



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL**

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

PROBLEMA:

**ANSIEDAD SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN EL SISTEMA FAMILIAR DE UNA
ADOLESCENTE DE 18 AÑOS**

AUTORA:

LADY TATIANA PEÑA ZAPATA

TUTOR:

MSC. RICARDO MELECIO ARANA CADENA

BABAHOYO - 2020

RESUMEN

Este estudio de caso tiene como problema: ansiedad social y su influencia en el sistema familiar de una adolescente y como objetivo demostrar como la ansiedad social influye en el sistema familiar. Para la elaboración del diagnóstico se procedió a la utilización de varios instrumentos de valoración psicodiagnóstica siendo estas las siguientes: entrevista semi-estructurada, historia clínica, el test de escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS) y el test de escala de Autoestima. El análisis del mismo pudo corroborar para demostrar que este problema de ansiedad si tiene influencia en el sistema familiar.

Dentro del caso se pudo evidenciar que las áreas afectadas fueron el afectivo y el socio-comportamental, debido a esto se procedió aplicar las técnicas adecuadas como fueron técnicas cognitivo conductuales las mismas que estuvieron encaminadas para la mejoría de la paciente según los aspectos requeridos. Una vez culminado el tratamiento se pudo evidenciar la mejoría significativa en el estado emocional como fue el autoestima y la reducción de la sintomatología ante la ansiedad social que padece la paciente mejorando así sus relaciones interpersonales tanto con la comunidad como también en su familia.

Palabras claves: ansiedad social, sistema familiar, conductual, adolescencia.

ABSTRACT

This case study has as topic: social anxiety and its influence on the family system of an adolescent and as objective to demonstrate how social anxiety influences the family system. For the elaboration of the diagnosis, several instruments of psychodiagnostic evaluation were used, being these the following: clinical history, the Liebowitz social anxiety scale test (LSAS) and the Self-esteem scale test. The analysis of the same one could corroborate to demonstrate that this problem of anxiety if it has influence in the familiar system.

Within the case, it was possible to evidence that the affected areas were the affective and the social-behavioral, due to this, it was proceeded to apply the appropriate techniques as cognitive-behavioral techniques which were directed to the improvement of the patient according to the required aspects. Once the treatment was completed, it was possible to evidence the significant improvement in the emotional state, such as self-esteem and the reduction of the symptoms of social anxiety suffered by the patient, thus improving her interpersonal relations both with the community and with her family.

Key words: social anxiety, family system, behavior, adolescence.

INDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | iii |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| JUSTIFICACIÓN | 6 |
| Objetivo General | 6 |
| DESARROLLO | 7 |
| Sustentos teóricos..... | 7 |
| Ansiedad social | 7 |
| Sistema Familiar..... | 10 |
| Técnicas para la recolección de datos | 14 |
| Resultados obtenidos..... | 16 |
| CONCLUSIÓN | 22 |
| Recomendación | 23 |
| Referencias bibliográficas | 24 |
| ANEXOS | 5 |
| ANEXO 1: Historia Clínica..... | 6 |
| ANEXO 2: Escala de ansiedad de Liebowitz (LSAS) | 10 |
| ANEXO 3: Escala de autoestima de Rosenberg | 11 |

INTRODUCCIÓN

Éste estudio de caso trata el problema de ansiedad social en una joven de 18 años y analiza su incidencia en el sistema familiar. Se refleja en la línea de investigación asesoramiento psicológico, y en la sublínea de asesoría y orientación educativa personal, socio familiar, vocacional y profesional. Es importante empezar reconociendo a la ansiedad social como una enfermedad muy común en la población, más aún, en los adolescentes.

Ese miedo persistente a sentir vergüenza en situaciones sociales los conduce a evitar eventos sociales por temor a experimentar situaciones de humillación o vergüenza. Esta conducta de evitación puede ocasionar una reducción de la libertad personal, un aislamiento social y una soledad impuesta por sí mismo. Esto es lo que queremos investigar para ayudar a mejorar el comportamiento en el paciente seleccionado para este caso de estudio

¿Cómo lo vamos a hacer? La primera parte de este trabajo se enfoca en comprender qué es la ansiedad social, cuál es la fuente de su origen, qué tratamientos son los adecuados. De igual manera se investigará la forma en que este comportamiento involucra al sistema familiar. Los adolescentes con ansiedad social muchas veces desconocen o no quieren reconocer lo que les ocurre, aunque tienen muy claras sus limitaciones. La complejidad del caso nos llevará también a consultar el aporte teórico de diversos autores que con sus investigaciones fundamentarán el entendimiento referente al tema de estudio.

En la segunda parte se aplicará el tratamiento adecuado en relación a los resultados obtenidos a través de las técnicas e instrumentos utilizados en las sesiones programadas, anotando los hallazgos que se obtuvo en cada sesión. Finalizando el documento se encontrarán conclusiones y recomendaciones efectuadas por la autora del presente estudio de caso.

JUSTIFICACIÓN

Los jóvenes con ansiedad social tienen dificultades de impotencia, sentimiento de soledad, falta de amigos, incapacidad para disfrutar, dificultades para relacionarse con los demás, hablar ante un grupo, a personas con autoridad; además, el sistema familiar también se va deteriorando según la gravedad del caso.

Todas estas dificultades ameritan una atención inmediata de la paciente; de lo contrario se agravará su situación y toda su vida girará alrededor del trastorno, orillándolos al consumo frecuente de alcohol, que para ellos actúa como desinhibidor del problema. Por lo expuesto, potenciamos la importancia del tema sujeto a investigación.

La siguiente investigación puede ayudarnos a entender el comportamiento de cada uno de los miembros del sistema familiar y la manera en que el núcleo está siendo influenciado por la ansiedad social de la adolescente. Pues cada familiar se ve influenciado y responde ante el malestar o la ansiedad del miembro que la padece; puede comprenderse que modificar la dinámica familiar contribuye a la producción de cambios en los miembros y en los síntomas de ansiedad que presenta uno de ellos.

La principal beneficiaria de este caso es la adolescente, ex alumna del colegio Francisco Huerta Rendón de la ciudad de Babahoyo. El desarrollo de este caso es factible gracias al apoyo familiar y la predisposición plena de la paciente para su tratamiento.

Objetivo General

Demostrar como la ansiedad social influye en el sistema familiar de una adolescente de 18 años a través del estudio de caso.

DESARROLLO

Sustentos teóricos

Ansiedad social

La ansiedad social o fobia social se caracteriza por ansiedad o miedo intenso, persistente y excesivo (desproporcionado para la amenaza implicada por la situación social y para el contexto sociocultural) en respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. (Bados, 2001, p.2)

Para este autor la ansiedad social es considerada como un miedo profundo y constante de tener que ser observado por desconocidos. Manifiesta que ésta ansiedad o fobia social es caracterizada por miedos excesivos generando respuestas ante estos estímulos, implicando su entorno sociocultural y también la situación social que este interfiriendo en el sujeto.

Según Goldberg (2018) menciona en su libro:

Que la Interacción social menciona que: esta se da cuando una persona tiene una sensación constante de ansiedad, y un miedo de estar cerca de otras personas y en situaciones sociales en general. Han perdido su autoestima, confianza y tienen miedo de avergonzar a ellos mismos o de ser rechazados. La ansiedad interrumpe su vida cotidiana y puede llegar a ser tan intensa que se ponen muy agitados y no saben qué hacer consigo mismo.

Dada los diferentes postulados de los autores mencionados diremos que la ansiedad social es el miedo intenso que presenta una persona ante situaciones sociales que otros ciudadanos hacen con normalidad, con la diferencia de que los que padecen esta ansiedad siempre están con que van hacer el ridículo, que siempre serán evaluados, sintiendo el pavor de que su nerviosismo sea notado.

Las personas con este trastorno presentan dificultades psicosociales entre las más comunes encontramos la deserción educativa, bajo rendimiento en la productividad laboral, relación amorosa y su calidad de vida, estas personas son conscientes que sus continuas preocupaciones son irracionales, pero siempre están pendientes esperando una opinión negativa de ellos.

Criterios de diagnóstico de la ansiedad social o fobia social

Los criterios presentados por el DSM-5 (citados por: Mendoza,2019) para diagnosticarse con fobia social deben presentar lo siguiente, dada en diferentes situaciones:

a-Temor acusado o persistente por una o más situaciones o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. Al individuo le asusta actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea vergonzoso.

b-La exposición a las situaciones sociales temidas provocada casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

c-El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

d-Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestares intensos.

e-Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(s) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren.

f-En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

g-El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno

dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

h-Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p.ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Según criterios de diagnóstico de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS],2018) estos se manifiestan a través de las siguientes manifestaciones:

- Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes).
- Ese temor puede ser discreto (comer, hablar en público, interacciones con otras personas del sexo opuesto) o difuso (abarca casi todas las situaciones fuera del círculo familiar).
- Suele asociarse con una baja autoestima y con miedo a la crítica.
- Las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras son manifestaciones principales de la ansiedad y no secundarias a otros trastornos (ideas delirantes u obsesivas).
- La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- La situación fóbica se evita siempre que ello es posible.
- Si la situación entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil hay que dar preferencia a la agorafobia. No debe realizarse un diagnóstico de depresión a menos que pueda identificarse claramente un episodio depresivo completo.

Síntomas

Quienes padecen de ansiedad social tienden a manifestar los siguientes síntomas detallándolos a continuación:

- Avergonzarse, transpirar, tiritar, o sentir que el corazón les late muy apresurado o que su “mente se pone en blanco”.
- Presentando náuseas o molestia estomacal.
- Manifestar una postura corporal rígida, tener poco o casi nada el contacto visual o hablar con una voz sumamente baja.
- Sentirse aterrorizados o tener dificultad al estar con otras personas, especialmente si aún no las conocen, y tener problemas para hablar con ellas por más que quisieran hacerlo.
- Tener mucho miedo de que otras personas las juzguen.
- Evitar los lugares masivos de gente.

Sistema Familiar

Rojas (2014) menciona que "La familia es el primer escenario de nuestra vida, es en ella donde aprendemos a descubrirnos, a conocer el amor o desamor, el aprecio o desprecio... el lugar donde se desarrolla nuestro yo, pero en la familia encontramos también personas tóxicas y, entonces, la solución es la distancia".

Con esto el autor nos muestra la importancia que tiene la familia desde los primeros años de vida, pues es el primer grupo de personas en el cual el ser humano entra en contacto, eh aquí donde se va formando nuestro ser, nuestros valores, el saber aprender a vivir dentro de una sociedad, y lo más importante que en la familia te das cuenta quienes están para convivir de forma sana y quienes de forma toxica.

Los conflictos familiares son los que más vivamente ponen de relieve ventajas y ocasionales peligrosos de un acuerdo negociado o mediado, tanto de conflictos entre padres y adolescentes debidos a sus opuestas formas de vida; o entre esposos hermanos adultos que discuten sobre el cuidado de sus padres; o entre esposos que se pelean por la custodia de sus hijos, etc. Linda, (1996)

Ante lo mencionado por esta autora en el que hace hincapié en como los problemas familiares pueden tener gran peso ya sea en discordias entre padres e hijos o también discusiones entre esposos cuando se refieren a la disputa en saber quién se queda con sus hijos, muchas veces entre hermanos con el fin de quien va a tener la custodia de sus padres cuando estos requieran de sus atenciones.

Cada sistema familiar funciona de forma diferente, pero todas tienen en común cuatro puntos fundamentales: 1) son abiertos al interactuar con otros sistemas, 2) están en continuo proceso de cambio, 3) a lo largo de su ciclo vital pasan por múltiples etapas marcadas por vicisitudes y crisis que les obliga a modificar su estructura, 4) ante los cambios el sistema familiar, se ve obligado a adaptarse a ellos y como resultado cambian las normas y las formas de hacer las cosas (su conducta) Rojas, (2014).

Para este autor es importante recalcar que cada familia es única y diferente, pero aun así todas constan con cuatro fundamentos importantes como son, en primer lugar menciona que tienen gran libertad y mucha facilidad al relacionarse con otros sistemas, en segundo lugar refiere a que cada familia se encuentra en constante cambio, tercero nos dice que en el proceso del ciclo de vida los sistemas son expuestos a transformaciones y eventos que muchas veces pueden generar cambios en su constitución y por último se refiere que aunque haya estos cambios, cada sistema tiene la facilidad de adaptarse y como consecuencia logran modificar sus normas y generan nuevas formas de realizar las cosas.

El sistema familiar conforma un todo, aunque dentro del mismo se actúe de forma individual “según Bertalanffy (1992), todo organismo viviente es un sistema, un conjunto dinámico de partes y procesos que interactúan recíprocamente entre sí y con el contexto donde se halla inmerso” Puello, Silva y Silva, (2014). Donde los integrantes comparten y guardan relación entre sus miembros.

Estos autores mencionan que el sistema familiar es un universo un todo; aunque muchas veces dentro de la misma familia cada integrante tenga un comportamiento

individual. Cada individuo es un conjunto con procesos que le permiten interactuar de mutua manera entre pares, en el contexto donde se encuentre sumergido, permitiendo que estos guarden estrecha relación entre sus miembros.

La sociedad está formada por personas que se relacionan entre si y de forma colectiva, es decir, que a través de su interrelación en diferentes escenarios sociales como la escuela, el trabajo, la familia o un grupo de amigos se constituyen en sujetos sociales, debido a que conviven con los demás y asumen las obligaciones y directrices que el conjunto de individuos al que pertenece le imponen. Cristina Puga (2002, Cfr.) clasifica a los protagonistas sociales en dos grupos: primarios y secundarios, siendo la primaria la familia.

Para la autora en mención conlleva que la sociedad es un conjunto de personas que se relacionan entre sí, que mediante este intercambio de interrelación ya sea en la escuela, en el área de trabajo, en la familia o en el grupo de pares, todo esto les convierte en sujetos propiamente sujetos ante una sociedad, debido a que pertenecen a la misma por lo tanto deben regirse a las normas y directrices que están impuestas; de igual manera hace contraste en la familia clasificándola como grupo primario debido a que el sujeto en sus primeros días de desarrollo han estado basados en un régimen familiar.

Un artículo referente a psicología y familia menciona que “La familia como un escenario micro social ha sido y será objeto de permanente estudio dado su propia naturaleza” Haz (2014). Aquella investigación como el estudio de la familia tiene su complejidad debido a que cada integrante que forma parte del sistema posee características únicas, propias del individuo donde destaca también su funcionalidad con la que maneja a sus miembros de la familia.

En este artículo menciona que la familia por naturaleza es compleja pues viene siendo un constructo social, donde cada integrante del sistema posee una funcionalidad capaz de manejar el funcionamiento social de cada uno de sus miembros seguidamente de la corrección de actos negativos del mismo. Pues el conjunto de normas y reglas facilitan

que sus interacciones sociales sean de agrado, siempre y cuando cada miembro se acople a estas.

Subsistemas

El sistema familiar está conformado por varios subsistemas, de los cuales cada uno de ellos cuenta con su propia característica y en el que se desempeñan diversas funciones. Desde una visión estructural Barudy (1998); Minuchin y Fidhman, (1984), la familia es un conjunto de miembros que mediante interacciones frecuentes de agrupan en subsistemas:

- * Conyugal: conformado por los miembros de la pareja en cuanto conyugues.
- * Parental: conformado por lo miembros de la pareja en relación con el ejercicio de sus funciones como padres.
- * Fraternal: integrado por hermanos.

Para estos autores el sistema familiar estaría constituido por algunos subsistemas, que a su vez cada uno de ellos estarían representado por su propia característica mismos que cuentan con diferentes funciones, todo esto se debe a que la familia es un todo y esto provoca que sus interacciones constantes se agrupen formando subsistemas; primer se habla del subsistema conyugal mismo que hace referencia a la unión de dos personas, esta la parental que está formado por personas adultas cuya función es cumplir un rol de padres y después esta el fraternal mismo que llamamos así por conformación de hermanos.

Como tal la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que corresponde. Quintero (2007).

Con esta mención la autora nos dice que como tal la familia ha venido de generación en generación siendo la base para el desarrollo psicosocial y como tal la identidad de cada uno de sus miembros y es por esta razón que cada individuo debe acogerse a estas costumbres para fomentar la continuidad de sus costumbres de acuerdo a la sociedad, cultura a la que pertenece.

Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variara de acuerdo a la sociedad en el cual se encuentre el grupo familiar. (Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M, 2011. P.629).

Para estos autores, recalcan que desde tiempos remotos se ve a la familia como un todo y de gran importancia pues en ella se cumplen funciones como la reproducción, la protección, la capacidad de relacionarse con los demás, el saber manejarse ante la sociedad, establecer el estatus y encaminar el afecto del niño. El desarrollo en el que se establecerían las funciones va a depender de acuerdo al ambiente en el que se encuentre la familia.

Técnicas para la recolección de datos

Entrevista semi estructurada

Es aquella en el que existe un margen grande de libertad para la formulación de preguntas y las respuestas, en este tipo de entrevistas el entrevistador puede saltarse varias preguntas o preguntar otras que no venían en su guía; es de gran importancia que desde el primer día de la entrevista lleguemos al paciente, es decir que podamos establecer un buen rapport, con la finalidad de obtener información y a su vez obtener un buen proceso.

Se efectuó este tipo de entrevista debido a que las personas pueden expresarse libremente, pues las preguntas surgen acorde a como se va desarrollando y así podemos darnos cuenta de lo que piensa el entrevistado y comprender mejor sus ideas; evitando simples repuestas como un sí o un no, obteniendo también así varias respuestas de una sola pregunta.

Fue dirigida directamente a la adolescente, para lograr conseguir información básica para la elaboración de la historia clínica del paciente, la entrevista ha fue llevada a través de video llamada debido a las circunstancias sanitarias por las que se está atravesando, se inicio con la presentación del terapeuta al paciente seguido con la mención de la problemática que lo aqueja y la misma que se estará tratando.

Historia clínica

La historia clínica es un instrumento que reúne todo los datos disponibles que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente constituyendo así la base para el diagnostico y la orientación completándose con la entrevista y la observación realizada, así también como los resultados de las pruebas aplicadas y si este lo requiere también con informes de profesionales de otras disciplinas todo esto en cuanto al interés requerido para el estudio. (Ver anexo #1)

Pruebas aplicadas

Escala de Liebowitz para la ansiedad social (LSAS): Es un cuestionario cuyo objetivo viene a ser el de valorar el rango de interacción social y de desempeño en circunstancias sociales en las que el individuo con ansiedad social puede temer o evitar. En este estudio fue pertinente la aplicación del mismo debido a que los indicios demostraron que el paciente manifiesta un grado de síntomas de ansiedad en situaciones sociales. (Ver anexo #2)

Escala de autoestima de Rosemberg: Este cuestionario está diseñado para explorar la autoestima de forma rápida, como bien se sabe la autoestima es la valoración que hacen las personas de sí mismas es decir los sentimientos de valía personal y de respeto hacia uno mismo, esta escala consta de diez ítems pues cada una de ellas es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo, la mitad de las frases

están diseñadas de forma positivas mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas. (Ver anexo #3)

Cada ítem se puntúa del cero al tres en función del grado en que la persona que contesta se identifica a la filiación que lo constituye siendo cero como muy en desacuerdo o tres con estar totalmente de acuerdo, por otro lado es importante conocer el nivel de autoestima de las personas es una manera de acercarse a sus creencias mas centradas acerca de si mismas.

Resultados obtenidos

Paciente de 18 años de edad de sexo femenino, ex estudiante de la unidad educativa “Francisco Huerta Rendón” procede a comunicarse por medio de whatsapp según la modalidad virtual en la que estamos regidos desde que inicio la pandemia por covid-19; habita en una casa de cemento de una planta, la misma que consta con tres habitaciones en la cual uno es utilizado por su hermana, cuñado y sus dos sobrinos, el otro lo ocupa ella mientras que la tercera habitación se encuentra vacía; pues su madre habría fallecido hace dos años.

Como motivo de consulta agrega “me cuesta tener una vida normal, ya que al momento de estar en lugares públicos me empiezo a sentir asfixiada, empiezo a tener nauseas y escalofríos, en ocasiones me paralizo y en otras me dan ganas de salir corriendo, ya no quiero que me cojan estos ataques de pánico, en mi casa me siento...me siento vacía, triste en la reuniones familiares prefiero evitarlas aunque mi hermana se enoja conmigo porque no salgo a compartir con ellos, me encierro en mi habitación y ellos piensan que tengo una actitud fea que no deseo compartir, después ellos empiezan a ignorarme, aun no les eh dicho lo que me sucede no quiero preocuparles; en el colegio faltaba muchas veces en ocasiones tenía que hacerme la enferma, también me tuve que

retirar del pre universitario por lo mismo, me cuesta estar en lugares donde hay muchas personas, al llegar a la universidad me sentía triste” (Sissy).

Para lo que corresponde la evaluación psicodiagnóstica fue desarrollada en cinco sesiones, siendo éstas las siguientes: En la primera sesión realizada el diez de julio del dos mil veinte, se lleva a cabo la entrevista para la historia clínica donde se procede a recolectar información del motivo de consulta haciendo énfasis en la ansiedad presentada en situaciones sociales y como este ha estado afectando la relación con su familia.

En lo que corresponde a la segunda sesión realizada el quince de julio del dos mil veinte se procede a buscar información adicional, como datos personales de la adolescente, también se investiga la red de apoyo de la misma; se hace la aplicación de la escala de autoestima de Rosemberg, previamente se efectuó la explicación y finalidad del mismo.

Para lo que es la tercera sesión de la adolescente efectuada con fecha 22/07/2020 se llevo cabo la aplicación de la escala de Liebowitz para la ansiedad social (LSAS), con el fin de hallar el nivel de ansiedad en el que se encuentra, para así poder determinar un diagnóstico estructural basado en el DSM-5 o en el CIE-10.

En lo que respecta a la cuarta sesión realizada el cinco de agosto del dos mil veinte, se procede a realizar la revisión de tareas enviadas a casa, un control de ánimo y a la misma vez el control de síntomas, también se hizo la devolución en la cual se informó a la paciente sobre su diagnóstico y tratamiento.

En la quinta sesión realizada con fecha 14 de agosto del dos mil veinte se procede a trabajar con la paciente en la técnica de respiración profunda, la misma que tendrá que ser aplicada en su diario vivir, esta técnica tiene la finalidad de facilitar el control de la respiración, automatizándola para que pueda ser aplicada en situaciones de estrés que le generen ansiedad.

Situaciones detectadas

Este estudio de caso fue conformado por cinco sesiones en las cuales la paciente manifiesta lo siguiente pudiendo darnos cuenta cómo afecta su ansiedad no solo en lo que respecta a lo social si no también a su familia.

Empieza manifestando que “recuerdo cuando era pequeña unos 4 años para ser exactos, mi padre siempre venia ebrio, mi mami, mi hermana y yo teníamos que encerrarnos en una habitación porque él se ponía agresivo y mi madre siempre decía que nos encerremos cuando él se ponía así, después de un año mis padres se separaron y mi papá se fue a España, me quede con mi madre, mi hermana, su esposo y mis sobrinos”.

Continúa manifestando: “cuando estaba en la escuela sufría de bullying, tenía una compañera que siempre me molestaba, me hacia caer, nunca le dije a mi mamá, yo sola después me defendí, me gustaba dibujar, a los nueve años empecé a sentir esas nauseas cada que salía de mi casa, el solo saber que iba a lugares públicos me dolía la barriga y mi corazón empezaba acelerarse, mis manos sudaban y estaba helada y así eh venido con esa ansiedad, a los quince años durante un año no me dio para nada, pero a los dieciséis nuevamente volvieron después de la muerte de mi madre, pues ahora que vivo con mi hermana y mi cuñado a veces hacen reuniones y cuando veo a las personas tomar siento aun mas ansiedad, me encierro en mi habitación pero se pensar que ellos ya ebrios van a abrir la puerta; esta situación no me gusta quisiera pasar tranquila relacionarme con todos sin sentir esto”.(Sissy)

Verificamos también que aparte de los factores sociales, otros factores facilitaban los ataques de pánico como lo es la expectativa negativa que tenia de sí misma, o la preocupación excesiva que tenia con el solo hecho de pensar que en cualquier momento se pondría así ansiosa y que su familia la iba a rechazar por eso. Para “Sissy” festejar un cumpleaños asi sea con su familia le causaba ansiedad el pensar que “y si me pasa otra vez” y si “los decepciono”, “que pensaran de mi” todo esto ha venido afectando su vida.

En lo que respecta a las pruebas aplicadas, encontramos un alto nivel de ansiedad y también un bajo autoestima:

Test de escala de Liebowitz para la ansiedad social (LSAS): en esta prueba da una puntuación en relación a la ansiedad o miedo con 48 y con lo que corresponde a la evitación con 46 dando 94 como una ansiedad social muy severa.

Test de escala de autoestima de Rosemberg: la puntuación aquí fue de 21 lo cual hace referencia a una autoestima baja, existiendo problemas significativos del mismo.

Una vez culminadas todas las intervenciones anteriormente se logra obtener la sintomatología seguidamente se procede a determinar el diagnóstico diferencial basado en la clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición (**CIE-10**), en donde nos damos cuenta que “Sissy” cumplía con los criterios para Fobia social F40.10 teniendo un pronóstico favorable ya que tiene toda la voluntad de seguir con el tratamiento para esta situación que le está generando problemas en su vida, en efecto evitaba las situaciones sociales con el temor de presentar sus molestias estomacales, nerviosismo, temblor, sudoración propios de la fobia social.

Soluciones planteadas

Se impone establecer un proceso terapéutico con la finalidad de reducir y controlar la sintomatología de ansiedad en sus tres niveles de respuesta como lo es cognitivo, fisiológico y motor; logrando que la adolescente goce de su familia y también pueda continuar en su etapa educativa y sobre todo mejore sus relaciones sociales; el mismo que se trabajara desde un enfoque cognitivo conductual, pues éste enfoque ayuda a cambiar la forma de cómo piensa y como actúa, centrándose en problemas y dificultades del “aquí y ahora”, además es necesario implementar técnicas de terapia sistémica ya que se ve involucrada la familia, para esto se aplicara la técnica de inversión de rol emocional la misma que consiste en intercambiar roles con los miembros de la familia, posterior a esto también se aplicará la técnica de la pelota de emociones la cual tiene como objetivo

facilitar la expresión de las emociones de la paciente, mejorando la comunicación con el núcleo familiar.

En primer lugar se procedió a trabajar en el área afectiva que tenía como objetivo aumentar el autoconcepto, mejorar su valía personal, optimizando por ende el autoestima, para esto se llevo a cabo la técnica del espejo, la técnica de relajación-psicoeducación, reestructuración cognitiva y resoluciones de problemas todos estos se espera ser desarrollados en cinco sesiones terapéuticas.

Mientras que en el área social el objetivo estaba focalizado en suprimir aquellas conductas de escape o evitativas y lograr mejorar la interacción con su entorno social y su sistema familiar, para esto se llevo a cabo la técnica de la cabaña, la técnica de aceptación y exposición, mejora de sus habilidades sociales, con las cuales la paciente ha ido mejorando sus relaciones sociales.

Procedo a plasmar una matriz del esquema terapéutico:

| ESQUEMA TERAPEUTICO | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|-----------|---------------|--|
| CATEGORIA | OBJETIVO | ACTIVIDAD | TECNICA | FECHAS | # DE SESIONES | RESULTADOS OBTENIDOS |
| AFECTIVO | Instruir a la P.I acerca de su condición, sus consecuencias, el cómo saber controlarlo s. Mejorar su autoestima | Se imparte el tema acerca de fobia social, medidas para reducir las respuestas de ansiedad ante los estímulos sociales. | Psicoeducación Relajación Espejo | 5/8/2020 | 1 | Paciente tiene otra perspectiva de ella; logra percibir con menor ansiedad ante estímulos fóbicos, suprimiendo conductas erróneas ante los mismos. |
| | Que la P.I logre identificar pensamientos egodistónicos cambiándo | A través de juego de roles, aprendió a cambiar los pensamientos disfunciona | *Reestructuración cognitiva *inversión del rol emocional (técnica de terapia | 14/8/2020 | 2 | P.I ha logrado cambiar sus pensamientos negativos por positivos mientras que su familia va entendiendo el problema. |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|-----------|----------|---|
| | los por egosintónicos, junto a su familia. | les, mientras que la familia va comprendiendo la problemática de la P.I | sistémica) | | | |
| | Enseñar a la P.I y a su familia estrategias para la resolución de problemas con su comunicación. | Lograr que la P.I exprese sus sentimientos sin dificultad, en su familia. | La pelota de emociones (técnicas de terapia sistémica) | 17/8/2020 | 1 | P.I logra mostrar a su familia con más facilidad sus emociones. |
| Social Comportamental | Exponer a la P.I a situaciones donde le provoque ansiedad | Que se asome a la ventana, que acuda a tiendas, etc | De la cabaña exposición | 21/8/2020 | 1 | P.I logra controlar su sintomatología. |
| | Reforzar habilidades sociales. | Impartir estrategias de interacción social. | Habilidades Sociales | 26/8/2020 | 1 | Que a la P.I no se le dificulte la socialización. |

CONCLUSIÓN

Con la culminación de este estudio basado en una adolescente de 18 años, con síntomas de ansiedad social, se observó que tener la autoestima baja (pensamientos automáticos) influye en sus relaciones sociales y también influye en el sistema familiar, estos comportamientos evitativos provocaban que la paciente empiece a aislarse del vínculo familiar y las relaciones sociales, por ende sus estudios han sido paralizados por este problema.

Para poder tener un diagnóstico estructural y eficaz se procedió a la aplicación del test de escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS) y el test de escala de autoestima de Rosenberg, cuyos resultados aportaron para realizar un proceso terapéutico acorde a la necesidad de la paciente como lo es en el caso de la ansiedad social o conocido como fobia social; las áreas afectadas en la estructuración psicológica fue afectivas y socio-comportamental.

Una vez analizado el caso de la paciente con relación a sus sentimientos de incompreensión relacionados con la soledad, tristeza e inseguridad. Fue necesario enseñar y aplicar el manejo de la respiración profunda y así controlar la sintomatología causada por los eventos estresantes que se le presentaban en su sistema familiar también se hizo un trabajo en "como los pensamientos crean sentimientos" donde la paciente identifica lo que piensa y como se siente por sus pensamientos.

Por esta razón nos damos cuenta que la ansiedad social presentada por la paciente ha tenido su influencia en el sistema familiar, causando en ellos malestar, enojo al ver que la adolescente actuaba de esa manera; en la actualidad han sido notables los cambios debido a que sus relaciones sociales han ido mejorando, la aplicación de las técnicas de respiración, la técnica de distracción han sido de gran ayuda durante este proceso las mismas que en la actualidad aun las mantiene.

Recomendación

La estrategia psicoterapéutica tuvo un gran resultado en el aspecto de mejorar las relaciones sociales y familiares, la voluntad de la paciente al momento de afrontar el problema se vio reflejado para que el tratamiento sea eficaz; aun así siento que debido a la situación de cuarentena que hemos estado pasando no se ha logrado en su totalidad aplicar la técnica de exposición como debía ser, pues no se podía hacer que la paciente exponga su salud y la de los suyos; se recomendaría que una vez terminado esto debería darle seguimiento a la paciente para seguir disminuyendo la ansiedad social, así continuará mejorando en sus relaciones interpersonales y la confianza en sí misma; además se debería implementar un trabajo psicoeducativo dirigido a la familia acerca de la problemática de la paciente, los mismos que actualmente tienen conocimiento pero que no lo conocen a profundidad.

Referencias bibliográficas

National institute of mental health. (2017). National institute of mental health. obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/spanish-listing.shtml>

Bados, A. (2001). Fobia social. Barcelona, España: departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos

Goldberg, S. (2018). Interacción social- Cómo superar la ansiedad social y aprender a relacionarse. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80127000001>

Sierra, Juan Carlos, Zubeidat, Ihab, & Fernández Parra, Antonio. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. Revista Mal Estar e Subjetividade, 6(2), 472-517. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010&lng=pt&tlng=es.

Evaluación/ diagnostico en salud mental. (2013). Evaluación/ diagnostico en salud mental. Obtenido de <https://www.dsm-iv.org.es/indice-del-manual/70108-criterios-para-el-diagnostico-de-f401-fobia-social-30023.html>

Mental Health Information. (2017). Mental Health Information. Obtenido de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>

Organización mundial de la salud [OMS]. (2018). Clasificación internacional de enfermedades. New York Naciones Unidas.

Rojas, L. (2014). La Familia: de relaciones tóxicas a relaciones sanas. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=q_LmBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Linda, S. (1996). Resolución de conflictos: Técnicas de actuación en los ámbitos empresarial, familiar y legar. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Suarez M. (2002). Mediando en sistemas familiares. Disponible en: <https://studylib.es/doc/3977078/tesis-dinamica-familiar-oficial.pdf>

Haz C. (2014). Psicología y familia. Recuperado de: <http://psicologia-dialectica.blogspot.com/2014/08/psicologia-y-familia.html>

Quintero, Angela. Trabajo social y procesos familiares. Buenos Aires: Argentina: Lumen/Hvmanitas, 2007.

Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M. (2011). El Educador y la familia disfuncional. En: Revista Educere. Ediciones Universidad de los Andes. Facultad de Humanidades y Educación. Año 15 N°22. Septiembre-diciembre de 2011. Mérida, Venezuela.

ANEXOS

ANEXO 1: Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

**6.6. AFECTIVIDAD Y
PSICOSEXUALIDAD**

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

**6.8. ALIMENTACIÓN Y
SUEÑO**

**6.9. HISTORIA
MÉDICA**

6.10. HISTORIA LEGAL

**6.11. PROYECTO DE
VIDA**

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

**7.2.
ORIENTACIÓN**

**7.3.
ATENCIÓN**

**7.4.
MEMORIA**

**7.5.
INTELIGENCIA**

7.6.
PENSAMIENTO _____

7.7.
LENGUAJE _____

7.8.
PSICOMOTRICIDAD _____

7.9.
SENSOPERCEPCION _____

7.10.
AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE
REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE
ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

| Función | Signos y síntomas | Síndrome |
|-------------------------|-------------------|----------|
| Cognitivo | | |
| Afectivo | | |
| Pensamiento | | |
| Conducta social-escolar | | |
| Somática | | |

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

| Hallazgos | Meta Terapéutica | Técnica | Número de Sesiones | Fecha | Resultados Obtenidos |
|------------------|-------------------------|----------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Firma del pasante

ANEXO 2: Escala de ansiedad de Liebowitz (LSAS)

Escalade Ansiedad Socialde Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)

| Miedo o ansiedad | Evitación |
|--|---|
| 0. Nada de miedo o ansiedad | 0. Nunca lo evito (0 %) |
| 1. Un poco de miedo o ansiedad | 1. En ocasiones lo evito (1-33 %) Frecuentemente lo evito |
| 2. Bastante miedo o ansiedad | 2. (33-67 %) Habitualmente lo evito (67-100 %) |
| 3. Mucho miedo o ansiedad | 3. |
| | <i>Miedo/ansiedad Evitación</i> |
| 1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas | |
| 2. Participar en grupos pequeños | |
| 3. Comer en lugares públicos | |
| 4. Beber con otras personas en lugares públicos | |
| 5. Hablar con personas que tienen autoridad | |
| 6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público | |
| 7. Ir a una fiesta | |
| 8. Trabajar mientras le están observando | |
| 9. Escribir mientras le están observando | |
| 10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado | |
| 11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado | |
| 12. Conocer a gente nueva | |
| 13. Orinar en servicios públicos | |
| 14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada | |
| 15. Ser el centro de atención | |
| 16. Intervenir en una reunión | |
| 17. Hacer un examen, test o prueba | |
| 18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado | |
| 19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado | |
| 20. Exponer un informe a un grupo | |
| 21. Intentar «ligarse» a alguien | |
| 22. Devolver una compra a una tienda | |
| 23. Dar una fiesta | |

24. Resistir a la presión de un vendedor muy insistente

ANEXO 3: Escala de autoestima de Rosemberg

ESCALA DE AUTOESTIMA

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------|------------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |

| Ítems | Valoración |
|---|--|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |

| | |
|--|--|
| 7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 8. Desearía valorarme más a mí mismo. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 9. A veces me siento verdaderamente inútil. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 10. A veces pienso que no sirvo para nada. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |