
ESTUDIO DE CASO: TIMIDEZ EN LA ADOLESCENCIA*

The case study: Shyness in adolescence

Rosa Yalile Readí Varillas**
Investigadora Independiente, Perú

Resumen

La investigación que a continuación se presenta es un caso clínico de un adolescente de 16 años, quien muestra una conducta tímida, con carencia de habilidades sociales, Trastorno de Déficit de Atención y problemas familiares. Este estudio tiene como finalidad identificar los factores que influyen en el desarrollo de la conducta tímida, así como las habilidades sociales; a través de las pruebas psicológicas, historia personal, familiar y entrevistas efectuadas al examinado, se ha podido argumentar sobre los diversos factores que han influido y todavía se perciben en cuanto a la conducta tímida y déficit de habilidades sociales encontradas en el examinado. Realizada la evaluación integral se inició un proceso terapéutico basado en la terapia cognitivo conductual, enfocado en el reconocimiento de las emociones, identificación de los pensamientos, diferenciación en el reconocimiento entre pensamiento, emoción y conducta, reestructuración cognitiva, modelado simbólico y entrenamiento en relajación.

Palabras clave: timidez, habilidades sociales, Trastorno Déficit de Atención.

Abstract

The research presented below is a clinical case of a 16-year-old adolescent who displays shy behavior, lacking social skills, Attention Deficit Disorder, and family problems. This study aims to identify the factors that influence the development of shy behavior, as well as social skills; through psychological tests, personal and family history, and interviews completed to the examinee, which has been possible to argue about the various factors that have influenced and are still perceived in respect of the shy behavior and social skills deficit found in the examinee. Once the comprehensive assessment was conducted, a therapeutic process based on cognitive behavioral therapy began, focused on the recognition of emotions, identification of thoughts, differentiation in the recognition between thought, emotion and behavior, cognitive restructuring, symbolic modeling and relaxation training.

Keywords: shyness, social skills, Attention Deficit Disorder.



Cualquier uso que se haga de este artículo debe incluir: Autor / Título original de la publicación / ISSN.

* Artículo basado en tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología

** Psicóloga. rosa.readiv@unife.pe. <https://orcid.org/0003-0936-0902>

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de cambios a nivel físico, psicológico y social los cuales llevan a la formación de la identidad con base a una imagen significativa producto de experiencias vividas, adquiridas en su entorno familiar, es necesario contar con un sistema familiar que proporcione experiencias positivas. El examinado, ha mermado en sus habilidades sociales al crecer en una familia con carencias afectivas, maltratos físicos y psicológicos, una crianza autoritaria por parte del padre y el Trastorno de Déficit de Atención. Estos sucesos repetitivos durante su vida han influenciado en su desempeño al relacionarse, adaptando conductas desadaptativas como la timidez, evasión y rigidez. Así mismo la timidez al ser relacionada con la ansiedad social, se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de Trastornos de Ansiedad, en especial la ansiedad social.

Adolescencia

Hall (1904) denomina a la adolescencia como un periodo de “tormenta y estrés”, sin embargo, en el transcurso del tiempo la definición ha ido variando, al igual que el inicio y el termino de esta etapa, no hay una edad concreta, fluctúa entre los 11 y 23 años, (Hall, 1904; Piaget, 1947; Piaget, 1972; Aragón y Bosques, 2012) y otros. Se puede decir que la adolescencia es un periodo importante en la vida humana que implica cambios a nivel físico, psicológico y social (Pineda y Aliño, 1999) que conducen a la vida adulta.

En el aspecto psicológico el adolescente se encuentra en búsqueda de identidad, tiene necesidad de independencia, prefiere acompañarse de sus pares y pertenecer al grupo, el cual le sirve para experimentar y conocer a sus iguales, le resulta más fácil expresar sus sentimientos y pensamientos, llegando a ser en ocasiones una fuente de apoyo emocional. Los adolescentes tienden a presentar contradicciones en su conducta y su estado de ánimo, suelen estar cambiantes, experimentan la ambivalencia de saberse todavía dependientes de las disposiciones de sus padres, mientras que por otro lado anhelan buscar su propia independencia, causando cierto conflicto con sus progenitores al no tener una autonomía total (Lutte, 1988; Lutte, 1991; Urquijo y González 1997; Santrock 2003/2004; Pineda y Aliño 1999).

Finalmente, la influencia familiar juega un papel importante en esta etapa de vulnerabilidad ante riesgos como: drogas, violencia física y sexual, pandillaje, mayor acceso y uso de la tecnología. La influencia de los medios de comunicación, son ciertos factores con los cuales tienen que lidiar en algunos casos de modo permanente. Sin embargo, si cuentan con una adecuada comunicación y logran desarrollar tolerancia a los continuos cambios por los que atraviesan, no serán factores que lleguen a resultar un problema para ellos. (Estévez et al., 2005; Espada et al., 2003; Oliva, 2006).

Por tanto, es importante que los adolescentes se relacionen socialmente con sus iguales, para identificarse y crear vínculos afectivos de confianza, estabilidad y fidelidad, fortaleciendo sus ideologías (Santrock, 2003; Santrock, 2003; Enomoto, 1999; Buhrmester, 1999 como se citó en Papalia et al., 2008, Papalia, 2009).

La familia

Los sistemas familiares se caracterizan por presentar una estructura donde existe una jerarquía cuyo líder ejerce influencia en la conservación de normas y sanciones, modo de pensar, sentir y actuar en cada uno de los miembros del sistema denominado familia. (Minuchin, 1974; Minuchin, 2004; Andolfi, 1971; Andolfi, 1991; Musitu et. al., 2004; Espinal et al., 2000).

Oliva y Villa, (2014) resumen el aspecto sociobiológico de la familia como el conjunto de personas ligadas por un lazo sanguíneo, donde sus progenitores viven en común, formando parte del grupo social básico, preservando la continuidad de la vida humana, con sus costumbres, lenguaje, cultura, siguiendo modelos de conducta social.

Para Linares (2007) la familia es el principal vehículo de los condicionantes culturales y el espacio donde se generan y desarrollan los estímulos relacionales más influyentes sobre la maduración individual (la nutrición relacional). La familia está organizada por dos dimensiones relacionales de gran importancia, la conyugalidad y la parentalidad, entendidas como amor conyugal y amor parental; que combinadas crean cuatro posibles familias de origen, a continuación, se explica cada una:

Tabla 1*Dimensiones relacionales y sus combinaciones*

La conyugalidad armoniosa y la parentalidad conservada, los padres crían a sus hijos con afecto a niveles cognitivo, emocional y pragmático brindan una nutrición relacional plenamente satisfactoria.

Deprivación, en el aspecto conyugal los padres no tienen dificultades, pero son insuficientes en la paternidad, a pesar de ser padres bien adaptados, brindan las necesidades materiales, modelos positivos de socialización, hay carencia de nutrición relacional a los hijos.

Triangulación es la combinación de una conyugalidad disarmónica con una parentalidad primariamente conservada. Los padres, crean alianzas por no resolver sus propios conflictos conyugales.

Caótica, conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada. Se trata de familias con gravísimas carencias nutricias, que exponen a sus hijos a toda clase de riesgos. Generan mecanismos compensatorios: Los externos terapéuticos o solidarios, los internos parientes o uno de los progenitores.

Fuente: Elaboración propia.

Son las tres últimas variaciones las causantes de maltrato psicológico familiar, generando sufrimientos que comprometen el equilibrio psicológico y la salud mental de algunos miembros de la familia (Linares y Soriano, 2013; Rodríguez, 2003).

Habilidades sociales

El estudio de las habilidades sociales empezó a desarrollarse en los años 60 y se incrementa en los 90, por el interés en los aspectos del funcionamiento social y emocional (López De Dicastillo et al., 2004), se asignan a las habilidades o competencias sociales variadas definiciones, sin embargo, coinciden que son conductas que acrecienta o disminuye la interacción con otras personas. Por tanto tiene gran importancia en el desarrollo de las personas desde la niñez, adolescencia y adultez, para el desempeño de una vida de logros escolares, sociales y personales; la falta de competencia social se relaciona con la baja aceptación, rechazo, aislamiento social por parte de los iguales, problemas escolares, fracaso, absentismo, inadaptación escolar, baja autoestima, desajustes psicológicos, depresión, inadaptación juvenil, alcoholismo, suicidios, drogas entre otros. (Monjas, 2010; Asher et al., 1984, Roca, 2014; Caselá et. al., 2012).

Caballo (2007) señala que las habilidades sociales son conductas que permite expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de manera apropiada en cada situación, respetando las conductas de los demás. Generalmente solucionan problemas inmediatos y disminuye los futuros problemas.

Si bien las habilidades sociales son conductas, Kelly (2002) indica que estas son aprendidas y se desarrollan a través de las experiencias durante la vida, que utilizan las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente. En relación con la forma en que se adquieren estas habilidades, se puede recurrir a la teoría del aprendizaje social de Bandura y Walters (1974) que defiende la postura que las habilidades sociales, son adquiridas a través del aprendizaje y experiencias, en el proceso se observa al aprendizaje como reforzamiento directo, experiencias observacionales, feedback y expectativas cognitivas (Monjas, 2010; Kelly, 2002; Bandura y Walters, 1974).

Precisamente las habilidades sociales son conductas aprendidas, ciertas características de personalidad pueden favorecer el desarrollo de los comportamientos sociales (Monjas, 2002; Monjas et. al., 1998). Betina y Contini de González (2011) reconocen que los adolescentes con una adecuada interrelación con los demás podrán afrontar de forma positiva situaciones de estrés, desarrollar habilidades como mantener conversaciones con iguales y adultos conocidos y no conocidos, expresar y manejar sus emociones, practicar habilidades sociales de elogio, entre otras.

Las habilidades sociales pueden convertirse en factores protectores de la salud, por esta razón las organizaciones de salud y educación implementan programas para promover el desarrollo de las habilidades sociales, en este proceso de aprendizaje

la familia y el colegio son claves, proporcionando experiencias positivas, ya que por medio de la experiencia y observación se aprenden las habilidades sociales (Escalante et al., 2005; Betina y Contini de González, 2011; Bandura y Walters, 1974; Monjas, 2002; Kelly, 2002; Roca, 2014; Arévalo et al., 2000).

Trastorno de Déficit de Atención-TDA

El trastorno por Déficit de Atención (TDA) presenta una alta incidencia en la infancia y adolescencia, incluso en la edad adulta; se manifiesta en las áreas del desarrollo y funcionamiento, influyendo en futuras patologías psiquiátricas y sociales. El origen del trastorno se desconoce, pero existen propuestas que determinan la existencia de factores psicosociales y biológicos como determinantes del síndrome (Sabaté y Tomás, 2009).

Los adolescentes con TDA no presentan síntomas de hiperactividad sino de apatía, debido a su falta de atención y concentración se les dificulta organizarse en sus deberes escolares lo que es común que presenten fracaso en las tareas, dificultades con compañeros, así mismo se suma su deseo de independencia, aprendizaje y las relaciones interpersonales (Fernández y López, 2006).

El Trastorno déficit de atención tiene comorbilidad con trastornos del habla y lenguaje, de aprendizaje, trastornos de conducta y oposicionista-desafiante, ansiedad, así como también tics crónicos; (Cantwell, como se citó en Sabaté y Tomás, 2009) propone que también muestran carencias sociales que son consideradas en las clasificaciones en el DSM, sin embargo, los estudios demuestran que un problema común son las dificultades en las relaciones interpersonales (Sabaté y Tomás, 2009; Fernández y López, 2016).

Debido a lo complejo del proceso diagnóstico es necesario realizar un tratamiento múltiple combinando intervenciones psicosociales y médicas (De la Peña et al., 2016).

Retraimiento social

El aislamiento, retraimiento o abstinencia social es la tendencia que tiene una persona para evitar vínculos psicosociales, se encuentran más propensos de padecer

aislamiento las personas tímidas, introvertidas con baja autoestima y escasas habilidades sociales (Contini et al., 2012).

Guedeney y Pérez Martínez (2015) señalan que existen estudios que muestran la presencia del retraimiento en la primera infancia, de manera constante afecta el desarrollo del lenguaje, la regulación emocional y el comportamiento. Algunas personas prefieren pasar la mayor parte de su tiempo alejados de otros, trabajando, jugando en la computadora, diseñando, dibujando, escribiendo guiones, cartas, etc. También hay quienes evitan a los demás y eligen vidas en soledad para evitar las relaciones interpersonales o porque se encuentran rechazados por su entorno. En todo caso la soledad difícilmente podría interpretarse como una conducta psicológica y socialmente adaptativa ya que puede reflejar dificultades sociales o emocionales (Rubin et al., 2009).

El comportamiento retraído de los adolescentes se asocia con definiciones de timidez, inhibición del comportamiento, aislamiento y el rechazo, reticencia social, la pasividad y el abandono de los compañeros, estos referentes se han usado en forma indistinta ocasionando definiciones generalizadas, en intentar organizar estos conceptos Rubin y Coplan (1995) interpretan el retraimiento social como un prototipo conductual dado, la soledad de una u otra forma, derivado de una variedad de causas subyacentes. (Rubin et al. 2009).

Finalmente, el retraimiento social puede contribuir a la aparición de trastornos de ansiedad, depresión y fobias. Se debe tener en cuenta que existe correspondencia entre la calidad de la relación de apego entre padres e hijos y el retraimiento social, los padres contribuyen en el desarrollo, mantenimiento y mejora de las habilidades sociales de sus hijos, siendo modelos de comportamientos sociales (Chronis-Tuscano et al., 1974).

Ansiedad social

La ansiedad es una reacción normal experimentada por las personas como respuesta a situaciones que les resultan inesperadas, nuevas o amenazantes; promueve actuar y enfrentar la situación estresante para lograr la adaptación y la preservación, se le considera un

mecanismo básico de supervivencia. Sin embargo, esta respuesta puede ser excesiva ocasionando un problema en el normal funcionamiento de la vida del ser humano, surgiendo el trastorno de ansiedad (Cárdenas et al., 2010). Las personas que padecen el trastorno de ansiedad social tienen miedo excesivo y persistente a una o varias situaciones sociales, el temor es tan fuerte que piensan que no tienen la capacidad de controlarlo, interfiriendo en su vida diaria, suelen preocuparse por sus temores incluso con semanas de anticipación (National Institutes of Health [NIH], 2017; Rodríguez, 2018).

La ansiedad social se presenta en la adolescencia temprana, e incluso a tan corta edad como los ocho años o tan avanzada como los treinta cinco años (Ekornas et al., 2010; Katzman et al., 2014). El inicio temprano de la ansiedad social ocasiona alteración en el desarrollo del adolescente y su curso suele ser crónico, interfiriendo en su funcionamiento social, pérdida de la calidad de vida, aumento del riesgo de consumo de sustancias tóxicas e incluso puede aparecer otros problemas mentales; por lo que se hace necesario tratar al adolescente que padece trastorno de ansiedad (Delgado et al., 2016; Bados, 2009; Hales et al., 1995). La exposición a estas situaciones genera respuestas psicofisiológicas, como sentir un nudo en la garganta, dolor de estómago, náuseas, palpitaciones, llanto, tartamudeo, temblores, sudor excesivo, rubor, o en algunos casos crisis de angustia (Kaplan et al., 2009 como se citó en Marín et al., 2015; García-López et al., 2008). Estas situaciones se presentan cuando conocen a personas nuevas, entrevistas de trabajo, citas sociales, responden a preguntas en clase o hablar con el cajero de la tienda incluso cosas sencillas como comer, beber frente a otros en lugares públicos (NIH, 2017).

Timidez

El concepto de timidez presenta problemas para su definición, ha sido asociada con reticencia social, retraimiento, ansiedad social, fobia social, baja autoestima, introversión, inhibición social, aislamiento, cautela, entre otros, siendo la definición más similar con aislamiento y fobia social. Las mismas que se usan en las investigaciones para caracterizar la timidez, ya que comparten varios puntos en común (Rubin et al., 2003; Jones et al., 2014; Henderson y Zimbardo, 2001).

La timidez es una variación normal del comportamiento social generalmente es una condición transitoria siendo parte de un rasgo de personalidad, es una reacción a situaciones desconocidas (Cheek y Krasnoperova, como se citó en Knappe et al., 2010; Kagan, 1989; Van Ameringen et al., 1998).

Zimbardo (1995) define la timidez, como “un estado elevado de individualización caracterizado por excesiva preocupación tanto a nivel egocéntrico como de la evaluación social; en consecuencia la persona tímida inhibe, se retira, evita y escapa”; esto quiere decir que el individuo siente miedo a ser evaluado negativamente por los demás, eludiendo situaciones donde pueden estar presentes personas conocidas, poco conocidas o no conocidas, así mismo la timidez se presenta frente a situaciones sociales y no en las no sociales (Pilkonis, 1977; Carducci, B. y Zimbardo, 2020; Guimón, 2007; Van Ameringen et al., 1998).

Siendo la timidez relacionada con fobia y ansiedad social, estudiosos consideran, como el menor grado de ansiedad a la timidez (la mayoría de las personas tímidas no experimentan miedo extenso, disfuncionalidad cognitiva y corporal) y el máximo grado de ansiedad a la fobia social (incapacidad de la persona para desarrollar vida social activa) (Heiser et al., 2009). En efecto son constructos similares, pero no sinónimos porque la persona puede ser extremadamente tímida pero no presentar fobia social (Piqueras, 2005; Olivares et al., 2002).

Henderson y Zimbardo (2001) indican que las reacciones de timidez pueden aparecer debido a una amplia variedad de situaciones como: interacciones con el sexo opuesto, autoridades, extraños, pruebas escolares cuando se realizan cara a cara, intimidad, etc.; las respuestas ante estas situaciones pueden ocurrir en todos o algunos de los siguientes aspectos:

Tabla 2*Reacciones de la timidez en las distintas áreas***COGNITIVOS**

- Pensamientos negativos sobre la situación, uno mismo y los demás.
- Miedo a la evaluación negativa y parecer “tonto”.
- Atribuciones auto culpables, luego de una interacción social.
- Preocupación y perfeccionismo.
- Creencias negativas de uno mismo.

AFECTIVOS

- Vergüenza y dolorosa autoconciencia.
- Baja autoestima.
- Desánimo.
- Tristeza.
- Ansiedad.
- Soledad.
- Depresión.

FISIOLOGICOS

- Transpiración
- Temblor.
- Boca seca.
- Frecuencia cardiaca acelerada.
- Miedo a perder el control.
- Sensación de mareos, mariposas en el estómago, desmayo, náuseas.

CONDUCTUALES

- Inhibición y pasividad.
- Poco movimiento de expresión corporal o excesivo, asentamiento o sonrisa.
- Disfluencias del habla.
- Comportamientos nerviosos como: tocarse la cara, cabello, brazos, etc.
- Voz baja y mirada evasiva.

Fuente: Elaboración propia.

El modelo terapéutico cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual se refiere a la forma de pensar acerca de nosotros mismos, de otros y del entorno, y como afecta la conducta y las emociones. La terapia ayuda en la manera de actuar (conductual) y con los pensamientos (cognitivo), estos cambios favorecerán al bienestar del paciente, buscando la manera de mejorar su estado anímico actual (Royal College of Psychiatrists, 2020; Muñoz et al., 2000).

Las intervenciones con adolescentes pueden ser más complejas, conductuales y cognitivas, el grado de limitación es más bajo. Se trabaja los trastornos internalizadores y los trastornos externalizadores; se motiva a desarrollar las estrategias de autocontrol, detenerse y pensar en alternativas y resolución de problemas; teniendo en cuenta que la acción y la actividad se fijan más en el aprendizaje, es necesario utilizar actividades, motivar y estimular la comunicación para lograr una relación con el adolescente.

Metodología de evaluación:

Para la elaboración de un diagnóstico integral se realizaron entrevistas personales, entrevista con los familiares, se utilizó la técnica de la observación al

examinado, la historia familiar y se administraron las siguientes pruebas psicológicas:

Pruebas Psicométricas de inteligencia:

- Escala de inteligencia para niños W.

Pruebas Psicométricas de personalidad:

- EPQR cuestionario de personalidad.
- Inventario Clínico para adolescentes M.
- Escala de timidez T.
- Inventario de depresión infantil K.

Pruebas Proyectivas:

- Test de la familia C.
- Test de la figura humana M.
- Test del árbol K.
- Test de completamiento de frases incompletas S.
- Test gestáltico visomotor B.

Presentación de caso

El examinado es un adolescente de 16 años que acude a consulta acompañado de su madre, esta refiere que su matrimonio es disfuncional, hay agresión física y psicológica por parte de su esposo; actualmente se encuentra separada, el padre de sus hijos los visita los sábados durante 4 horas, según régimen de visitas, pero

en varias ocasiones no asiste. El examinado proviene de una familia de nivel socioeconómico medio-bajo. En toda esta situación, la madre ha notado que su hijo es muy callado, no reacciona cuando el padre grita, insulta o agrede físicamente, simplemente no se involucra, se retira o continúa con lo que esté haciendo. Así mismo, la madre se encuentra preocupada por su forma de actuar, considerándolo frío y nada empático, poco sociable, no demuestra interés por sucesos dentro de la familia, tampoco pregunta, comparte o indaga sobre lo que sucede a su alrededor, comportándose de forma contraria a lo que se le pide realizar, la madre respecto a esta última conducta lo califica como “terco”.

El examinado es el hijo mayor. Embarazo con agresión física, parto natural, nacimiento con cordón umbilical enrollado en el cuello. Control de esfínteres diurno a los 3 años y nocturno a los 7 años; enfermedad de varicela a los 4 años. Ingirió alimentos licuados hasta los 3 años.

Diagnósticos previos:

Hiperlaxitud a los 4 años, asistió a terapia física y terapia de lenguaje hasta los 8 años.

Trastorno de Déficit de Atención a los 13 años , tratamiento médico (Aradix, Fluoxetina, Risperidona) que fueron recetados durante un año. Desde enero del 2020 hasta la actualidad, se tiene datos que el examinado se encuentra medicado con Fluoxetina, en una dosis diaria la cual debe ingerir una tableta por las mañanas, de acuerdo con lo que indica a progenitora. Esta medicación no ha sido controlada por el médico especialista debido a las razones coyunturales (pandemia) no ha podido recibir seguimiento presencial ni virtual por el profesional médico a cargo del caso.

Escolaridad:

Inició a los dos años en el nivel inicial, realizó dos veces el último nivel por recomendación de las profesoras; necesitó evaluación para ingresar al nivel primario, asiste al colegio nacional, durante la primaria obtuvo notas promedio bajo, necesitó asistencia en terapia de lenguaje, atención y concentración, pero no fue constante porque la madre trabajaba. Perdía lapiceros, borradores, colores casi a diario, su

comportamiento era callado, tímido no tenía muchos amigos, solo cuando jugaba chipitaps, a partir de quinto de primaria comenzó a aislarse más, no quería compartir con sus compañeros de aula porque decía no tener nada en común.

Durante la secundaria se cambió de colegio también del sistema nacional, sus notas son promedio alto. El examinado comenta que “Como era nuevo comienzo tal vez podría hacer amigos, pero no le gusta compartir con sus compañeros porque dice que tienen ideas diferentes, no le gusta el fútbol, fiestas, bulla, solo quiere jugar con su PlayStation”; Así mismo relata que en determinada ocasión cuando se encontraba cursando el segundo año de educación secundaria se peleó a golpes con un chico de su sección porque lo molestaban como “Raro”. También comenta que en cuarto de secundaria fue brigadier escolar de su aula.

En la actualidad se encuentra cursando el cuarto año de educación secundaria, suele realizar sus deberes escolares por iniciativa propia y culminarlos antes del tiempo solicitado por los profesores; en cuanto al área de relaciones interpersonales manifiesta que le pidió a su mamá que lo cambie de sección porque sus compañeros son fastidiosos (porque le dicen que es el raro del salón) reguetoneros y no le gusta que no respeten las normas; lo cual no fue necesario ya que por la COVID-19 ahora las clases son virtuales, lo que le agrada.

Dinámica Familiar:

La vida en su antigua casa junto a su padre era caótica ya que vivían en continuas discusiones, maltratos físicos y psicológicos, por lo cual el padre tiene numerosas denuncias.

El padre, ingeniero de 40 años, ha sido diagnosticado con trastorno de la personalidad, psicopatía, la madre y el examinado lo describen con un carácter explosivo, agresivo, manipulador, machista, exagerado con la limpieza y orden del hogar. La relación con el padre es inestable, lo visita todos los sábados durante 4 horas, lo lleva a comer, pero continúa gritándole, involucrándolo en los problemas con la madre.

La madre, ama de casa de 38 años, con estudios universitarios inconclusos, se autodescribe con un carácter impulsivo, le cuesta tomar decisiones; respecto a la crianza de sus hijos, suele manifestar “los deja ser”, así mismo durante las entrevistas se le percibe conductas agresivas, descuidadas, e inmaduras. Aunque no se comunican mucho ya que el examinado es callado y no participa de los diálogos en familia, manifiesta que la ve bien a su madre y su relación es buena, no le pregunta nada sobre el distanciamiento con el padre.

La hermana de 14 años mantiene una relación conflictiva, discuten y en algunas situaciones llegan a agredirse, el examinado piensa que es muy chismosa, no le gusta su actitud, la música que escucha, ni las rabietas que hace, que suelen ser seguidos.

El hermano de 3 años muestra un carácter impulsivo, problemas de aprendizaje, su relación nula, no tiene problemas con él, no interactúan, solo para salir los sábados con su padre.

Evaluación Inicial

En el área intelectual el examinado obtiene un coeficiente intelectual de 94 que corresponde a la categoría Promedio. Al realizar un análisis relacionado con el desempeño intelectual se puede encontrar en el área del Índice de Razonamiento Perceptivo (RP) que alcanzó una puntuación de 110, lo que significa que posee buena integración visomotora y espacial, habilidad para analizar y sintetizar, el examinado posee la habilidad de planeación y generación de estrategias orientadas a la resolución de problemas, utiliza el pensamiento lógico y abstracto, como también el razonamiento no verbal, se le facilita el aprendizaje visual. En relación con el área del Índice de la Memoria Operante (MO) alcanzó una puntuación de 97 puntos, lo que le permite tener la capacidad de retención y almacenamiento de información a corto plazo. En el área del Índice de Velocidad de Procesamiento (VP) alcanzó una puntuación de 88, haciendo evidente el diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención, presenta dificultad para trabajar bajo presión, así mismo en situaciones que no son de su agrado muestra desinterés y lentitud, dificultad para focalizar la atención y mantener la concentración; En cuanto al área del Índice de Comprensión Verbal

(CV) alcanzó una puntuación de 87 puntos, Sebastián presenta un pensamiento concreto, esto se refleja en su forma rígida en cuanto a seguir las normas, no muestra flexibilidad en el pensamiento, el juicio social y el sentido común se encuentran disminuidos, dificultad para expresar verbalmente ideas, la comprensión verbal y el desarrollo del lenguaje es deficiente a causa de la educación y aprendizaje limitado, evidenciando una vez más su dificultad en las relaciones interpersonales.

El examinado se muestra orientado en espacio, lugar, tiempo y persona, es consciente que la medicación es necesaria y que se le dificulta mantener la atención en temas y situaciones que no son de su agrado o interés, persiste en el pensamiento rígido.

En el área de la personalidad se caracteriza por ser introvertido, tiende a ser apático, tímido, pesimista, poco sociable y distante, presenta un prototipo de personalidad conformista, que se evidencia en su actitud seria, reservada, eficiente, respetuoso de las reglas y el orden, lo que lo lleva a ser obstinado debido a su pensamiento rígido por mantener las normas, presenta desapego al ambiente y es distante con los demás excepto con amigos íntimos lo que quiere decir que no evita a las personas, simplemente es indiferente con quienes lo rodean.

Su desarrollo afectivo emocional se ha visto afectado, por la interacción con el medio por el cual siempre se ha relacionado y no le impulsa a establecer relaciones sociales adecuadas; suele controlar sus emociones, no desea mostrarse como una persona tímida, a pesar de sentirse inseguro frente a extraños, desestima sus capacidades y evita toda situación imprevista que le cause malestar, es por esta razón que no se involucra en los problemas familiares. Desea aprobación por parte de sus iguales, pero su inseguridad lo hace elegir apartarse para no sentirse rechazado o burlado causándole tristeza y desánimo; la falta de estrategias de afrontamiento hacia las diversas situaciones percibidas como problemáticas no le permiten desarrollarse adecuadamente, mostrando dependencia, ansiedad, culpa y agresión reprimida, se le dificulta lograr el equilibrio emocional.

Su actitud defensiva, se manifiesta con su desconfianza, mostrando solo cierta parte de él, debido

a su timidez y su miedo a ser rechazado, reprime sus sentimientos, a pesar de tener deseos de imponerlos; el retraimiento y su falta de habilidades sociales le ocasiona problemas interpersonales; así como su rigidez con horizontes limitados le impide tomar decisiones, demuestra incomodidad con pensamientos y sentimientos sexuales, prefiere mantener su privacidad y todavía no ha tenido pareja.

El examinado presenta estado de ánimo bajo, demostrado en su falta de motivación, desgano y tristeza por las situaciones que ha vivido.

En el área familiar, a pesar de identificarse con su rol y su lugar en la familia, muestra conflictos con la figura paterna de quien demanda afecto y comprensión, esto se debe a que la convivencia con el padre no ha sido buena, no ha recibido muestras de cariño, el trato siempre fue hostil, autoritario y una comunicación deficiente; respecto a la madre existe una falta de comunicación e incompatibilidad, tanto en gustos, actividades y modos de pensar, muestra rechazo hacia ella y siente que no fue protegido, reconoce a su hermana como un problema por no seguir sus lineamientos de orden y conducta, sobre su hermano menor minimiza su presencia no lo valora. Sin embargo, tiene deseos de unión familiar.

Formulación de caso

Se encuentra un Trastorno de Déficit de Atención y un prototipo de personalidad conformista con rasgos obsesivos, timidez y problemas familiares. El Trastorno por Déficit de Atención se evidencia en su falta de concentración y atención, como también en la lentitud de la velocidad de los procesamientos operacionales mentales, lo que le dificulta trabajar bajo presión.

En cuanto a la conformación de personalidad, esta se encuentra todavía en un proceso de desarrollo, sin embargo, se vislumbra tendencia conformista, muestra apariencia sumisa, pero a su vez deseos de imponer sus sentimientos, los que oculta para evitar intimidaciones, es respetuoso de las normas e intenta hacer lo correcto y apropiado. Los rasgos obsesivos se deben a los pensamientos rígidos y concretos, pretende que los demás se comporten de la manera que él cree conveniente, manteniendo el orden y siguiendo las reglas.

La timidez se refleja en su persistente alejamiento del contacto social, su preocupación de ser criticado o rechazado y su falta de voluntad para involucrarse con los demás. Los problemas familiares se evidencian en la falta de comunicación, afecto y los maltratos recibidos durante la infancia.

Tratamiento y curso

Para el presente caso clínico se desarrolló un plan terapéutico cognitivo conductual enfocado en el reconocimiento de las emociones, identificación de los pensamientos, diferenciación en el reconocimiento entre pensamiento, emoción y conducta, reestructuración cognitiva, modelado simbólico y entrenamiento en relajación.

Se procedió a explicar tanto a la madre como al examinado el tratamiento terapéutico a desarrollar, el cual tendría por finalidad incidir en habilidades sociales que puedan ayudar en aprender a sobrellevar la timidez, tales como: comunicación, tanto verbal como gestual, reconocimiento y diferenciación de emociones; así como aprender sobre creencias irracionales que lo puedan llevar a juicios de valor errados.

De acuerdo con esto, se procedió a elaborar un plan terapéutico dispuesto en tres etapas, en un periodo de quince sesiones, una vez por semana y con una duración de sesenta minutos cada sesión, a continuación, se proceden a detallar:

Tabla 3*Etapas del plan terapéutico***Primera etapa:**

Objetivo general: Aprender a conocerse a sí mismo y desarrollar habilidades de relación con el entorno.

Sesión uno: reconocer su autoimagen.

Sesión dos: relaciones interpersonales.

Sesión tres: reforzamiento de las relaciones interpersonales.

Sesión cuatro: reconocer las emociones.

Sesión cinco: la familia.

Segunda etapa:

Objetivo general: reconocer la relación del pensamiento, emoción y conducta.

Sesión seis: diferenciar los hechos reales de las opiniones.

Sesión siete: pensamientos racionales e irracionales.

Sesión ocho: exageraciones.

Sesión nueve: entender los problemas.

Sesión diez: la relación entre pensamiento, emoción y conducta.

Tercera etapa:

Objetivo general: Identificar las distorsiones del pensamiento.

Sesión once: la interpretación.

Sesión doce: las creencias.

Sesión trece: las distorsiones del pensamiento.

Sesión catorce: repaso de distorsiones del pensamiento.

Fuente: Readí, R. (2020)

A continuación, se describen cuatro de las sesiones realizadas al examinado, indicándose el objetivo

establecido y el desarrollo de cada una de las sesiones:

Tabla 4*Ejemplos de las sesiones realizadas*

	OBJETIVO	DESARROLLO
Primera sesión: Como soy	Diferenciar los aspectos positivos y negativos de sí mismo Reconocer su autoimagen. Conseguir que reconozca como es y como se ve.	En esta primera sesión se trabajó sobre su forma de verse, se le solicitó que describa su aspecto físico, intelectual, afectivo, sus fortalezas y debilidades, mostrándose confundido en el momento de escribir sobre sus debilidades, considera que su forma de pensar y actuar dentro de las normas establecidas no le genera problemas, sobre sus debilidades considera la falta de empatía, pero solo porque se lo dicen no porque lo reconoce.
Segunda sesión: Relaciones interpersonales	Reconocer como se relaciona con su entorno.	En esta segunda sesión se conversó acerca de cómo se relaciona con su familia y su entorno; se solicitó que escriba las cosas que le gusta sobre él, su familia y su colegio, como también las que no le gustan; se analizó lo escrito y se concluyó en que debe ser más flexible en aceptar a los demás con sus defectos y virtudes.
Séptima sesión: Pensamientos racionales e irracionales.	Reconocer la diferencia entre los pensamientos racionales e irracionales y como afectan las emociones.	En esta sesión se enseñó a identificar las situaciones incómodas y cómo afrontarlas; se le leyó unas historias sobre situaciones que podrían ser consideradas: - Incómodas (por ejemplo: tener que ir al colegio con uniforme sin aire acondicionado en verano); - Indeseables (ejemplo: comer vegetales que no le gustan); - Difíciles (tener que hacer la tarea de matemática y no entender nada); - Injustas (ejemplo: cuando mi mejor amigo prefiere estar con otras personas), y como generan emociones negativas y también pensamientos irracionales como, por ejemplo: "no soy buena persona", "pobre de mí, no puedo soportarlo", "las cosas no deben salir de forma que me incomoden", "las cosas deben ser como yo quiera", entre otras frases. Se trabajó cambiar estas frases por otras más racionales como: "debo aceptarme a mí mismo", "no tiene que salir siempre de la manera como a mí me gusta", "yo puedo afrontar las situaciones", "si me ponen apodosos o me llaman de alguna manera que me incomode sé que eso no es cierto". Se mostro una lista de pensamientos racionales e

Décimo segunda sesión: Creencias.	<p>Aprender a ver las situaciones claramente y entender que nuestras creencias o ideas no siempre son asertivas.</p> <p>En esta décimo segunda sesión se trabajó las creencias e ideas que de forma rígida nos puede hacer sentir mal, respecto a nosotros mismos y a los demás. Se utilizó la metáfora de los anteojos oscuros para trabajar diferentes ejemplos sobre los pensamientos catastróficos y negativos. Se le mostró una lista de distintas creencias como: “todo es peligroso”, “si el perro me muerde”, “me van a criticar”, “soy frágil,” todo me sale mal”, “fue mi culpa”, “nadie me quiere”, “están todos en mi contra”, “me odian”, “me lo hacen apropósito”, “la culpa es de ellos”. y se le invitó a que coloque al lado de cada una de las frases los anteojos correspondientes catastrófico o negativo. Se realizó una síntesis de lo avanzado y se concluyó que no siempre se tiene la razón.</p>
-----------------------------------	---

Fuente: Readi, R. (2020)

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por medio de las evaluaciones psicológicas, historia personal, familiar y las entrevistas realizadas al examinado, se considera que existen factores que han influido y todavía persisten en la formación de las habilidades sociales y en la conducta tímida de este.

El examinado presenta una inteligencia promedio, de acorde a su edad, tiene capacidad para utilizar pensamiento abstracto y lógico, habilidad en analizar, sintetizar y planear estrategias en busca de una solución, posee facilidad para el aprendizaje visual, así mismo posee aptitud para retener y almacenar información a corto plazo, aunque se le dificulta trabajar bajo presión, focalizar la atención y mantener la concentración, especialmente en situaciones que no son de su interés, esto se debe al Trastorno de Déficit de Atención, el cual puede convertirse en un potenciador de déficit del comportamiento social. Presenta un pensamiento concreto, inflexible, se demuestra en su forma rígida en cuanto a seguir lineamientos de normas de conductas, lo que ocasiona que su juicio social y sentido común se encuentren disminuidos. Su deficiente educación y aprendizaje limitado obstaculiza el desarrollo de la comprensión verbal y del lenguaje, provocando dificultad en entablar y mantener las relaciones interpersonales.

Una característica que influye en la timidez, es el temperamento introvertido, a pesar de encontrarse en una etapa de crecimiento y formación de la personalidad, se vislumbra tendencia conformista, se muestra

apático, tímido, pesimista, poco sociable, de actitud reservada, serio, eficiente, respetuoso de las reglas y el orden, al querer mantenerlas tiende a mostrarse obstinado, poco flexible mantiene pensamiento rígido, con indiferencia al entorno relacionándose de modo distante con los demás a excepción de amigos íntimos, anhela la aprobación por parte de sus iguales, pero su inseguridad lo hace elegir apartarse para no sentirse rechazado o burlado, debido a las experiencias pasadas en el colegio.

De acuerdo con la teoría revisada de Kelly (2002) y Monjas (2000) señalan que las habilidades sociales son conductas aprendidas, de experiencias vividas en el entorno, siendo importante su desarrollo desde muy temprana edad para el desempeño de una vida con logros personales y sociales, consiguiendo expresar y manejar sus emociones de forma adecuada. En el caso revisado se ha podido encontrar una carencia en las habilidades sociales del examinado, lo cual, no le posibilitan desenvolverse adecuadamente, tomando una actitud defensiva que implica mostrarse tímido, reprimido en sus emociones con la finalidad de evitar el rechazo, muestra desconfianza hacia los demás, suele eludir toda situación imprevisible que le cause malestar, incluidos los problemas familiares u otra situación que evalué como desagradable, lo cual incide en el desarrollo de las relaciones interpersonales.

Oliva y Villa (2014); Vallares (2008); Andolfi (1993); Minuchin y Fishman (2004) y Linares y Soriano (2013), consideran que la familia es el principal portador de costumbres, lenguaje, cultura, modelo

de conducta y creador de vínculos afectivos, ejerce gran influencia en los miembros del sistema familiar. Como en todo sistema jerárquico el líder influye en la conservación de normas, el modo de pensar y sentir de sus integrantes. Es por tal motivo que debe proporcionar experiencias positivas, contribuyendo en el desarrollo, mantenimiento y mejora de las habilidades sociales. En el caso del examinado, se puede apreciar que la relación familiar ha sido caótica, afectando su equilibrio emocional. Los padres no han brindado seguridad, confianza y afecto; el padre como líder ha inculcado su educación autoritaria y pensamientos de ideas machistas, generando en el examinado un comportamiento rígido, referente a la idea que, si se comporta dentro de las normas y conductas establecidas, no tendrá problemas, no será burlado ni visto de forma negativa por los demás; al no cumplir con las expectativas del comportamiento requerido, se aparta y mantiene una conducta de timidez. Así mismo su familia no le ha proporcionado las herramientas necesarias para el desarrollo de habilidades sociales adecuadas, lo cual le origina sentimientos de ansiedad.

De igual modo siguiendo lo revisado teóricamente, Cantwell (1994); Sabaté y Tomás (2009), consideran que el Trastorno de Déficit de Atención, se debe a factores psicosociales y biológicos, contribuyendo a la carencia de habilidad en las relaciones interpersonales, reforzando su conducta tímida.

Así mismo, como indican los autores, Henderson y Zimbardo (2001); Olivares et. al., (2002); Guimón (2004) y Pilkonis (1977). La timidez es una reacción a situaciones desconocidas que causa preocupación de ser evaluado negativamente, eludiendo relacionarse con los demás. A pesar de que la timidez, el retraimiento y la ansiedad social son constructos diferentes, se relacionan entre sí, siendo la timidez un factor de riesgo para el desarrollo de Trastornos de Ansiedad en especial con la ansiedad social. En el caso del examinado se evidencia signos de timidez, a causa de su carencia en habilidades sociales, las conductas aprendidas en su entorno familiar y el Trastorno de Déficit de Atención, sin embargo, se puede apreciar que no consigue convertirse en un Trastorno de Ansiedad; dado que muestra deseos de compartir con sus iguales, enfrenta las situaciones al exponer frente a

la clase, es brigadier del aula, juega Play Station con los primos y en línea. La ansiedad percibida no es intensa o desproporcionada a la amenaza real, aunque haya disminuido su actividad social, al evitar relacionarse.

El plan terapéutico inicial, sirvió para que el examinado se familiarice con el tratamiento psicológico, brindando orientación, apoyo, consejería, psicoeducación y se sienta seguro, asistido y confiado.

Cabe resaltar que a la fecha el examinado ha mejorado la relación con su madre, hermana y hermano, comparte más en familia, se siente mejor con la educación a distancia (internet).

Se recomienda continuar con un tratamiento psicoterapéutico: sesiones de una hora de duración una vez por semana para conseguir lograr las conductas que se desean cambiar, encontrar las respuestas asertivas al problema, identificar los pensamientos negativos, entrenar la relajación y la comunicación asertiva, resolución de problemas, sus metas, habilidades, acciones a tomar entre otros que le ayuden a aprender y aceptar las diversas situaciones.

Asistir a talleres de habilidades sociales una vez por semana por 2 horas para que pueda interactuar con otros chicos de su edad, aprender a convivir y trabajar en equipo. Mejorar las relaciones, aumentar la autoestima, promover la capacidad para resolver conflictos en la vida diaria, fomentar la creatividad.

REFERENCIAS

- Andolfi, M. (1991). *La Terapia con la Familia: un approccio relazionale* (Trad. Eduardo Prieto). Paidós. (Trabajo original publicado en 1977).
- Aragón, L. E. y Bosques, E. (2012). Adaptación Familiar, escolar y personal de adolescentes de la ciudad de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 263-282. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29224159002>
- Arévalo, M.; Gupio, G. y Uribe, R. (2000). *Manual de Habilidades sociales para la prevención de conductas violentas y uso de alcohol y drogas en adolescentes*. Ministerio de Salud del Perú.

- https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391386/Manual_de_habilidades_sociales_para_la_preveni%C3%B3n_de_conductas_violentas_y_uso_de_alcohol_y_drogas_en_adolescentes20191017-26355-1si11ek.pdf
- Asher, S., Hymel, S., y Renshaw, P. (1984). Loneliness in Children. *Child Development*, 55(4), 1456-1464.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y Desarrollo de la Personalidad*. Alianza Editorial.
- Betina, A. y Contini de González, N. (2011). Habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159-182. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>
- Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades sociales*. Siglo XXI.
- Cardenas, E.; Feiras, M.; De la Peña, F.; y Palacios, L. (2010). *Guía clínica para el trastorno de Ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz de México.
- Carducci, B. y Zimbardo, P. (1995). El costo de la Timidez. *Psychology today*. <https://www.psychologytoday.com/us/articles/199511/the-cost-shyness>
- Chronis-Tuscano, A.; Danko, C.; Rubin, K.; Coplan, R. y Novick, D. (2018). Future Directions for Research on Early Intervention for Young Children at Risk to Social Anxiety, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), 655-667. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15374416.2018.1426006>
- Contini, N., Cohen, S., Coronel, C. y Mejail, S. (2012). agresividad y retraimiento en adolescentes. *Ciencias Psicológicas* 6 (1), 17-28. <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545416003.pdf>
- De la Peña, F., Galicia, F., Aguerre, R. y Palacios, L. (2016). *Guía clínica para el tratamiento de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría de México.
- Delgado, B., Inglés, C., Aparisi, D., García-Fernández, J. y Martínez-Monteaquedo, M. (2016). Relación entre la ansiedad social y las Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes Españoles. *Revista Iberoamericana e Diagnóstico y Evaluación e evaluación Psicológica RIDEP* 1(46), 81-92. <https://doi.org/10.21865/RIDEP46.1.06>
- Ekornas, B.; Lundervold, A., Tjus, T. y Heimann, M. (2010). Anxiety disorders in 8-11-year-old children: Motor skill performance and self-perception of competence. *Scandinavian journal of psychology* 51 (3), 271-277. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:321244/FULLTEXT01.pdf>
- Enomoto, J. (2013). Desarrollo socioemocional de la amistad entre adolescentes: actividades con amigos y sentimiento por los amigos. *The Japanese Journal of Educational Psychology*, 47(2)180-191. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjep1953/47/2/47_180/_article/-char/en
- Escalante, M., Arévalo, M., Uribe, R., Velásquez, W. y Cortez, E. (2005). *Manual de habilidades sociales en Adolescentes Escolares*. Ministerio de Salud del Perú. http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/170_adolec.pdf
- Espada, J., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- Espinal, I., Gimeno, A. y Gonzáles, F. (2000). *El enfoque Sistémico en los Estudios sobre la Familia*. Universidad Autónoma de Santo Domingo. https://www.academia.edu/9492209/El_Enfoque_Sist%C3%A9mico_En_Los_Estudios_Sobre_La_Familia?auto=download
- Estévez L., E., Musitu O., G. y Herrero O., J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58242809>
- Fernández, M. y López, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 8 (4), 11-24. <http://archivos.pap.es/files/1116-590-pdf/615.pdf>

- García-López, L.; Piqueras, M.; Díaz-Castela, M. e Inglés, C. (2008). Trastorno de ansiedad social en la Infancia y Adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología conductual* 16(13), 501-533. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/07.Garcia_lopez_16-3oa.pdf
- Guedeney, A. y Pérez, C. (2015). Retraimiento social en la primera infancia Implicaciones en el desarrollo del psiquismo. *Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea)* (120), 120-132. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512008.pdf>
- Guimón, J. (2007). *El diagnóstico psiquiátrico no categorial (Relaciones, dimensiones y espectros)*. Bilbao: OME.
- Hales, R.; Yudofsky, S. y Talbott, J. (1995). *Tratado de Psiquiatría*. Ancora.
- Hall, G.S. (1904) Youth: Its Education Regimen and Hygiene. [Juventud: su Régimen Educativo e Higiene]. *Good Press*. https://play.google.com/books/reader?id=nSXDDwAAQBAJ&hl=es_419&pg=GBS.PP1.w.3.0.0
- Heiser, N., Turner, S., Beidel, D. y Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *J Anxiety disord* 23(4), 469-476. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2692184/>
- Henderson, L. y Zimbardo, P. (2001). *Shyness, Social Anxiety, and Social Phobia. Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*. https://www.researchgate.net/publication/232436205_Shyness_Social_Anxiety_and_Social_Phobia/link/5b881260a6fdcc5f8b71f42a/download
- Jones, K.; Schulkin, J. y Schmidt, L. (2014). Timidez: subtipos, correlaciones psicosociales e intervenciones de tratamiento. *Psicología* 5(3), 244-254. https://www.researchgate.net/publication/275969421_Shyness_Subtypes_Psychosocial_Correlates_and_Treatment_Interventions
- Kagan, J. (1989). Temperamental Contributions to social Behavior. *American Psychologist* 44(4), 668-674. https://www.researchgate.net/publication/232488841_Temperamental_Contributions_to_Social_Behavior
- Katzman, M., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. y Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*. 14. https://www.researchgate.net/publication/264639944_Canadian_clinical_practice_guidelines_for_the_management_of_anxiety_posttraumatic_stress_and_obsessive-compulsive_disorders
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento en las Habilidades sociales*. (7ª.ed.) Desclée De Brouwer.
- Knappe, S.; Beesdo-Baum, K. y Wittchen, H. (2010). Factores de riesgo familiares en el trastorno de ansiedad social: pedir un enfoque orientado a la familia para la prevención específica y la intervención temprana. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (12), 857-871. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0138-0>
- Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180613877008>
- Linares, J. y Soriano, J. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación Psicológica*, 5 (2) 119-146. <https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/173/86>
- López de Dicastillo, N., Iriarte, C. y González, C. (2004). Aproximación y revisión del concepto: competenciasocial. *Revista Española de Pedagogía* 62(227). 143-156. <https://revistadepedagogia.org/wp-content/uploads/2007/06/227-07.pdf>
- Lutte, G. (1991) *libérer l'adolescence*. (trad. L. Medrano). España: Herder. (trabajo original publicado en 1988).
- Marín-Ramírez, A.; Martínez-Díaz, G. y Ávila-Avilés, J. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Rev Biomed* 26 (1), 23-31. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58187>
- Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). *Family Therapy Techniques* (Trad. José Luis Etcheverry). Paidós. (trabajo original publicado en 1981).

- Minuchin, S. (2004) *Families & Family Therapy* (Trad. Victor Fichman). Gedisa. (Trabajo original publicado en 1974).
- Monjas, M. (2002). *Programa de enseñanza de habilidades interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. CEPE.
- Monjas, M. (2010). *Promoción de las habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia en el contexto escolar*. Universidad de Valladolid. <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=27&subs=277&cod=2430&page=>
- Monjas, M., González, B., Casado, M., Francia, M., Peinado, L., Rodríguez, M., Patrocinio de Benito, M. y Martín, J. L. (1998). *Habilidades sociales en el Curriculum*. Centro de Investigación y Documentación Educativa-CIDE.
- Muñoz, R.; Aguilar-Gaxiola, S. y Guzmán, J. (2000). *Manual de Terapia Individual para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*. Estados Unidos de América: RAND. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1198.7.pdf
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. UCO.
- National Institute of Mental Health (20 de mayo de 2020). *Trastorno de ansiedad social: Mas allá de la simple timidez*. <https://infocenter.nimh.nih.gov/nimh/product/Trastorno-de-ansiedad-social-M-s-all-de-la-simple-timidez/SQF%2016-4678>
- National Institute of Mental Health. (15 de mayo de 2020). *El cerebro de los adolescentes: 7 cosas que usted debe saber*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-cerebro-de-los-adolescentes-7-cosas/index.shtml>
- Oliva, Alfredo. (2006). Family relationships and adolescent development. *Anuario de Psicología*. 37(3), 209-223. https://www.researchgate.net/publication/286363842_Family_relationships_and_adolescent_development
- Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* 10(1) 11-20. <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Olivares, J., Rosa, A., Piqueras, J., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y García-López, L. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10(3), 523-542. https://www.researchgate.net/publication/229433237_Shyness_and_social_phobia_in_children_and_adolescents_An_emerging_field
- Papalia, D.E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *A Child's World: Infancy Through Adolescence*. (Trad. S. Olivares y G. Padilla) McGraw-Hill. (trabajo original publicado en 2008).
- Piaget, J. (1972). *La psicología de L'Intelligence* (Trad. J. Foix). Psique (Trabajo original publicado en 1947).
- Pilkonis, P. A. (1977). Shyness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality*, 45, 585-595. <https://www.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1977.tb00173.x>
- Pineda, S. & Aliño, M. (1999). El concepto de la Adolescencia. En *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*. (2ª. ed., p.9). Ministerio de Salud Pública de Cuba. <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/#>
- Piqueras, J. (2005). *Análisis de la eficacia de la Intervención de Adolescentes con fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/11008;jsessionid=90925322C2D204AB10CFDAD328B17B2F#page=1>
- Readi, R. (2020). *Timidez en un adolescente* [Tesis de pregrado no publicada] UNIFE.
- Roca, E. (2014). *Cómo Mejorar tus Habilidades Sociales*. (4ª. Ed.) ACDE ediciones.
- Rodríguez, M. (2018). El conocimiento sobre el desorden de ansiedad social y sus implicancias en la consejería. *Revista Griot* 11(1). <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/14030>
- Rodríguez, M. (2003). La Familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia: revista de*

- Trabajo social* 3. 89-115. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/151/b15148221.pdf?sequence=1>
- Royal College of Psychiatrists (19 de junio de 2020). *La Terapia cognitivo-Conductual (TCC)*. <https://www.rcpsych.ac.uk/>
- Rubin, K.; Stewart, S. y Coplan, R. (1995). Social withdrawal in childhood: Conceptual and empirical perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*. 17. 157-196. https://www.researchgate.net/publication/232454403_Social_withdrawal_in_childhood_Conceptual_and_empirical_perspectives/link/02e7e51f690ebbdab7000000/download
- Rubin, K.; Coplan, R. y Bowker, J. (2009). Social withdrawal in childhood. *The Annual Review of Psychology* 60. 141-171. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.60.110707.163642>
- Rubin, K.; Burgess, K.; Kennedy, A.E.; y Stewart, S. (2003). Social withdrawal and inhibition in childhood. En E. Mash y R. Barkley (Eds.). *Child Psychopathology* (pp. 372-406). Guilford.
- Sabaté, N. y Tomás, J. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención. (TDA)*. Centre Londres 94. <http://www.centrelondres94.com/>
- Santrock, J.W. (2004). *Child Development*. (Trad. A. Pérez). McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 2003)
- Urquijo, S. y González, G. (1997). *Adolescencia y Teorías del Aprendizaje*. Fundamentos. Documento Base. Universidad Nacional de Mar del Plata. <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/57>
- Van Amerigen, M.; Mancini, C. y Oakman, J. (1998). La relación de la inhibición del comportamiento y la timidez con el trastorno de ansiedad, *The Journal of Nervous & Mental Disease* 186 (7), 425-431. <http://reme.uji.es/articulos/acanoa5610802100/texto.html>
- Zimbardo, P.; Pilkonis, P. y Norwood, R. (1975). The silent prison of shyness. *Psychology Today*. https://www.researchgate.net/publication/286071698_The_silent_prison_of_shyness

Fecha de recepción: 4 de enero 2021

Fecha de aceptación: 4 de febrero 2021