. Retrieved from <https://www.ecured.cu/Afrontamiento>
- Céspedes, L. (2018, Mayo 08). *Aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la universidad privada San Juan Bautista*. Retrieved from <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2533>
- Clark, D.; Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clore, G., & Ortony, A. (2000). *Cognition in emotion: Always, sometimes or never?* Oxford: Oxford University Press.
- Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (2003, Abril 16). *Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Retrieved from http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
- Consejo general de la Psicología de España. (2019, Febrero 22). *¿Por qué la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico de referencia?* Retrieved from http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7894

- Del Carpio, G. (2018). *Propuesta de un modelo integrador para el tratamiento psicológico de la ansiedad social caso psicopedagógico*. Retrieved from <http://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/518>
- Dias, A. (20017). Proyecto Internacional de investigación en factores transdiagnóstico.
- Diaz , M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivos conductuales*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Diaz, A., & Luna, A. (2014). *Metodología de la investigación educativa: Aproximaciones para comprender sus estrategias*. Mexico: Diaz de Santos.
- Diaz, M., Villalobos, A., & Ruíz, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Díaz-Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019, Noviembre 05). *La evaluación multidimensional de la ansiedad: Técnicas, aplicaciones y alcances*. Retrieved from <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Ellis, A. (2003). *anual de Terapia Racional Emotiva*. Desclee.
- Ellis, A. (2019). *Una terapia breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la terapia racional emotivo conductual*. Buenos Aires: Paidós.
- Ellis, A., & Griegger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Escobar, A. (2018). *Los esquemas de aprendizaje: Kant y Piaget. Introducción filosófica-psicológica*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/328152810_Los_esquemas_de_aprendizaje_Kant_y_Piaget_Introduccion_filosofica-psicologica
- Espinoza-Fernandez, A., & Muela, J. (2016). Avances en el campo de estudio del trastorno de Ansiedad Social en adolescentes.El papel de la Emoción expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 99-104.
- Fernández , A., & Aparicio , M. (2018). Ansiedad por Separación: Validez y Fiabilidad de Instrumentos de Evaluación. *INFAD Revista de Psicología*.
- Fernandez, H., & Fernandez, J. (2017). *Terapia cognitivo conductual integrativa*. Retrieved from <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:Psicopat-2017-22-2-5025>
- Fisterra. (2020, Junio 10). *Guía clínica de Trastornos de ansiedad*. Retrieved from <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad/#:~:text=La%20ansiedad%20puede%20definirse%20como,Sanidad%20y%20Consumo%2C%202008>).

- Garrido, J. (2013). *Psicopedia*. Retrieved from <https://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/#:~:text=El%20Inventario%20de%20Ansiedad%20de,fue%20creado%20por%20Aaron%20T.>
- Gómez, O., Casas, C., & Ortega, R. (2016). *Ansiedad social en la adolescencia*. Retrieved from <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55579023/psicoev.pdf?1516340865=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPsicoev.pdf&Expires=1606172306&Signature=ZyRPxZ3llK7e7Clmt9m5ijvmfSJGiWnaoLbbrpN~aUCKHR27d0zl8Hb2zYOLuKYrBC4jAiRoJhI7ioY5jmW74gx2BXd7>
- Gonzales , J., & Cruzado , G. (2017). *Valores interpersonales y ansiedad estado–rasgo en alumnos de secundaria de El Porvenir, Trujillo*. Retrieved from <http://repositorio.uct.edu.pe/handle/123456789/418>
- González-Blanch, C., & Ruiz-Torres, M. (2018). Terapia cognitivo-conductual trasdiagnóstica en atención primaria: Un contexto ideal. *Revista de psicoterapia*, 37-52.
- González , F., & Flores, V. (2017). *Evaluación de depresión y ansiedad en adolescentes con y sin acné mediante test de Beck en el Centro de PieL*. Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16591>
- Guerri, M. (2018, Julio 7). *Psicoactiva*. Retrieved from <https://www.psicoactiva.com/blog/queson-las-emociones/>.
- Guillen, C., & Gonzalez, A. (2019, Enero-Junio,pg.9). *Propiedades psicométricas del Inventariode Ansiedad de Beck*. Retrieved from <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2563/4471>
- Hernandez , N., & Sanchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Mexico: Libros en red.
- Hernandez, A. (2018). *Ansiedad social en estudiantes de la facultad de psicología de una universidad pública de Lima metropolitana*. Retrieved from <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2504/HERNANDEZ%20LAZARO%20ANA%20LUISA-%20SEGUNDA%20ESPECIALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: Interamericana.

- Hernandez,A. (2018). *Aplicación de la terapia cognitivo conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual*. Retrieved from <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14896/Aplicacion.pdf?sequence=2>
- Infocop. (2017, Enero 19). *La eficacia de la terapia cognitivo-conductual a lo largo de 40 años*. Retrieved from http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6582
- Infocop. (2019, Enero 30). El 80% de niños y adolescentes con trastorno de ansiedad no recibe tratamiento, según un informe. *Infocop Online*.
- Irurtia, M. (2019). Ansiedad y fobia social en adolescentes: cuando los trastornos se esconden. *The conversation*.
- Korman , G., & Saizar, M. (2016). *La orientalización de la psicoterapia*. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696003.pdf>
- Lega, L., Calvo, M., & Sorribes, F. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico práctico y actualizado*. España: Grupo planeta.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2002). *Terapia y Practica de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Madrid: S XXI de España .
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia Racional Emotivo Conductual*. España: Siglo XXI.
- Lemos, M., Jaller , C., & Gonzales , A. (2012, Diciembre). *Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000200004&lng=en&tlng=es
- Llacsá, M., & Paz, R. (2017). *Efecto de la Técnica de Liberación Emocional, para disminuir la ansiedad ante los exámenes en estudiantes del primer ciclo de Psicología*. Retrieved from <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/7167/BC-0038%20LLACSA%20VASQUEZ-VALLE%20RODRIGO.pdf?sequence=1>
- Madariaga, C., Valle, M., & Maria, M. (2013, Abril). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estres psicológico*. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Mak, H., Fosco, G., & Feinberg, M. (2017, Septiembre 02). *El papel de la familia en las amistades juveniles: examen de un mecanismo de ansiedad social*.
- Malca, J. (2018). *Ansiedad social y pensamientos automaticos en estudiantes universitarios de una institución Pública de Lima Metropolitana*. Lima-Perú: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2599>.

- Marquez, M. (2012). *Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: Tercera generación*. Madrid: CEU.
- Martínez, P., & Neira, P. (2019). *Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323083>
- Mate, A. (2018). *Esquemas cognitivos disfuncionales, distorsiones cognitivas y agresión en jóvenes y adolescentes*. Retrieved from <https://eprints.ucm.es/46800/1/T39676.pdf>
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la personalidad*. Quito-Ecuador.
- McCarthy, C. (2019). La ansiedad en los adolescentes va en aumento: ¿qué está pasando? *Healthy Children*.
- Mera, S., & Rios, A. (2018, Marzo). *Propuesta de un programa Cognitivo Conductual en la autoestima en mujeres*. Retrieved from <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/7025/BC-TES-TMP-970%20MERA%20VALLEJOS-RIOS%20VILCHEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MINSA-Perú. (2018, Noviembre). *Lineamientos de política sectorial mental*. Retrieved from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Mirapeix, C. (2017). La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos. *De Psicoterapia*.
- Montes de Oca, H. (2019). *Facultad de Psicología "Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva"*. Retrieved from http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON_MARIA_LOURDES_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Moran, V., Olaz, F., Perez, E., & Del Prete, z. (2018, Julio 06). *Desarrollo y validación del Test de Ansiedad Social para estudiantes universitarios (TAS-U)*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.03>
- Moreno, B., Clark, D., & Beck, A. (2018). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: la solución cognitiva conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mosqueda, A., Mendez, C., & Galindo, E. (2017, Marzo). *Distorsiones cognitivas y atribuciones de causalidad*. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi1711.pdf>
- Muente, L. (2019). *Dimensiones de crianza y ansiedad social en adolescentes de Lima Metropolitana*. Retrieved from <http://200.37.102.150/handle/USIL/9732>

- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años*. Retrieved from <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>
- Navarro, N. (2020). *Psicodrama: creatividad e investigación: 34 Congreso de la Asociación*. España: Punto rojo.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. Mexico: Manual moderno.
- Nezu, A., Nezu, C., & D'zurilla, T. (n.d.). *Terapia de Solución de problema*. Buenos Aires: desclee de Brouwer.
- OMS. (2020). *Organización mundial de la salud.Desarrollo en la adolescencia*. Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20adolescencia,10%20y%20los%2019%20a%C3%B1os.
- Ontoria, M. (2018). *Habilidades sociales*. España: Editex.
- Ortiz, W. (2017, Julio 25). *Tratamiento cognitivo-conductual para los celos resultantes de una infidelidad*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/336350036_Intervencion_cognitivo-conductual_para_los_celos_resultantes_de_una_infidelidad
- Palacio, J., Londoño, J., Nanclares, A., & Robledo, P. (2020, Julio 17). *Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7366975/>
- Piscoya, J., & Heredia, W. (2018). *universidad nacional pedro ruiz gallo - Repositorio UNPRG*. Retrieved from <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1908/BC-TES-TMP-795.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Psicología y mente. (2020). *La terapia cognitiva de Aaron Beck*. Retrieved from [https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck#:~:text=En%20la%20teor%C3%ADa%20de%20Beck,las%20estructuras%20cognitivas%20\(esquemas\).&text=Las%20personas%20utilizan%20sus%20esquemas,a%20los%20datos%20del%20mundo%E2%80%9D](https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck#:~:text=En%20la%20teor%C3%ADa%20de%20Beck,las%20estructuras%20cognitivas%20(esquemas).&text=Las%20personas%20utilizan%20sus%20esquemas,a%20los%20datos%20del%20mundo%E2%80%9D).
- Puerta, V. (2018, Noviembre 26). *La ansiedad en la historia*. Retrieved from <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>

- Quino, J. (2020). *Relación entre la ansiedad y el uso problemático del celular en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario Bryce, Arequipa* . Retrieved from <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10944>
- Quinto, E. (2002). *El modelo cognitivo conductual*. Retrieved from <http://www.apalweb.org/docs/manualtcc.pdf>
- Rangel, A. (2018). *Ideas irracionales y salud mental*. Retrieved from <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Rangel-Andrea.pdf>
- Redondo , C., & Agudelo, E. (2018, Enero 15). *Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en cutters*. Retrieved from file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/29-Texto%20del%20art%C3%ADculo-50-3-10-20190307.pdf
- Redondo, D. (2015). *Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck area metropolitana de Costa Rica*. Retrieved from <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2398/1/38830.pdf>
- Revista médica Sinergia. (2016, Abril). *Trastorno de ansiedad social* . Retrieved from <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/28>
- Reyes, A. (2005). *Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Retrieved from file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/TrastornoAnsiedad.pdf
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva.Fundamentos teóricos y conceptualizaciones del caso clínico*. Bogota: Norma.
- Roberge, P. (2015, Junio 01). *Razones y determinantes para percibir las necesidades insatisfechas de salud mental en la atención primaria en Quebec*. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674371506000607>
- Roca, E. (2016, Marzo 12). *Tratamiento de la fobia social*. Retrieved from <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/fobiasocial3.pdf>
- Rodríguez , V., & Perez, P. (2020). Niveles de ansiedad social en adolescentes de una institución Educativa de Tembladera en Perú. *Tzhoeco*.12(1), 19-25. Doi:10.26495/tzh.v12i1.1242.
- Rodriguez, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva-conductual para los transtornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Rodriguez, V., & Perez, P. (2020). Niveles de ansiedad social en adolescentes de una institución educativa de tembladera en Perú. *Tzhoeco*.
- Royal College of Psychiatriasts. (2009). *La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*. *Sociedad Española de Psiquiatria*.

- Ruiz, M. (2018). *Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un Paciente con rasgos del Trastorno de Personalidad Límite y Trastorno Afectivo-Bipolar*. Retrieved from <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8289/133807.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salaberria, K., & Echeburua, E. (2003). *Dificultades clínicas y fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social*. Retrieved from https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/14.Salaberria_11-3oa-1.pdf
- Salamanca , Y., Gonzalez, D., & Barreto, A. (2017, Diciembre 20). *Terapia Cognitiva:Antecedentes, teoría y metodología*. Retrieved from [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitiva-6642554%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitiva-6642554%20(1).pdf)
- Sanz, J. (1993, Septiembre 16). *Distinguiendo ansiedad y depresión:Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck* . Retrieved from <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/29211-Texto%20del%20art%C3%ADculo-135891-1-10-20080715.pdf>
- Sempere, E. (2017, Febrero 24). *Criterios de utilización de los medicamentos para tratar la ansiedad aguda y crónica*. Retrieved from <http://www.residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/165%20medicamentos%20para%20ansiedad%20aguda%20y%20ronica.pdf>
- Significado. (2017, Febrero 14). *Significado de razonamiento*. Retrieved from <https://www.significados.com/razonamiento/>
- Sime, B. (2019). *Efectividad de un programa educativo de Enfermería en la disminución de los niveles de ansiedad en el periodo de exámenes en estudiantes de Enfermería. Universidad Señor de Sipán Chiclayo-Lambayeque*. Retrieved from <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11596>
- Sparrow, C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual*. Retrieved from http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt
- The Lancet. (2020, Marzo 14). Retrieved from [El impacto psicológico de la cuarentena y como reducirla: .thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
- Torales, J., & Cantero, B. (2017). *Fundamentos de psicoterapia*. Retrieved from <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/25-Texto%20del%20art%C3%ADculo-38-1-10-20170904.pdf>
- Toro, R. (2012, Julio). *Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck*. Retrieved from http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=167

- Toro, R., & Ochoa, D. (2011, Mayo 18). *Evaluación y formulación de caso para los trastornos de ansiedad en Colombia*.
- Urbano, D. (2019). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual para disminuir los síntomas del estrés posttraumático*. Retrieved from <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3350/TRABAJO%20ACAD%20C3%89MICO%20Urbano%20Dennis%20-%20Pe%20C3%B1a%20Lizbels.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Valles, A., & Olivares, J. (2014, Enero). *Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social*. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100005
- Vergara, C. (2017, Julio 24). *Actualidad en psicología*. Retrieved from <https://www.actualidadenpsicologia.com/que-es-un-esquema-en-psicologia/>
- Vetere, G., & Rodríguez, R. (2011). *Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos S.A.
- Vicente, T. (2020, Mayo). *Pandemia COVID-19 situaciones de ansiedad y uso de tratamientos distintos a los psicofármacos*. Retrieved from <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ANSIEDADCOVID19YUSODETERAPIASNOFARMACOLOGICAS.pdf>
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition cognitive therapy*. Inglaterra: Wiley.
- Zuluaga, D. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad*. Retrieved from <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8288/133804.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA</p>	<p>La institución Educativa Privada “Juan Mejía Baca” de Chiclayo, alberga a la población estudiantil del nivel secundario, los cuales provienen de sectores urbanos y urbano marginales de la ciudad de Chiclayo. De acuerdo al informe del Departamento de psicología de la institución Educativa se evidencia conductas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentan conductas agresivas entre los compañeros. - Cuting entre adolescentes. - Muestran introversión, inseguridad, temor al expresarse frente al grupo. - Falta de manejo y control de emociones. - Expresan baja autoestima y nivel de resiliencia. - Dificultad para manifestar lo que sienten. - Expresan actitudes rebeldes frente a los padres y docentes. - Insatisfacción e inseguridad. - Dificultad para adaptarse al grupo - Deterioro en las relaciones sociales por sentirse incompatibles. - Baja autoestima - Bajo desempeño académico.
<p>Problema</p>	<p>Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual incide en la ansiedad social.</p>
<p>Posibles causas del problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente practica en el desarrollo del proceso cognitivo conductual condiciona la ansiedad social en los adolescentes. - Insuficiente orientación didáctica metodológica en el proceso cognitivo conductual en maestros y padres de familia desencadena la ansiedad social en los adolescentes.

	- Insuficiente capacitación en maestros y padres de familia en el proceso cognitivo conductual en el uso de una adecuada orientación psicológica en el manejo de la ansiedad social.
Objeto de estudio	El proceso Cognitivo Conductual
Objetivos	<p>Objetivo General</p> <p>Elaborar un Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Caracterizar epistemologicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica. -Determinar la tendencia histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica -Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en los adolescentes del Nivel secundario de la ciudad de Chiclayo. -Elaborar las acciones fases o etapas y planeación estratégica cognitivo conductual para la ansiedad social. -Validar por criterios de especialistas la estrategia cognitivo conductual para la ansiedad social. -Ejemplificar parcialmente la aplicación del programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes.
CAMPO DE ACCIÓN	Dinámica del Proceso Cognitivo Conductual
TÍTULO DE LA INV.	Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes de Nivel Secundario de la ciudad de Chiclayo.
HIPÓTESIS	Si se elabora un Programa cognitivo conductual que tenga en cuenta el manejo de la ansiedad social y su sistematización, entonces se contribuirá al desempeño adecuado en los adolescentes del Nivel Secundario del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo.

VARIABLES	Independiente Programa Cognitivo Conductual Dependiente Ansiedad social
-----------	--

ANEXO N° 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN
	Introducción-Fundamentación.	<p>Habiendo detectado la presencia de ansiedad social en los adolescentes del cuarto grado de educación secundaria, de acuerdo al diagnostico desarrollado que revela ansiedad social, se percibe el problema psicológico que causa desequilibrio emocional y desadaptación en donde los sujetos se ven amenazados en su salud mental, desarrollando temores irracionales que desencadenan una serie de comportamientos que amenaza su desarrollo y estabilidad emocional, a la vez que se suma ,la pandemia vivida en estos días ,el encierro, el duelo y la incertidumbre que se vive incrementado así la ansiedad (The Lancet, 2020). Por ello es importante que los adolescentes trabajen sus pensamientos desadaptativos a través del programa cognitivo conductual.</p>
	Diagnóstico	<p>Los adolescentes del nivel secundario del Colegio Privado “Juan Mejía Baca”, se aplico el inventario de ansiedad de Beck para adultos y adolescentes en donde se percibe que existen comportamientos desadaptativos, producto de pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas los cuales producen ansiedad social el cual repercute en su relacion personal e interpersonal, evidenciandose en las cuatro dimensiones donde existe afectación en los estudiantes ,mostrando niveles de ansiedad social de moderado a grave ,tal como lo revelan los porcentajes obtenidos y la vez, se corrobora con la encuesta estructurada que se les proporciono a los padres de familia y docentes para reafirmar lo vertido por los estudiantes.</p> <p>La variable ,ansiedad social se identifico en una muestra de 50 estudiantes adolescentes que cursan el cuarto año de educación secundaria y en donde se revelo que la mayoría presenta ansiedad social de magnitud moderado a severo.</p>

Planteamiento del objetivo general.	Disminuir la ansiedad social de los adolescentes del cuarto grado del nivel secundario del colegio privado “Juan Mejía Baca”, mediante el Programa cognitivo conductual.
Planeación estratégica	-Fisiológica -Conductual -Cognitiva -Emocional
Instrumentación	El programa cognitivo conductual para la ansiedad social se desarrolla en 12 sesiones, de 60 minutos cada una, cada sesión se realizará una vez por semana de Mayo-diciembre.
Evaluación	El Departamento de psicología, evaluarán los siguientes indicadores de comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Modo de gestionar las reacciones emocionales cognitivas y comportamentales a través de la relajación y la respiración. - La forma como trabaja la reestructuración cognitiva a través de una actitud positiva. - La capacidad de entender las instrucciones en relación a sus distorsiones cognitivas, identificando sus pensamientos irracionales o amenazantes. - Modo de procesar la información y el descubrimiento de sus errores lógicos a través del diálogo socrático. - Gestiona su conducta, manejando el nivel cognitivo(pensamientos) mediante la exposición de forma simbólica y gradual en diversas situaciones. - Desarrolla habilidades sociales que le permiten interactuar y establecer relaciones sociales de manera efectiva. - El estudiante llevara un registro del trabajo desarrollado durante el proceso psicoterapeutico.

Variable dependiente	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos de la investigación	Fuentes de verificación(Fuente de información)
Ansiedad social	Fisiológica	-Hipoactividad -Hiperactividad -Letargo -Dolor de cabeza -Intensificación del ritmo cardiaco -Respiración agitada -Catatónico.	Técnicas -Encuesta -Entrevista -Análisis documental	Estudiantes del quinto año de educación secundaria
	Conductual	-Come mucho -Come poco -Duerme poco -Duerme demasiado -Se aísla de los demás -Descuida las responsabilidades -Pospone actividades o situaciones por temor. -Hace la vida imposible -Hábitos nerviosos (muerde uñas, el ritmo) -se queja constantemente	Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Padres de familia
	Cognitiva	-Problema de memoria -Incapacidad para concertarse -Falta de juicio -Ve solo lo negativo.		

		<ul style="list-style-type: none"> -Pensamientos ansiosos. -Constante preocupación -Pensamiento catastrófico -Descenso de rendimiento 		
	Emoción	<ul style="list-style-type: none"> -Mal humor -Irritabilidad -Incapacidad para relajarse -Sentirse abrumado -Sentido de soledad y aislamiento -Infelicidad 		

ANEXO N°3

**INSTRUMENTO
PARA EL ESTUDIANTE**

Inventario de Ansiedad de Beck-BAI

-Edad: **Grado:**
 -Sexo: **Correo electrónico:**
 -N° de **hijo(a)**

Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy. Sea lo más sincero posible en su respuesta. Tenga en cuenta lo siguiente:

0	No
1	Leve
2	Moderado
3	Bastante

N°	Items	No	Leve	Moderado	Bastante
1	Me siento torpe , soñoliento o aletargado en estos días.				
2	Andas acalorado.				
3	Ante algún cambio siento temblor en las piernas.				
4	Me siento incapaz de relajarme.				
5	Siento temor a que ocurra lo peor.				
6	Estoy mareado, o demasiado inquieto.				
7	Tengo latidos de corazón fuertes y acelerados.				
8	Me siento inestable.				
9	Me siento atemorizado.				
10	Estoy constantemente nervioso.				
11	Tengo sensación de bloqueo.				
12	Cuando estoy frente a los demás tengo temblores en las manos.				
13	Siento inquietud e inseguridad.				
14	Constantemente siento miedo de perder el control.				
15	Con sensación de ahogo.				
16	Con temor a morir.				
17	Vivo con miedo.				
18	Sufro de problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento).				
19	Se me desvanece el cuerpo, cuando entro en contactos con otros.				
20	Me ruborizo cuando converso con otras personas.				
21	Cuando interactuó con otros, automáticamente presento sudores, fríos o calientes				

Instrumento para los padres de los estudiantes que participaron en el estudio.

I. Datos Generales:

Nombres y apellidos: (considerar las iniciales)

Edad:

Vínculo parental:

Trabajo o profesión:

PARA LOS PADRES

Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique si usted observa estas características en su menor hijo y como le afectado en la última semana incluyendo hoy. Sea lo más sincero posible en su respuesta. Tenga en cuenta lo siguiente:

0	No
1	Leve
2	Moderado
3	Bastante

N°	Items	No	Leve	Moderado	Bastante
1	Lo ha observado torpe, soñoliento o aletargado en estos días.				
2	Lo observa muy acalorado.				
3	Ante algún cambio ,observa que siente temblor en las piernas				
4	Lo observa que es incapaz de relajarse.				
5	Lo escucha expresase o manifestar temor a que ocurra lo peor.				
6	Lo observa mareado, o demasiado inquieto				
7	Observa que tiene latidos de corazón fuertes y acelerados.				
8	Lo observa inestable.				
9	Lo observa atemorizado.				
10	Lo observa constantemente nervioso (se come las uñas o tamborilea)				
11	Observa que manifiesta sensación de bloqueo.				
12	Cuando esta frente a los demás lo observa con temblores en las manos o sudoración.				
13	Lo observa inseguro o inquieto constantemente.				
14	Constantemente lo observa que pierde el control				
15	Observa si tiene sensación de ahogo				
16	Lo escucha expresarse con temor a morir				
17	Lo observa que vive con miedo.				
18	Se ha percatado que presenta problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento)				

19	Observa que muestra desequilibrio corporal, cuando entra en contactos con otros.				
20	Observa que se ruboriza cuando conversa con otras personas.				
21	Cuando interactúa con otros, observa usted que automáticamente presenta sudores, fríos o calientes.				

Instrumento para los docentes de los estudiantes que participaron en el estudio.

I. Datos Generales:

Nombres y apellidos: (considerar las iniciales)

Edad:

Rol que desempeña:

Trabajo o profesión:

DOCENTE

Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique si usted observa estas características en el estudiante y como observa que le afectado en la última semana incluyendo hoy. Sea lo más sincero posible en su respuesta. Tenga en cuenta lo siguiente:

0	No
1	Leve
2	Moderado
3	Bastante

N°	Items	No	Leve	Moderado	Bastante
1	Observa al estudiante torpe, soñoliento o aletargado en estos días.				
2	Observa al estudiante muy acalorado.				
3	Ante algún cambio ,observa que siente temblor en el cuerpo.				
4	Lo observa que es incapaz de relajarse.				
5	Escucha al estudiante ,expresase o manifestar temor a que ocurra lo peor.				
6	Lo observa al estudiante demasiado inquieto.				
7	Percibe que tiene latidos de corazón fuertes y acelerados.				
8	Lo observa inestable.				
9	Lo observa atemorizado.				
10	Lo observa constantemente nervioso (se come las uñas o tamborilea)				
11	Observa que manifiesta sensación de bloqueo.				
12	Cuando esta frente a los demás exponiendo lo observa con temblores en las manos o sudoración.				
13	Lo observa inseguro o inquieto constantemente.				
14	Constantemente lo observa que pierde el control.				
15	Observa si tiene sensación de ahogo.				
16	Lo escucha expresarse con temor a morir				
17	Lo observa que vive con miedo.				
18	Se ha percatado si presenta problemas digestivos.				
19	Observa que muestra desequilibrio corporal, cuando entra en contactos con otros.				
20	Observa que se ruboriza cuando interactúa en el aula (compañeros, docente).				
21	Cuando interactúa con otros, observa usted que automáticamente presenta sudores, fríos o calientes.				

ANEXO N° 4

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

1. NOMBRE DEL JUEZ		Marisa Balcazar Salvador
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Clínica - Forense
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	14 años
	CARGO	Psicóloga de la Unidad de Protección y asistencia a víctimas y testigos del Ministerio Público.
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN LOS ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIO DE LA CIUDAD DE CHICLAYO.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Raquel Flores Arroyo de Garay
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
		<p><u>GENERAL</u></p> <p>-Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en los adolescentes del Nivel secundario de la ciudad de Chiclayo.</p>

5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO

ESPECÍFICOS

-Diagnosticar la dimensión fisiológica en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo.

-Diagnosticar la dimensión conductual en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo.

-Diagnosticar la dimensión cognitiva en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo.

-Diagnosticar la dimensión afectiva en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo.

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN

DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
01	Me siento torpe, soñoliento o aletargado en estos días. Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS
02	Andas acalorado. Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
03	Ante algún cambio siento temblor en las piernas. Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
04	Me siento incapaz de relajarme Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:

05	Siento temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
06	Estoy mareado, o demasiado inquieto Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
07	Tengo latidos de corazón fuertes y acelerados Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
08	Me siento inestable Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
09	Me siento atemorizado Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
10	Estoy constantemente nervioso Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
11	Tengo sensación de bloqueo Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
12	Cuando estoy frente a los demás tengo temblores en las manos Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
13	Siento inquietud e inseguridad Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
14	Constantemente siento miedo de perder el control Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
15	Con sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:

16	Con temor a morir Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
17	Vivo con miedo Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:
18	Sufro de problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento) Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS:

19	Se me desvanece el cuerpo, cuando entro en contactos con otros. Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS
20	Me ruborizo cuando converso con otras personas. Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS
21	Cuando interactuó con otros, automáticamente presento sudores, fríos o calientes Escala de medición: Likert	A(X) D() SUGERENCIAS
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D():
6 COMENTARIOS GENERALES		
7 OBSERVACIONES: TOMAR EN CUENTA LAS SUGERENCIAS QUE PERMITIRÁ QUE LOS ADOLESCENTES ENTIENDAN MEJOR LOS ITEMS.		



 Marisa Balcazar Salvador
 Juez Experto
 Colegiatura N° 11636

VALIDEZ DE TEST A PADRES Y DOCENTES

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

1. NOMBRE DEL JUEZ		Marisa Balcazar Salvador
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Clínica - Forence
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	14 años
	CARGO	Psicóloga de la Unidad de Protección y asistencia a víctimas y testigos del Ministerio Público.
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN LOS ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIO DE LA CIUDAD DE CHICLAYO.		
3. DATOS DEL TESISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Raquel Flores Arroyo de Garay
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
		<u>GENERAL</u> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en los adolescentes del Nivel secundario de la ciudad de Chiclayo por intermedio de los padres.

5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO

ESPECÍFICOS

- Diagnosticar la dimensión fisiológica en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo, por intermedio de los padres.
- Diagnosticar la dimensión conductual en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo, por intermedio de los padres.
- Diagnosticar la dimensión cognitiva en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo, por intermedio de los padres.
- Diagnosticar la dimensión afectiva en los estudiantes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo.

A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
01	Lo ha observado torpe, soñoliento o aletargado en estos días. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS
02	Lo observa muy acalorado. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
03	Ante algún cambio, observa que siente temblor en las piernas. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
04	Lo observa que es incapaz de relajarse. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
05	Lo escucha expresarse o manifestar temor a que ocurra lo peor. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:

06	Lo observa mareado, o demasiado inquieto. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
07	Observa que tiene latidos de corazón fuertes y acelerados. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
08	Lo observa inestable. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
09	Lo observa atemorizado. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
10	Lo observa constantemente nervioso (se come las uñas o tamborilea) Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
11	Observa que manifiesta sensación de bloqueo. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
12	Cuando esta frente a los demás lo observa con temblores en las manos o sudoración. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
13	Lo observa inseguro o inquieto constantemente. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
14	Constantemente lo observa que pierde el control Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
15	Observa si tiene sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:

16	Lo escucha expresarse con temor a morir. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
17	Lo observa que vive con miedo. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
18	Se ha percatado que presenta problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento) Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
19	Observa que muestra desequilibrio corporal, cuando entra en contactos con otros. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS
20	Observa que se ruboriza cuando conversa con otras personas. Escala de medición: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS
21	Cuando interactúa con otros, observa usted que automáticamente presenta sudores, fríos o calientes.	A(X) D () SUGERENCIAS
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
6 COMENTARIOS GENERALES		
7 OBSERVACIONES: TOMAR EN CUENTA LAS SUGERENCIAS QUE PERMITIRÁ QUE LOS ADOLESCENTES ENTIENDAN MEJOR LOS ITEMS.		



 Marisa Balcazar Salvador
 Juez Experto
 Colegiatura N° 11656

**ANEXOS Nº 5 VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA
INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DEL CUARTO GRADO DEL NIVEL SECUNDARIO DEL COLEGIO PRIVADO “JUAN MEJÍA BACA”**

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	LUIS ALBERTO SARMIENTO PEREZ
PROFESION	PSICOLOGO
TITULO Y GRADO ACADEMICO	DOCTOR
ESPECIALIDAD	CLINICO- EDUCACIONAL
INSTITUCION EN DONDE LABORA	USS, UCV
CARGO	DOCENTE

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACION	PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL PARA ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIO
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencia de la vida y la salud humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Raquel Flores Arroyo de Garay
APORTE PRÁCTICO	Programa Cognitivo Conductual para la ansiedad social en adolescentes del cuarto grado del nivel secundario del colegio privado “Juan Mejía Baca”

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Observaciones generales: _____



.....
 Dr. Luis Alberto Sarmiento Pérez
 PSICOLOGO
 C.Ps.P 6867
 NEUROPSICOLOGIA

Juez Experto
 Colegiatura N^a

**ANEXOS N° 5 VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA
INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DEL CUARTO GRADO DEL NIVEL SECUNDARIO DEL COLEGIO PRIVADO “JUAN MEJÍA BACA”**

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	JUANA LISBETH SÁNCHEZ OLIVA
PROFESION	PSICOLOGO
TITULO Y GRADO ACADEMICO	MAGISTER
ESPECIALIDAD	CLINICO- EDUCACIONAL
INSTITUCION EN DONDE LABORA	UCV- IEC “BEATA IMELDA”
CARGO	DOCENTE

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACION	PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL PARA ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIO
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencia de la vida y la salud humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Raquel Flores Arroyo de Garay
APORTE PRÁCTICO	Programa Cognitivo Conductual para la ansiedad social en adolescentes del cuarto grado del nivel secundario del colegio privado “Juan Mejía Baca”

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Observaciones generales: _____



Mg. Juana Lisbeth Sánchez Oliva
Ps. Clínica - Educativa y de Familia
C.Ps.P 6109



Juez Experto
Colegiatura N^a.....

**ANEXOS N° 5 VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico _____

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	Marisa Balcazar Salvador
PROFESION	Psicóloga
TITULO Y GRADO ACADEMICO	Magister
ESPECIALIDAD	Clínico-Forense
INSTITUCION EN DONDE LABORA	Ministerio Público-Lambayeque
CARGO	Psicóloga de la Unidad de Protección y asistencia a víctimas y testigos del Ministerio Público.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACION	PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN LOS ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIO DE LA CIUDAD DE CHICLAYO.
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencia de la Vida y la Salud Humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Raquel Flores Arroyo de Garay
APORTE PRÁCTICO	Programa Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en adolescentes de cuarto grado del nivel secundario del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” Chiclayo.

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Observaciones generales: _____



Marisa Balcazar Salvador
Juez Experto
Colgiatura N° 11656

ANEXO 6

Diagnóstico se establece según el DSM-V (2015)

- Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo
- Si existe otra afección médica el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Fobia Social

Fuente: Organización Mundial de la Salud

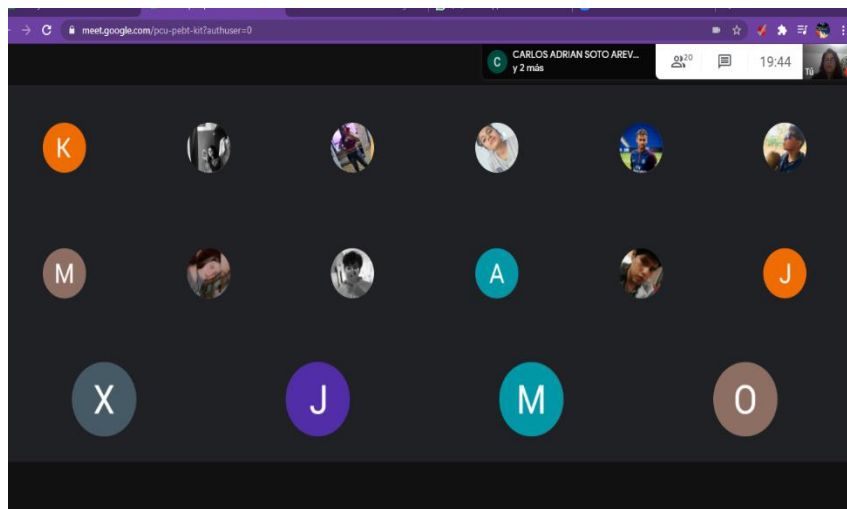
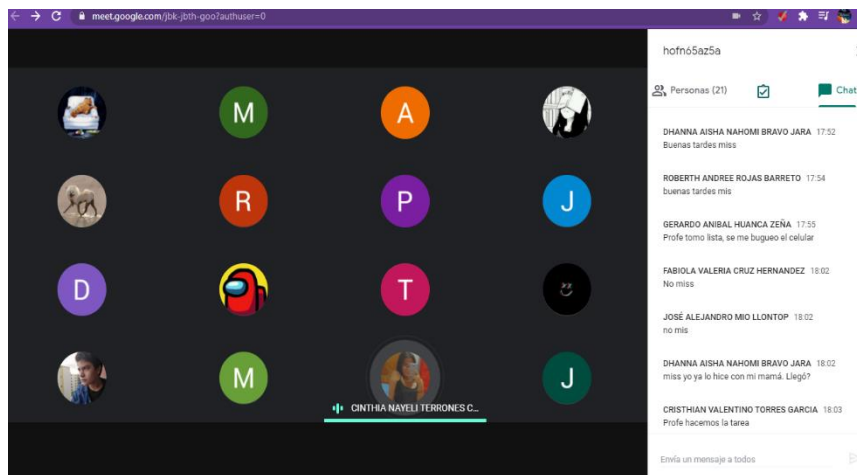
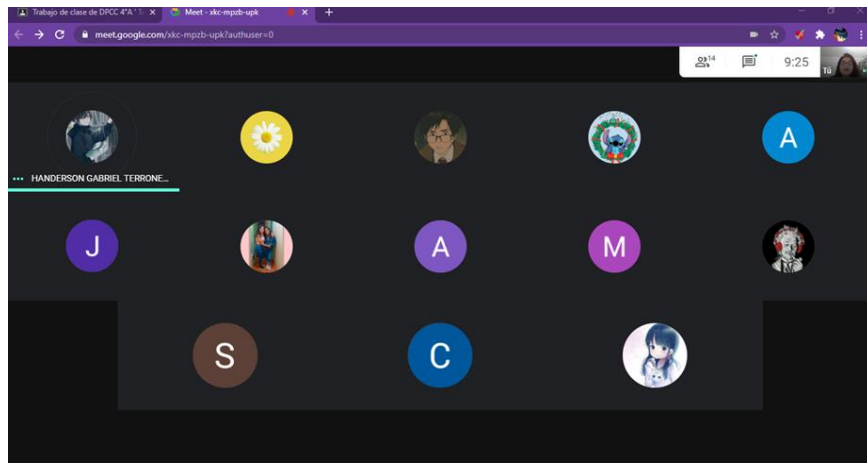
Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres.

Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas.

Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

ANEXO 7

APLICACIÓN DE TEST A ESTUDIANTES DEL 4TO GRADO



/d/e/1FAIpQLScIttkaEajHWdzVtg3QBCLYAomh_p_7IXUBqDDVOnX7FCVgw/viewform

APLICACIÓN DE TEST

Tu dirección de correo electrónico (raquelflores@cepjuanmejiabaca.edu.pe) se registrará cuando envíes este formulario. ¿No es tuya esta dirección? [Cambiar de cuenta](#)

NOMBRE Y APELLIDOS

Tu respuesta _____

EDAD:

Tu respuesta _____

SEXO:

Tu respuesta _____

DFCC

instrucciones Trabajo de los alumnos

Enviar Sin evaluar

Todos los alumnos

Ordenar por estado de entrega

Tareas entregadas

VÁZMIN YAMLI AL.	Tarea entregada
Marjorie Ambasp...	Tarea entregada
NICOLE BARRANT...	Tarea entregada
RULLI GABRIEL BA...	Tarea entregada
JENIFER MIRELL...	Tarea entregada
KAROL SEBASTIA...	Tarea entregada
MARIANA ESTEFA...	Tarea entregada
ROSALY VIRGINIA...	Tarea entregada
YAMILE STEFANY...	Tarea entregada
DAN SAMIR CULO...	Tarea entregada

32 3

Has presentado la tarea 3 Agradecida

APLICACIÓN DE TEST

Formularios de Google

Tareas entregadas

VÁZMIN YAMLI ALCALDE DELGADO	Marjorie Ambaspata	NICOLE BARRANTES	RULLI GABRIEL BAZAN MASAY	JENIFER MIRELLA BECERRA FLORES	KAROL SEBASTIAN BERGOSPI DIAZ	MARIANA ESTEFAN CASHACHO CHUQUE	ROSALY VIRGINIA CASARDO PUELLES
YAMILE STEFANY CORONADO RODRIGUEZ	DAN SAMIR CULLUCONCORD CAMPOS	FATIMA NAVELI ESCOBEDO LOPEZ	OWEN JAR GÁLVEZ RUIZ	CARLOS JEANPIER GARAY ROSAS	JHADYRA ANTONELLA GARCIA CORONEL	JARELY GISELA GRADOS DIAZ	MARYORY KATHERINE GRADOS ROSAS
JHON ELI QUEVARA VILCHEZ	ALEXANDRA NICOLE MLENDEZ PETROCHE	YESHUA DAVID MAD PRADA	CIELO BRYITH MONTENEGRO PINTADO	ASTRID NUÑEZ CASTRO	JAZMIN PAUCAR AGUILAR	CRISTINA AIME PUELLES GANZOZA	JEFFERSON JESUS QUESPTONADO SUAREZ
MARICIELO RIVERA DE LOS RIOS	XISAMARA RIVERA PITA	LUCIA ROSAS BEJARANO	JESUS EDUARDO SALAZAR CASTILLO	JENIFER ALEXANDRA SANCHEZ CAPUÑAY	JULIO VALENTINO SELVA MONTENEGRO	NICOLE CELITO VENEGAS ARISTA	STEFANO FRIED VINCES VILCHEZ

09:39

Tarea

Título: APLICACIÓN DE TEST-TAS

Instrucciones (opcional)

Añadir + Crear

APLICACIÓN DE TEST

Formularios de Google

C Classroom ofrece la posibilidad de importar las calificaciones de las tareas. Esta opción permite limitar automáticamente cada formulario a una respuesta por usuario, recopilar las direcciones de correo electrónico y admitir solo las respuestas de los usuarios de tu dominio.

Importación de calificaciones

FORMULARIO APLICADO A LOS PADRES DE FAMILIA

1FAIpQLSdIsvQ4kpFFXPOiW0tpHyDQERqK-SNTq7T-T7FidRkBLPFA/viewform

CUESTIONARIO PARA EL APODERADO

Instrucciones.-El siguiente formulario debe ser llenado por el apoderado.
***Obligatorio**

NOMBRE DEL ALUMNO *

Tu respuesta

GRADO-SECCIÓN * 0 puntos

Tu respuesta

TELEFONO *

Tu respuesta

Est
Hu
cu

DPCC #14 Instrucciones Trabajo de los alumnos

Enviar Sin evaluar

Todos los alumnos

Ordenar por estado de entrega

Tareas entregadas

<input type="checkbox"/>	JEFFERSON FABRICO ...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	MARYORI ZARAI CALD...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	BETTY ISABEL CHUQU...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	RUBY JENUBELLY OUE...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	EVELYN GABRIELA HE...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	KEYLA LLATAS MRES	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	KEVIN ALEXIS MALPAR...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	JEFFERSON SAMIR OR...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	HENRY EDINSON ORRI...	Tarea entregada
<input type="checkbox"/>	ALONDRA YANELA PA...	Tarea entregada

CUESTIONARIO PARA EL APODERADO

15 23
 Han presentado la tarea Asignadas

CUESTIONARIO PARA EL APODERADO
Formularios de Google

Tareas entregadas

JEFFERSON FABRICO AZABACHERIOS Sin archivos adjuntos Tarea entregada	MARYORI ZARAI CALDERON CORONADO CONCENTIMIENTO IN... Tarea entregada	BETTY ISABEL CHUQUE SIPON CONCENTIMIENTO IN... Tarea entregada	RUBY JEKUBELLY CUENCA GUERRA CONCENTIMIENTO IN... Tarea entregada	EVELYN GABRIELA HERRERA VILLALTA CONCENTIMIENTO IN... Tarea entregada	KEYLA LLATAS MIRES Edite - CONCENTIM... Tarea entregada	KEVIN ALEXIS MALPARTIDA PATAZCA IMG_20201210_1937... Tarea entregada	JEFFERSON SAMIR ORDAZ BUSTAMANTE CONCENTIMIENTO IN... Tarea entregada
HENRY EDINSON ORRILLO GAONA CONCENTIMIENTO IN... Tarea entregada	ALONDRA YANELA PAZ CASTILLO IMG_20201210_1928... Tarea entregada	JIMENA NASHRA PEÑA-LA TORRE Sin archivos adjuntos Tarea entregada	VALERIA ABIGAIL QUISPE GUEVARA EVALUANDONOS.pdf Tarea entregada	MARICIELO ESMERALDA SAAVEDRA VILCHEZ 10 archivos adjuntos Tarea entregada	CARLOS YAMMIR SANCHEZ PEREZ Sin archivos adjuntos Tarea entregada	MARIA GRACIA TORO CARRANZA 131012648_7069342... Tarea entregada	

X Tarea



Título
CUESTIONARIO PARA EL APODERADOR



Instrucciones (opcional)

Añadir

+ Crear



CONCENTIMIENTO INFORMADO.pdf
PDF

Los alumnos pueden ver el archivo



CUESTIONARIO PARA EL APODERADO
Formularios de Google



Classroom ofrece la posibilidad de importar las calificaciones de las tareas. Esta opción permite limitar automáticamente cada formulario a una respuesta por usuario, recopilar las direcciones de correo electrónico y admitir solo las respuestas de los usuarios de tu dominio.

Importación de calificaciones

ANEXO 8

SESIÓN 1 y 2

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N°1 “ME CONOSCO Y ME ACEPTO” Informar y explicar a los adolescentes como la ansiedad social le afecta.	Inicio	Técnica de animación	Laptop	60 minutos
	Socializar los objetivos a trabajar. Dinámica de reflexión mediante video https://www.youtube.com/watch?v=SQdb43s3NS0 ¿Qué se les pidió a los sujetos? ¿Qué sabían los sujetos al entrar? ¿Qué se les pregunto a los estudiantes que participaron en el experimento? ¿Eran veraces sus conjeturas? ¿Cuál era la realidad? ¿Qué solemos pensar la mayoría? Pero en realidad ¿Qué piensa la mayoría de acuerdo a la investigación?	Participación Exposición Reflexión Técnica de modelamiento	Ficha de registro	
	Desarrollo			

	<ul style="list-style-type: none"> - Se explica conceptos de ansiedad social, características. - Activación somática (sudoración, ruborización ,ritmo cardiaco, malestar en el estómago ,respiración rápida). - Procesos cognitivos (anticipación de consecuencias desfavorables ,evaluación negativa de la situación ,de si mismo, de la propia actuación ,preocupación por reacciones somáticas ,pensamiento de escape y evitación. - Reacción conductual ,temblor de voz, tartamudeo ,retorcimiento de manos ,bloqueo. 			
	Cierre			
	Encuesta de Evaluación (Anexo 10)			

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N°2 “NO TE JUZGUEZ” Explicar cómo mediante el programa cognitivo conductual se disminuirá la ansiedad social.	Inicio	Técnica de	Laptop	60 minutos
	Dinámica de reflexión mediante video https://www.youtube.com/watch?v=t4U5Tu-xcrA	animación	Ficha de registro	
	¿Que pensamientos abordan la mente?	Participación	Formulario	
	¿Que es la ansiedad social?	Exposición		
	¿Cómo aparece?	Reflexión		
	¿Qué síntomas?	Técnica de		
	Desarrollo	modelamiento		
	- Informar respecto a la forma de intervención estableciendo acuerdos con los involucrados - https://www.youtube.com/watch?v=yiMUUQILq3Y (explicación de la ansiedad social hasta la modificación de los significados catastróficos). - Explicación del círculo vicioso de su ansiedad.			

	- Estrategias de afrontamiento y relajación			
	Cierre			
	Registro (Anexo 9) ¿Qué dificultades presentaste? Importancia de llevar a cabo las tareas (Registro) Evaluación (Anexo 11).			

ANEXO 9

FICHA DE REGISTRO

Situación	Ansiedad inicial (0-10)	Pensamiento	Acciones	resultado	Ansiedad final (0-10)	Fecha

ANEXO 10

EVALUACIÓN SESIÓN1

Instrucciones. –Después de escuchar el tema, lee detenidamente y marca el número que consideres donde 5 es la puntuación alta y 1 es el puntaje bajo

N°	Indicador	1	2	3	4	5
1	Los objetivos a conseguir son claros.					
2	Los contenidos y explicaciones demuestran ser útiles para ti.					
3	La información del plan de trabajo es suficiente.					
4	El grado de motivación frente al tema es adecuado.					
5	Tenías conocimientos previos sobre el tema.					
6	El tema va acorde con tus necesidades.					
7	Mis expectativas de las sesiones son realistas.					
8	Espero mejorar mis habilidades sociales al finalizar la terapia.					
9	Te sientes identificado con el problema					

ANEXO 11

EVALUACIÓN DE SESION 2

Instrucciones. –Después de escuchar el tema, lee detenidamente y marca el número que consideres donde 5 es la puntuación alto y 1 es el puntaje bajo.

N°	Indicador	1	2	3	4	5
1	El especialista explica con claridad.					
2	Se aclaran las dudas correctamente					
3	Las sesiones están siendo útiles					
4	Estoy mejorando con las sesiones practicas					
5	El especialista tiene una actitud receptiva y respetuosa.					
6	La cantidad de aprendizaje es adecuada en cada sesión.					
7	Mi motivación por mejorar está aumentando.					
8	La metodología y técnicas de enseñanza son adecuadas.					
9	La documentación de apoyo está siendo útil.					
10	Se fomenta la realización de tareas para casa para mejorar las habilidades sociales					
11	Las sesiones están cumpliendo mis expectativas.					

ANEXO 12

EVIDENCIAS DE SESIÓN 1

DIPOSITIVA


PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL



Objetivo	1	2	3	4	5
1. Identificar los síntomas y sentimientos asociados a la ansiedad.					
2. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
3. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
4. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
5. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
6. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
7. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
8. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
9. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
10. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
11. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
12. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
13. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
14. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
15. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
16. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
17. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
18. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
19. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					
20. Reconocer los pensamientos automáticos que se activan en las situaciones que generan ansiedad.					



OBJETIVOS



Disminuir la ansiedad social de los adolescentes del cuarto grado del nivel secundario del colegio privado "Juan Mejía Baca", mediante el Programa cognitivo conductual.



<https://www.youtube.com/watch?v=SQdb43s3K60>

REFLEXIÓN



¿Qué se les pidió a los sujetos?
¿Qué sabían los sujetos al entrar?
¿Qué se les preguntó a los estudiantes que participaron en el experimento?
¿Eran veraces sus conjeturas?
¿Cuál era la realidad?
¿Qué solemos pensar la mayoría? Pero en realidad
¿Qué piensa la mayoría de acuerdo a la investigación?

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD SOCIAL?



DIFERENCIAS



Miedo	Fobia
<ul style="list-style-type: none"> • Es una emoción • Reacciona luchando o huyendo • Te previene de un peligro y te predispone a hacerle frente • Es una estrategia para protegerte • Es un reto, te engrandece 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un trastorno psicológico • La única reacción posible es la huida, la evitación • Es un peligro formado por un pensamiento distorsionado • Es un límite autoimpuesto • Te bloquea, te destruye

ANSIEDAD SOCIAL



Trastorno marcado por un intenso miedo o ansiedad desproporcionada a las situaciones en las que se está expuesto ante los demás

Características:

- Inhibición de conductas por miedo a la exposición social
- Resistencia frente a la interacción con otros
- Causa malestar significativo en la vida de la persona
- Presencia de síntomas físicos relacionados a la ansiedad



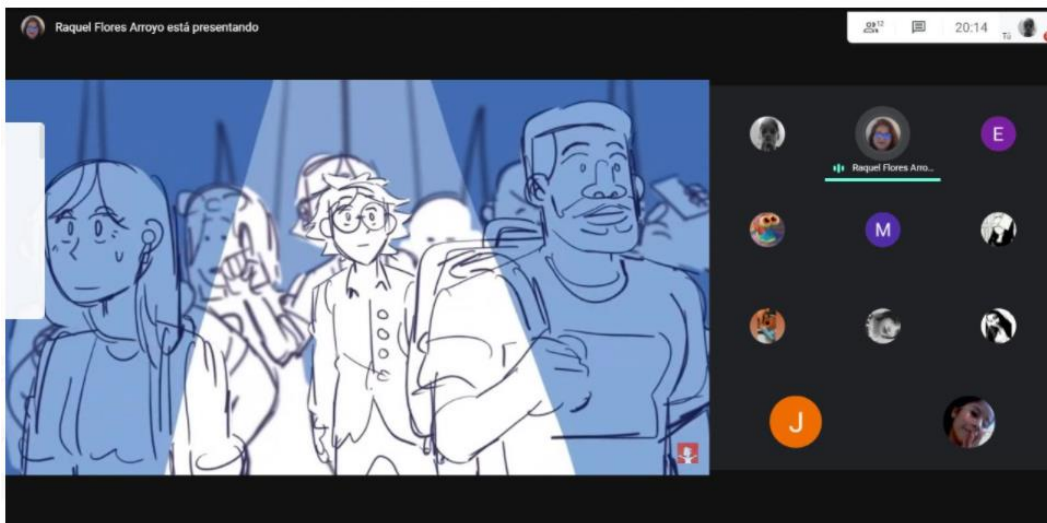
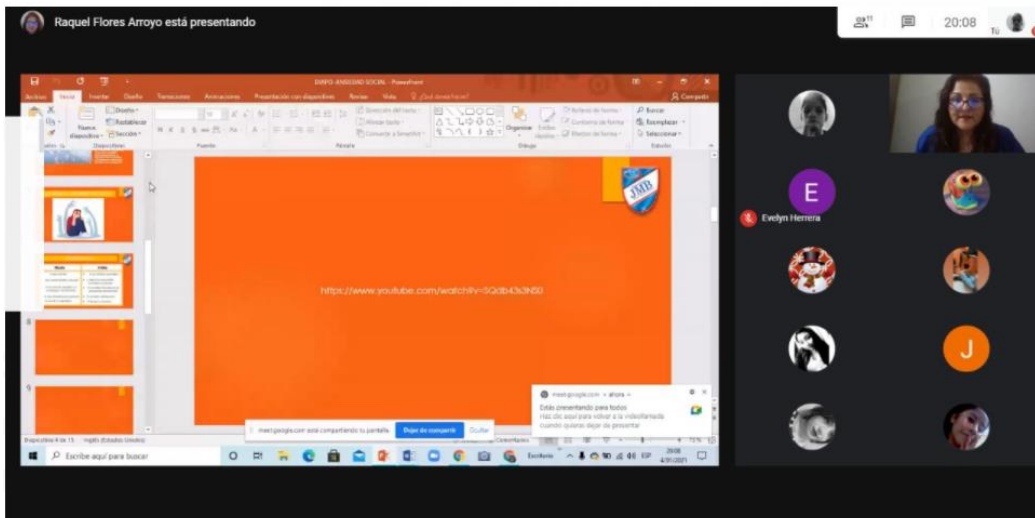
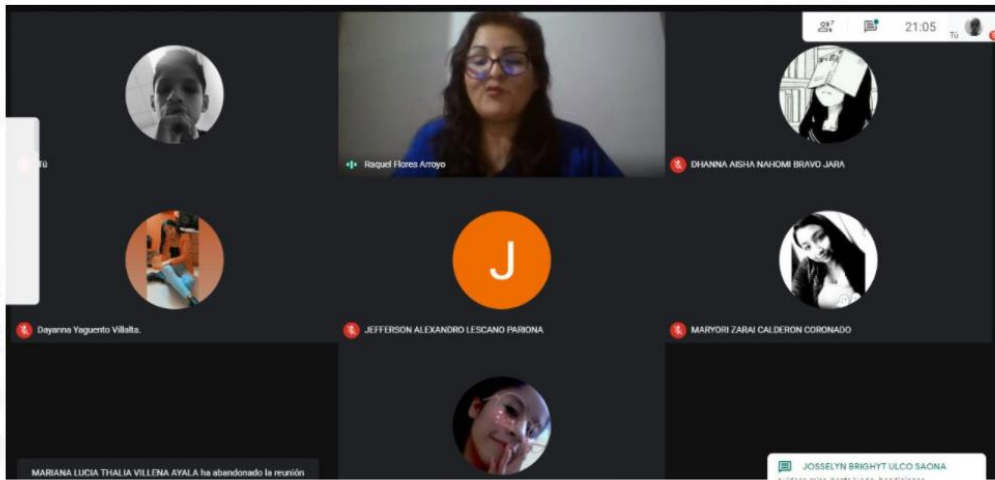
CARACTERÍSTICAS



Quando tenemos ansiedad, el cerebro manda señales para activar mecanismos de alerta en el cuerpo. Los síntomas físicos de la ansiedad más comunes son:

<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia / palpitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar (disnea) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de opresión en el pecho 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de tener algo en la garganta
<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración (diaforesis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Temblor 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular / hormigueo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mareo / náuseas
<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea / estreñimiento / colitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia para orinar 		

SESIÓN 1



ENCUETA INICIAL

Instrucciones. -Marca el número que consideres donde (5) es la puntuación alta y (1) es el puntaje bajo



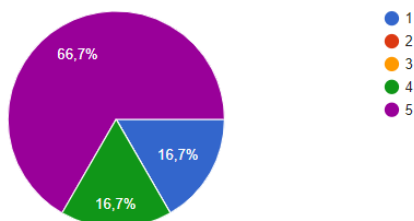
Nº	Indicador	1	2	3	4	5
1	Los objetivos a conseguir son claros.					
2	Los contenidos y explicaciones demuestran ser útiles.					
3	La información del plan de trabajo es suficiente.					
4	El grado de motivación es adecuado.					
5	Tenías conocimientos previos sobre el tema.					
6	El tema va acorde con tus necesidades.					
7	Mis expectativas de las sesiones son realistas.					
8	Espero mejorar mis habilidades sociales al finalizar la terapia.					

APLICACIÓN DE FORMULARIO

EVALUACIÓN INICIAL

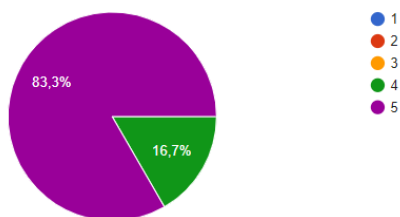
1 Los objetivos a conseguir son claros.

6 respuestas



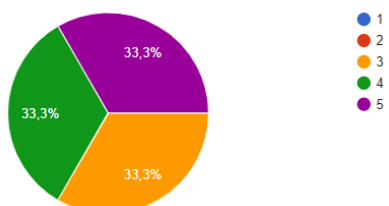
2 Los contenidos y explicaciones demuestran ser útiles para ti.

6 respuestas



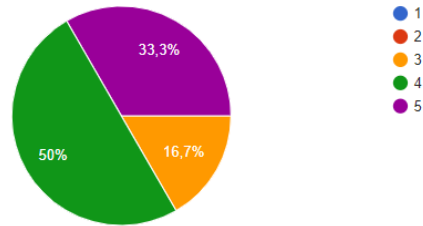
3 La información del plan de trabajo es suficiente.

6 respuestas



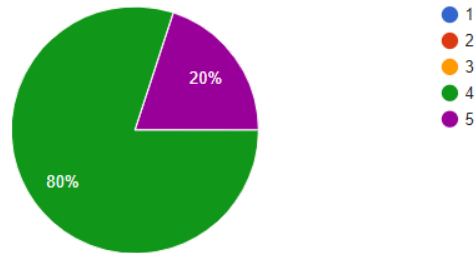
4 El grado de motivación frente al tema es adecuado.

5 respuestas



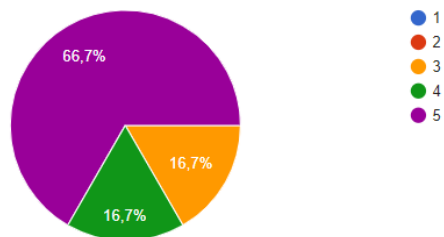
5 El tema va acorde con tus necesidades.

5 respuestas



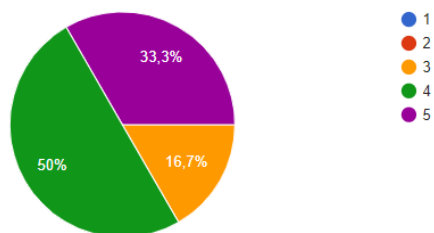
7 Mis expectativas de las sesiones son realistas

6 respuestas



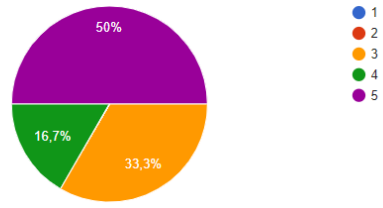
8 Espero mejorar mis habilidades sociales al finalizarla terapia.

6 respuestas



9 Te sientes identificado con el problema


6 respuestas




EVIDENCIAS DE LA SESION 2

DIAPOSITIVAS

ANSIEDAD SOCIAL



- Ansiedad intensa
- Evitar a desconocidos
- Dificultad para relacionarse
- Preocuparse demasiado ante diferentes situaciones
- Casos graves: dejar el trabajo o la escuela



SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD SOCIAL



Físicos	Mentales
Pulsaciones elevadas	Preocupación constante
Sudoración excesiva	Irritabilidad
Tensión muscular	Problemas de concentración
Mareos, desmayos	Problemas para dormir
Indigestión, diarrea	Cansancio
Respiración profunda	



FUNCIONES



1. ¿Evita ciertas situaciones, dar un discurso o socializarse con alguien que no conoce bien, por que se avergüenza de si mismo?
2. ¿Siente pánico en situaciones sociales no familiares?
3. ¿Es conciente de que su miedo a ciertas situaciones sociales es excesivo?
4. ¿Evita situaciones sociales siempre que le es posible?
5. Cuando no puede evitar estas situaciones, ¿le generan ansiedad o angustia?
6. ¿Interfiere su ansiedad y miedo a las reuniones laborales, amistades, familia o sus rutinas habituales?





Instrucciones.- Identifica una situación ,describela y completa el registro.

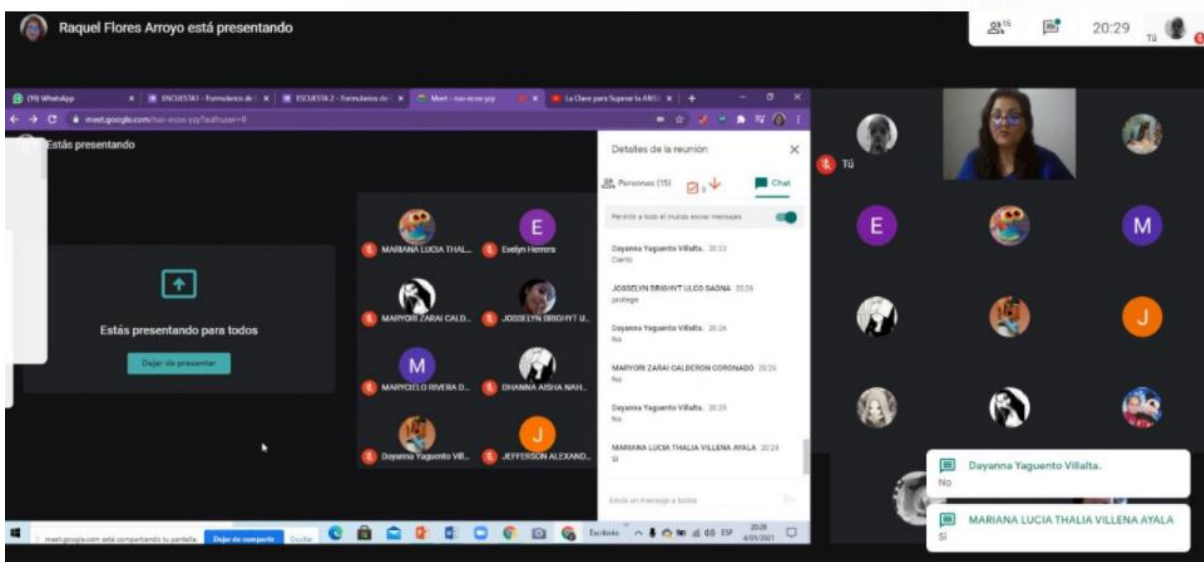
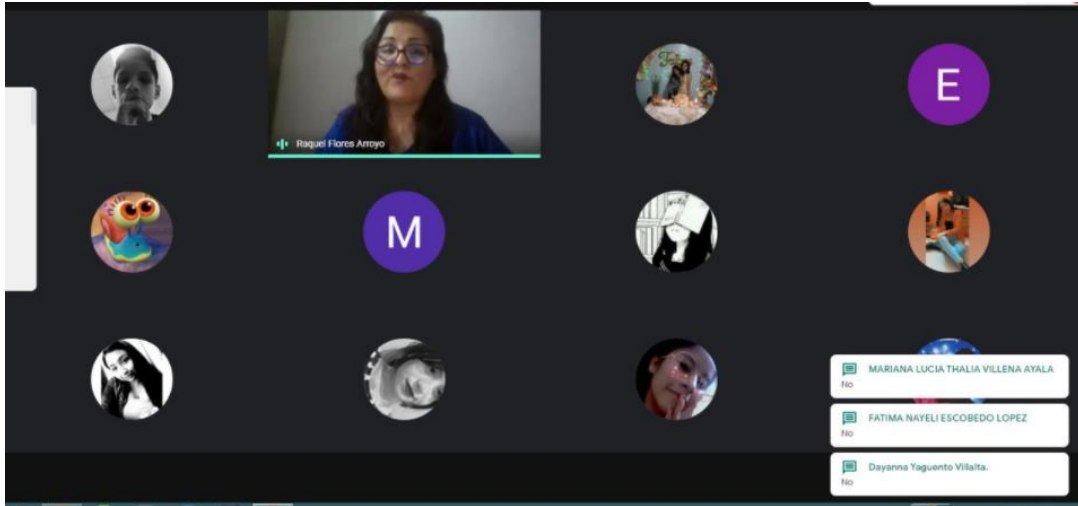
Situación	Ansiedad inicial (0-10)	Pensamiento	Acciones	resultado	Ansiedad final (0-10)	Fecha

ENCUETA 2

Instrucciones. -Marca el número que consideres donde (5) es la puntuación alto y (1) es el puntaje bajo



N°	Indicador	1	2	3	4	5
1	El especialista explica con claridad.					
2	Se aclaran las dudas correctamente					
3	Las sesiones están siendo útiles					
4	Estoy mejorando con las sesiones practicas					
5	El especialista tiene una actitud receptiva y respetuosa.					
6	La cantidad de aprendizaje es adecuada en cada sesión.					
7	Mi motivación por mejorar está aumentando.					
8	La metodología y técnicas de enseñanza son adecuadas.					
9	La documentación de apoyo está siendo útil.					
10	Se fomenta la realización de tareas para casa para mejorar las habilidades sociales					
11	Las sesiones están cumpliendo mis expectativas.					



REGISTRO TRABAJO

Situación	Ansiedad inicial (0-10)	Pensamiento	Acciones	resultado	Ansiedad final (0-10)	Fecha
cuando recibo la clase virtual	10	que me miran, me gritan	no prendo mi camara me como las uñas	no participo tiemblo	8	04 de enero

Situación	Ansiedad inicial (0-10)	Pensamiento	Acciones	resultado	Fecha
cuando queria que me miraran pero no tenia ganas de hacer clases	5	miedo cojera sin ganas		pues queria llorar	estres

Ansiedad Social

Situación	Ansiedad inicial (0-10)	Pensamiento	Acciones	Resultado	Ansiedad final (0-10)	Fecha
cuando me electrocuté por enchufar al DVD	08	-No pude dormir -No pude enchufar ningún electrodoméstico	-Cerrar el enchufe -al momento de enchufar agarré el metal y me electrocuté	-Supere ese momento -Ahora ya enchufe cualquier electrodoméstico	03	-durmió 05/03/2012 -Plá de presentar 04/01/2020

Instrucciones.- Identifica una situación ,describela y completa el registro.

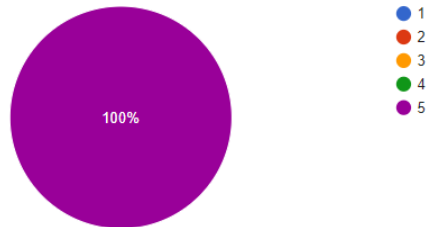
Situación	Ansiedad inicial (0-10)	Pensamiento	Acciones	resultado	Ansiedad final (0-10)	Fecha
cuando mi mama me quita el celular	10	nunca me lo va a dar	comienzo a rogarle	a veces me lo da	5	04/01/2021

APLICACIÓN DE FORMULARIO

CUESTIONARIO INTERMEDIO

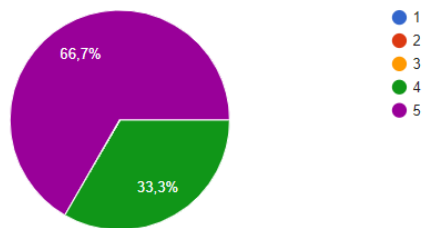
1. El especialista explica con claridad.

6 respuestas



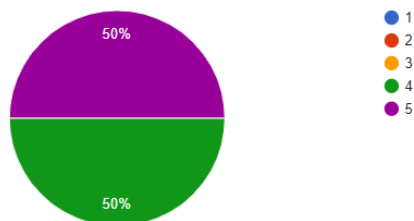
2. Se aclaran las dudas correctamente

6 respuestas



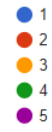
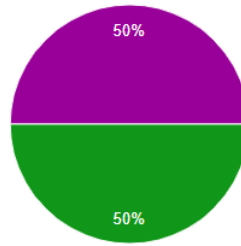
3. Las sesiones están siendo útiles

6 respuestas



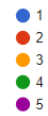
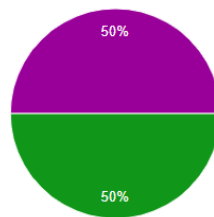
4. Estoy mejorando con las sesiones practicas

6 respuestas



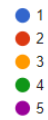
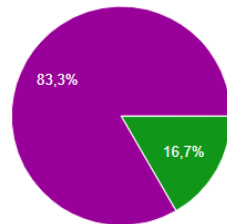
7. Mi motivación por mejorar está aumentando.

6 respuestas



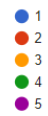
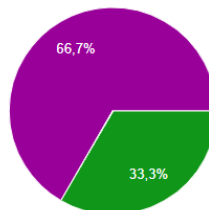
9. La documentación de apoyo está siendo útil.

6 respuestas



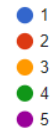
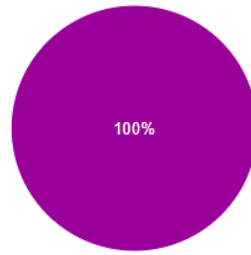
10. Se fomenta la realización de tareas para casa para mejorar las habilidades sociales

6 respuestas



11. Las sesiones están cumpliendo mis expectativas.

6 respuestas



ANEXO 13

Chiclayo, junio 2020

Abogada Edith Cansino

Directora Académica del Colegio privado "Juan Mejía Baca"

Solicito: Permiso para trabajar el Programa Cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del cuarto grado del nivel secundario del Colegio Privado Juan Mejía Baca"

Yo Raquel Flores Arroyo, identificada con DNI 16722760, me presento ante su digno despacho para informarle que nos encontramos realizando una investigación con los estudiantes del nivel secundario:

Datos de la investigación:

Título del Proyecto. - Programa Cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del cuarto grado del nivel secundario del Colegio Privado Juan Mejía Baca"

Objetivo. -Elaborar un programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los estudiantes del cuarto grado del nivel secundario.

Beneficios. -Reducir los niveles de ansiedad de los estudiantes de la Institución educativa.

La investigación se realiza con los estudiantes del cuarto grado de educación secundaria en las fechas de Julio – octubre 2020 en la fase del Proyecto de tesis.

En la fase de Informe de tesis comprendido en los meses de Noviembre Diciembre seguiremos trabajando con los estudiantes.

La investigación comprende la aplicación del pre test de ansiedad social de Beck, previa autorización de los agentes educativos (Dirección y padre de familia), como parte del diagnóstico causal en donde identificamos estudiantes con ansiedad social en los niveles moderado grave y trabajaremos parte del programa psicoterapéutico Cognitivo Conductual para la ansiedad social en su primera etapa, para lo cual solicitamos el permiso correspondiente.

Atentamente.


Raquel Flores Arroyo

DNI 16722760

Recibido
junio 2020

Abog. Edith A. Cansino GONNETTA
DIRECTORA ACADÉMICA
"C.P. JUAN MEJÍA BACA"

AUTORIZACIÓN

Chiclayo, Julio 2020

SEÑORA:

Lic. Raquel Flores Arroyo

Investigadora del Proyecto de Investigación

Ref. Solicitud de autorización de investigación (junio 2020)

Tengo el honor de dirigirme a usted para expresarle nuestro saludo institucional y personal a la vez informarle por intermedio de la presente la AUTORIZACIÓN solicitada del Proyecto de investigación titulado: "Programa Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en adolescentes del cuarto grado del nivel secundario del Colegio Privado Juan Mejía Baca".

Reitero mi aprecio y estima personal, quedo de usted.

Atentamente.



Directora Académica

.....
Abog. Edith R. Caneino Gamarra
DIRECTORA ACADÉMICA
C.E.P. "JUAN MEJÍA BACA"

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: **Universidad Señor de Sipán**

Investigador: **Raquel Flores Arroyo**

Título: **“Programa Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en adolescentes del nivel secundario”.**

Yo, Abg. **EDITH R. CANCINO GAMARRA**, identificada con DNI. 1.66.9.9.6.6.3.....,

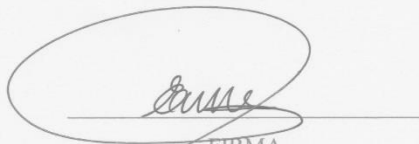
DECLARO:

Haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación **“Programa Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en adolescentes del nivel secundario”**, así como en qué consiste mi participación.

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación o cancelación que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable. Al término de la investigación, seré informado de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo MI CONSENTIMIENTO para que se realice la Entrevista/Encuesta que permita contribuir con los objetivos de la investigación como es elaborar un Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo.

Chiclayo, Julio del 2020



FIRMA

Abog. Edith R. Cancino Gamarra
DIRECTORA ACADÉMICA
C.E.P. "JUAN MEJIA BACA"