

Título: La relación terapéutica en un caso de un adolescente con miedo a hablar en público

Juan Carlos Palmito Marín¹

Lida Janeth Henao²

Juan David Lopez Sanz³

¹ Psicólogo de la Fundación Universitaria Católica del Norte. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Infancia y Adolescencia. Correo juanpalmar@gmail.com

² Psicóloga de la UNAD. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Infancia y Adolescencia. Correo aleja199038@hotmail.com

³ Psicólogo de la Universidad Autónoma de Bucaramanga . Magíster en Psicología con énfasis en Investigación de la Universidad del Valle. Correo: juan7.lopez@ucp.edu.co

Tabla de contenido

Tabla de contenido	2
Resumen.....	3
Introducción	5
Definición y delimitación del problema.....	6
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
Justificación	9
Marco conceptual.....	11
El MHP en adolescentes.....	11
Terapia Cognitivo-Conductual.....	14
La relación Terapéutica y la alianza terapéutica	15
Metodología	17
Caso Clínico	17
Motivo de consulta	18
Objetivos terapéuticos	18
Aparición del Problema.....	19
Curso del problema	20
Formulación del caso clínico.....	21
Impresión diagnóstica	21
Hipótesis.....	21
Descripción y análisis.....	22
Análisis Funcional.....	23
Tratamiento	24
Resultados	26
Discusión.....	28
Conclusiones y recomendaciones	32
Referencias.....	35

Resumen

El miedo a hablar en público (MHP) afecta el 75% de personas de la población mundial (Escriche, 2017), situación que afecta también a los adolescentes. La finalidad de este artículo consiste en analizar los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales, la relación terapéutica y las actitudes personales para el tratamiento del MHP en un adolescente de 15 años. El siguiente artículo utiliza la metodología cualitativa de estudio de caso único. La evaluación y el tratamiento se basaron en la TCC. La intervención se estructura en cinco fases: establecimiento de vínculo terapéutico y examen mental; evaluación y validación de la información (el MHP y cómo se operacionaliza); alianza terapéutica y preparación de técnicas; y, aplicación de técnicas y resultados. La investigación logró evidenciar los siguientes aspectos: la familia como un determinante del MHP; y, la importancia, tanto del desarrollo de las habilidades terapéuticas en la TCC del MHP con adolescentes, entre las que se encuentran principalmente, el rapport, la escucha activa, la comprensión empática y la aceptación incondicional del consultante, como la aplicación asertiva de las técnicas terapéuticas como son la psicoeducación y la exposición en vivo, para que el tratamiento sea eficaz.

Palabras claves: alianza terapéutica, terapia cognitivo-conductual, miedo a hablar en público, adolescente, habilidades terapéuticas.

Abstract

Fear of public speaking (FPS) affects 75% of people in the world's population (Escriche, 2017), a situation that also affects adolescents. The purpose of this article is to analyze the factors related to cognitive behavioral skills, the therapeutic relationship and personal attitudes for the treatment of FPS in a 15-year-old adolescent. The following article uses the qualitative single case study methodology. Assessment and treatment were based on the cognitive behavioral model. The

intervention is structured in five phases: establishment of therapeutic link and mental examination; evaluation and validation of information (the FPS and how it is operationalized); therapeutic alliance and preparation of techniques; and application of techniques and results. The research was able to show the following aspects: the family as a determinant of FPS; and, the importance, both of the development of therapeutic skills in the cognitive behavioral treatment of FPS with adolescents, among which are mainly, rapport, active listening, empathic understanding and unconditional acceptance of the consultant, as well as the assertive application of therapeutic techniques such as psychoeducation and live exposure, for treatment to be effective

Keywords: therapeutic alliance, cognitive behavioral therapy, public speaking, Adolescent, therapeutic skills.

Introducción

El miedo a hablar en público, es definido por Fremouw y Breitenstein (1990) en Méndez et al. (1999) como “un patrón de conducta variable y complejo que implica tres componentes o sistemas de respuesta (cognitivos, conductual y fisiológicos), separados pero interactivos, que ocurren en respuesta a estímulos externos (socioambientales) e internos (cognitivos y fisiológicos)” (p. 66).

Por tanto, el MHP influye en el ciclo vital del adolescente (Bados, 2008), afectando las diferentes áreas del individuo (personal, familiar, social y escolar). Además, se analiza que en diferentes bases de datos como Scopus, Science of science, Elsevier no se encontraron pocas investigaciones sobre el MHP en adolescentes; ya que la mayoría de investigaciones se enfocaron en otras poblaciones, como la universitaria.

También, Bados (2008) habla de tres tipos de MHP, relacionados con: el déficit para hablar en público, la fobia social y el último donde se combinan los dos primeros. El presente caso, al parecer está más relacionado con un déficit de las habilidades sociales necesarias para hablar en público en el adolescente. Es por ello, que en la intervención se favoreció este aspecto. De tal manera, que la investigación sobre el MHP se efectuó **por el interés** de analizar habilidades, actitudes personales y profesionales necesarias para desarrollar la relación terapéutica que favorezca la intervención del adolescente con MHP.

Al indagar sobre el MHP en adolescentes se generó un **interés tanto académico como profesional**, por el aporte que brinda esta investigación al conocimiento del MHP, las implicaciones prácticas en torno al tratamiento y las relaciones que pueden surgir entre el MHP, la relación terapéutica y el contexto familiar del adolescente. En este sentido, la investigación

busca viabilizar las problemáticas y las características de los conceptos clínicos de la TCC, pero no enfatiza en las características singulares del paciente; es decir, no se enfoca tanto en el diagnóstico, evaluación o elementos específicos del paciente; pero sí, al psicoterapeuta y los relatos de su experiencia en la intervención, donde se tuvo en cuenta las siguientes categorías: la TCC, el MHP, la relación terapéutica y la alianza terapéutica, donde se analiza que estas últimas categorías siendo diferentes, en la TCC están interrelacionadas.

Por tanto, la relación terapéutica, busca la calidad de la conexión emocional entre el terapeuta y el paciente, y es importante porque puede influir en la capacidad del consultante para involucrarse en el tratamiento y en la disposición del mismo a compartir información personal y emocionalmente significativa con el terapeuta (Bedoya y Ochoa, 2019).

En cambio, la alianza terapéutica, trata de la colaboración entre el terapeuta y el paciente, para trabajar juntos en el logro de los objetivos terapéuticos (Bedoya y Ochoa, 2019). Esto implica un compromiso compartido y una comunicación abierta y honesta. La alianza terapéutica es importante porque puede ayudar a mejorar la eficacia de la terapia y reducir el riesgo de abandonar el tratamiento.

Finalmente, en la siguiente investigación se procederá a analizar los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales, la relación terapéutica y las actitudes personales para el tratamiento del MHP en un adolescente.

Definición y delimitación del problema

El MHP, es un problema que perturba a un gran número de personas en el mundo entero, afectando al individuo en las diferentes áreas (personal, familiar, social, académica y laboral).

Al respecto, Bados (2008), afirma, que el 29% con MHP son fóbicas sociales, con esto revela que existen grandes probabilidades de que este problema se presente en las personas que presentan dificultades o déficit en habilidades sociales.

En este sentido, Gershkovich, (2017), en Martínez (2018), afirma que la fobia social tiene una prevalencia del 12.1 %, colocándolo entre los trastornos más comunes, ya que menos del 20% de los individuos que lo padecen buscan tratamiento, situación que puede ser muy problemática. En esa misma línea, Martínez (2018) expresa que un 70,3% de los individuos que presentan fobia social generalizada también tienen MHP, en cambio las personas que presentan fobia social en la que la única situación es el MHP es del 6,5%.

En relación con la edad de comienzo y curso del MHP, Bados (2008), lo ubica, al terminar la infancia o en la adolescencia y que aumenta con la edad, siendo la adolescencia una de las etapas más críticas para el desarrollo del MHP. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), colocándola de los 10 hasta los 19 años, afirma que encarna un aspecto “singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno” (OMS, 2022, párr. 1).

En esta misma línea, Gaete (2015), concibe la adolescencia como una etapa de grandes y acelerados cambios en la persona (biológico, psicológico, moral, sexual y social). Por otra parte, Bados (2008), resalta la estrecha relación que puede existir entre la etapa de la adolescencia y el MHP, tanto por la probabilidad del desarrollo al final de la infancia o en la adolescencia como por las características propias del ciclo vital de la persona, ya que es un periodo crítico, por la

evaluación a la que el adolescente puede verse sometido por su grupo de pares y por el establecimiento en un contexto diferente al de su familia.

En relación con el adolescente del estudio de caso, se destacan algunas particularidades: las dificultades en las habilidades sociales para hablar en público y la familia como un factor determinante del MHP. Ya que el contexto familiar puede ser un factor predisponente del MHP, como el estilo de crianza y el aprendizaje social. Todo esto lleva a la urgente necesidad de indagar más a fondo sobre dos aspectos cruciales, como son la relación terapéutica y la alianza terapéutica.

Ya que, como lo expresan, Etchevers et al. (2014) en Bedoya y Ochoa (2019), que presentan la “relación entre alianza terapéutica y relación terapéutica, como predictor de resultados en terapia” (p. 6). Por tanto, se considera apremiante analizar los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales, la relación terapéutica y las actitudes personales para el tratamiento del MHP adolescentes.

Por otra parte, se realizó una revisión de la literatura sobre el MHP, encontrando múltiples investigaciones tanto en adultos como en población joven universitaria (Cárdenas et al., 2014; Agirre et al., 2015; Tifner et al., 2016; Becerra, 2017; Rodero y Larrea, 2022). Sin embargo, en relación con el MHP en adolescentes, no se encontró suficiente literatura (Maciá-Antón y García-López, 1995; Méndez et al. 2004).

Es por ello, surge la necesidad de realizar más estudios para la comprensión del TCC del MHP en adolescentes y sobre cómo la relación terapéutica y la alianza terapéutica contribuyen al proceso psicoterapéutico del MHP en adolescentes.

Todos estos enunciados llevan necesariamente al planteamiento de las siguientes preguntas investigativas:

¿Cuáles son los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales del psicoterapeuta para el tratamiento del MHP en un adolescente?

¿Cuáles son los factores relacionados con la relación terapéutica para el tratamiento del MHP en un adolescente.?

¿Qué aspectos familiares pudieron influir en el caso del MHP en un adolescente?

Objetivo General

Analizar los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales, la relación terapéutica y las actitudes personales para el tratamiento del MHP en un adolescente.

Objetivos Específicos

Describir los factores relacionados con las habilidades y actitudes personales cognitivo-conductuales del psicoterapeuta para el tratamiento del MHP en un adolescente.

Exponer los factores relacionados con la alianza y la relación terapéutica para el tratamiento del MHP en un adolescente.

Identificar los aspectos familiares que pudieron influir en el caso del MHP en un adolescente

Justificación

Se observa que, frente a la relación terapéutica y la alianza terapéutica, se han realizado muchas investigaciones, por la importancia de éstas en el buen desarrollo de la intervención y en

el bienestar del consultante. También se han realizado innumerables investigaciones en torno al MHP.

Sin embargo, después de realizar diferentes revisiones a través de motores de búsqueda como Google académico, Redalyc, Scielo, Dialnet y Scopus, se observa la pertinencia investigativa: ya que existen pocas investigaciones que contengan las siguientes categorías, en una misma investigación, como son: la relación terapéutica, el MHP, y la TCC con adolescentes. Ya que en su mayoría, las investigaciones contienen una o dos categorías, pero son pocas las que tienen las tres, y son más de tipo documental o de revisión sistemática.

También se anota, la novedad y la pertinencia de esta investigación, ya que al parecer no existe bibliografía que hable específicamente sobre la dinámica de la relación terapéutica desde la TCC con adolescentes con MHP. Por tanto, no se cuenta con una investigación que haya explorado los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales, la relación terapéutica y las actitudes personales para el tratamiento del MHP en adolescentes.

De ahí la necesidad de profundizar más en las dinámicas que implican la intervención con adolescentes. Y más aún cuando se han desarrollado algunas investigaciones desde la TCC, como la Corbella y Botella (2004) en Kaiser y Martínez (2021), donde afirman “que la calidad de la relación terapéutica resulta ser un aspecto determinante para la eficacia de la terapia” (p. 16).

En relación con las implicaciones teóricas y prácticas que puede aportar esta investigación, se enumeran: en primer lugar, el análisis (teórico) y la aplicación práctica de los factores relacionados con las habilidades y actitudes personales cognitivo-conductuales del psicoterapeuta para el tratamiento del MHP con adolescentes.

En segundo lugar, la comprensión de los factores relacionados con la alianza y la relación terapéutica para el tratamiento del MHP con adolescentes. En tercer lugar, la identificación de los aspectos familiares que pueden influir en adolescentes con MHP.

Ya que puede aportar tanto al conocimiento teórico, por la comprensión de la relación que puede existir entre el contexto familiar del adolescente y el MHP; y que también por las implicaciones en la práctica clínica, ya que esta investigación aporta elementos que contribuyen a la intervención tanto del adolescente como de su familia.

En relación con la ganancia metodológica de esta investigación, se subraya, el aporte que brinda un estudio de caso único, ya que contribuye a reconocer nuevas estrategias o herramientas que permitan mayor efectividad en la relación terapéutica con los adolescentes y lograr sensibilizar sobre la importancia de las actitudes personales en los tratamientos psicológicos .

Es por ello, que se considera esta investigación como una oportunidad metodológica para conocer y comprender la dinámica de la relación terapéutica que se puede dar entre un adolescente con MHP y un terapeuta cognitivo-conductual. También se considera esta investigación como un espacio favorable para conocer las estrategias que utiliza un psicoterapeuta cognitivo-conductual para propiciar la relación terapéutica adecuada para el desarrollo de una intervención más efectiva y eficaz.

Marco conceptual

El MHP en adolescentes

En primer lugar, se encuentra la adolescencia, que como lo expresa, Gaete (2015), es un término derivado del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez» (p. 437); ya que en el individuo suceden cambios acelerados y de gran envergadura en los aspectos biológicos,

psicológicos y sociales, en el que éste se va formando para llegar a ser socialmente maduro y capaz de vivir independientemente.

Por tanto, la adolescencia, según Gaete (2015), generalmente se caracterizan por: distanciamiento de la familia y acercamiento al grupo de pares; aumento del sentido de la individualidad; autoimagen muy dependiente de terceros; tendencia al aislamiento; incremento del rango y apertura en las emociones; egocentrismo; tendencia a la impulsividad; desarrollo cognitivo caracterizado por el incremento de las habilidades de pensamiento abstracto, el razonamiento y de la creatividad; la no aceptación de la norma hasta que no conozca la norma y el principio que la rige; y, crítica a progenitores y a la sociedad en general.

También en esta etapa, el adolescente, adopta la vestimenta, la conducta, los códigos y valores de su grupo de pares y la presión que éstos ejercen y que pueden influir tanto positiva como negativamente en él; los grupos de amistades de ambos sexos y el establecimiento de relaciones de pareja; la emancipación de la familia; el aumento en el desarrollo sexual de la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él, los cambios puberales y la toma de conciencia de la orientación sexual; y el desarrollo moral, que corresponde generalmente al convencional (Gaete, 2015).

En segundo lugar, el MHP, como lo expresa (Martínez, 2018), se caracteriza por la ansiedad y un miedo intenso, frente a situaciones en las que tiene que hablar el individuo ante otras personas. Situación que genera un malestar significativo en el individuo, suscitando en él conductas de evitación y escape.

De la misma manera, Bados (2008), sobre el MHP, expresa, que este miedo o ansiedad es inducido tanto por estímulos internos (fisiológicos y cognitivos) como externos (ambientales) y

que implican tres sistemas de respuestas o tres componentes como son: el autónomo, el motor y el cognitivo, que a su vez interactúan entre ellos aunque no necesariamente tienen por qué correlacionarse significativamente.

En el sistema cognitivo, comenta Bados (2008), la persona presenta principalmente dos problemas: **problemas para pensar**, como dificultad para concentrarse, traer palabras a la mente, recordar, o simplemente confusión; y, la **tendencia a centrar su atención en él mismo** (síntomas autónomos o somáticos de ansiedad, emociones negativas, pensamientos negativos recurrentes, temores y algunos supuestos negativos).

También este autor, anota que el MHP puede estar asociado al perfeccionismo socialmente prescrito, es decir en normas que se basan en la expectativa que la persona considera que tienen los demás y que no tienen por qué coincidir con las propias (Bados, 2008).

En cuanto al sistema motor, Bados (2008), anota que surgen unas posibles conductas de evitación y escape, y cuando no puede evitarlas o escapar de la situación temida puede terminar presentando algunas conductas defensivas. En cuanto al sistema autónomo, el individuo puede finalizar mostrando algunas reacciones fisiológicas, como son: palpitaciones/taquicardia, sudoración, tensión muscular, malestares gastrointestinales, dificultad para tragar, urgencia urinaria, temblor (manos, voz) y enrojecimiento. Estímulos internos y externos que se pueden percibir en el presente estudio de caso.

También se considera importante anotar, que en el DSM 5, el MHP no aparece como un criterio generalizador sino como un especificador de la fobia social, de actuación (si éste se limita a actuar o hablar en público); y que la ansiedad o miedo, causa un malestar clínicamente significativo en algunas áreas del funcionamiento como laboral, social u otras (APA, 2014).

Terapia Cognitivo-Conductual

La TCC, como afirman (Kaplan et al., 1995), en Stallard (2007), buscan **la reducción del malestar psicológico y las conductas desadaptativas** a través de la modificación de los procesos cognitivos y que tiene su base tanto en teorías cognitivas y/o conductuales, donde las emociones como las conductas surgen como respuesta de lo que piensa el individuo. Es por ello, que en la intervención cognitiva conductual se pretende generar cambios en la manera como la persona piensa, siente y actúa.

Entre las características principales de la TCC, con niños, niñas y/o adolescentes (NNA), se enumeran: sustentación en una determinada teoría; utiliza un **modelo colaborativo; papel activo del NNA en todo el proceso**; maneja un tiempo limitado y breve que favorece el fomento de la **autoayuda y la independencia**; es estructurada y objetiva; está centrada en el presente (en el aquí y el ahora); aborda las dificultades y los problemas actuales del NNA; y, se asienta en un proceso de experimentación convenientemente guiados y de autodescubrimiento donde el NNA adquiere nuevas habilidades (Stallard, 2007).

De la misma manera (Stallard, 2007), presenta como los componentes principales de la TCC, la formulación y la psicoeducación, donde el psicoterapeuta cognitivo-conductual busca comprender la relación entre la conducta, los sentimientos y los pensamientos del consultante; y la realización de procesos de exposición gradual (exposición en vivo), el role play modelado y el ensayo conductual, al igual que la utilización de los refuerzos y las recompensas.

También, Stallard, manifiesta que la TCC, contiene otros componentes, que deben tenerse en cuenta para el proceso psicoterapéutico con NNA, y que realiza el consultante tanto en consulta como en casa, como son: observación y registro de los pensamientos, creencias

nucleares y supuestos disfuncionales; identificación de distorsiones cognitivas y déficit cognitivos; evaluación de los pensamientos y desarrollo de los procesos cognitivos alternativos; aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas; observación, registro y educación de las emociones; autodomio emocional; establecimiento de objetivos y reprogramación de actividades (si es el caso); y, experimentos conductuales.

La relación Terapéutica y la alianza terapéutica

La relación terapéutica, según Hartley (1985) en Etchevers et al. (2014), se puede definir como un constructo que vincula tanto la relación real como la alianza de trabajo, en la que la primera es propiamente el vínculo entre el terapeuta y el consultante y la segunda la aptitud de los dos para trabajar mancomunadamente de acuerdo a los objetivos acordados.

En esa misma línea Bordin (1979) en Etchevers et al. (2014) considera la alianza terapéutica como un constructo de varias dimensiones y compuesto básicamente de tres aspectos: el acuerdo en los objetivos, el vínculo positivo, y el acuerdo en las tareas.

Por tanto, la relación terapéutica es crucial en la psicoterapia, ya que ésta es asumida en función de los resultados e interacción entre el psicoterapeuta y el consultante; y cuando se da convenientemente genera el espacio propicio para un proceso terapéutico adecuado, permitiendo que el consultante pueda expresar con tranquilidad y confianza su mundo interior, (Rodríguez y Echeverri, 2022).

En ese mismo sentido, según la APA (2011) en Mattioli (2020), la relación terapéutica “genera sustanciales contribuciones al resultado de la psicoterapia con independencia del tipo de tratamiento empleado; y es responsable de la mejoría o del empeoramiento del paciente en igual o superior medida que cualquier ingrediente específico” (p. 197). Ya que sin ella no se puede dar

el cambio necesario, de tal forma que las guías de tratamiento deben promover en los terapeutas las actitudes y cualidades que propicien una relación terapéutica facilitadora (Mattioli, 2020).

De la misma manera, (Etchevers et al. 2014), subrayan la importancia de la relación terapéutica para el éxito del proceso, al igual que algunos aspectos claves que el terapeuta debe tener en cuenta: la empatía y la actitud cálida del terapeuta que permiten la apertura y la participación activa de los consultantes; el saberse adaptar a las necesidades y problemáticas del consultante y el Feedback o diálogo fluido, entre otros.

En cuanto a las habilidades que debe poseer el psicoterapeuta para una buena relación terapéutica, Ocampo et al. (2022) y Perpiñá (2014), presentan: el rapport, el vínculo, el apego, la empatía y el juego; y, que cuando existe un vínculo con gran componente afectivo y cuando la relación terapéutica es valorada positivamente, esta induce en el consultante un alivio tanto psíquico como corporal. Al respecto, de lo anterior, Rodríguez y Echeverri (2022), afirman que en el tratamiento con NNA, la empatía y la calidez son aspectos que contribuyen al establecimiento de la relación terapéutica, a la valoración del adolescente que hace de la misma y a la exploración clínica.

En la misma línea, Capera y Castaño (2020), además de subrayar la empatía, añaden las habilidades del terapeuta, la autenticidad, la escucha activa y la aceptación incondicional del consultante, que además de favorecer el trabajo terapéutico contribuyen a que el consultante se convierta en agente de cambio. Aspectos que unidos a la habilidad técnica (Díaz, 2011) y la competencia (Gonzáles, et al., 2021), son generadores de éxito en el proceso psicoterapéutico.

En relación con la alianza terapéutica, Kaiser y Martínez (2021), ilustran, que para el fomento del empirismo colaborativo con los adolescentes, se debe tener en cuenta, la confianza

básica, el rapport, la colaboración terapéutica; donde los psicoterapeutas deben tener como características intrínsecas la aceptación, la autenticidad, la empatía y el manejo de las creencias irracionales.

Al respecto, Bedoya y Ochoa (2019), expresan, que la alianza terapéutica se ve favorecida por las actitudes y habilidades del psicoterapeuta tanto a nivel personal como profesional, es por ello que éste debe conservar una actitud equilibrada para desentrañar, dilucidar y comprender el mundo interior del adolescente para propiciar en él consultante la motivación para el cambio y su bienestar.

En esa línea, Piñeros et al. (2022) expresan, que en la TCC, la alianza terapéutica tiene una función activa, donde el vínculo y la confianza establecidos a través de la empatía, se convierten en predictores y promotores de las conductas prosociales y como factores determinantes en la adherencia al tratamiento y al éxito de la misma.

Finalmente, en torno al MHP, Sotelo (2018), explica que uno de los grandes obstáculos que presentan los adolescentes, es la dificultad de éstos para hablar de sus sentimientos y de su mundo interior; sin embargo, es a través de la relación terapéutica y la alianza terapeuta que se promueve que el consultante pueda expresar sus sentimientos y situaciones.

Metodología

El abordaje metodológico asumido fue de corte cualitativo, basado en un estudio de caso único tipo 2, con fines de reflexión sobre la praxis.

Caso Clínico

MAC es un adolescente de 15 años que convive con su madre de 40 años y dos de sus hermanos. MAC interactúa, con facilidad en su entorno familiar, teniendo una relación cercana

con su madre y sus hermanos. Los padres de MAC, jamás lograron establecerse como familia. El padre de MAC vive en otra ciudad y su hogar está conformado por la esposa y por dos hijas, que son también hermanas mayores de MAC por parte de su padre. Las personas con las que el consultante siente más cercanía es la mamá y el hermano mayor y siente protección por parte de su abuela materna.

Motivo de consulta

El adolescente refiere: : “tengo dificultades de comunicación e interacción con las otras personas. Fui remitido por la psicóloga del colegio para el manejo de habilidades sociales”.

Motivo de remisión de la psicóloga del colegio: “el adolescente se encuentra en el proyecto Jóvenes empoderados como gestor en salud mental, se le ha observado algunos síntomas que pueden identificar que está afectando su proyecto de vida. (aislamiento constante en área social). El estudiante presenta un buen comportamiento durante la realización de los talleres, a veces no asiste a las actividades que se proponen.

A veces no cumple con las tareas del proyecto. Sin embargo, no tiene un comportamiento retador, se hace entrevista con la madre del adolescente y ella informa que existen eventos, perinatales, postnatales, significativos, (se quedó sin oxígeno) requirió hospitalización y cirugía pulmonar.

Objetivos terapéuticos

Explorar las dinámicas familiares del consultante para identificar el papel que tiene el contexto familiar en la problemática que presenta el adolescente.

Explorar el pensar, sentir y actuar del adolescente por medio del Inventario de exploración clínica (Caballo y Salazar, 2005) para elegir las pruebas más pertinentes para la evaluación clínica.

Aplicar “Escala de evitación social y angustia” (SAD) de Liliana Chaves y Mauricio Castaño, adaptado de Social Avoidance and Distress Scale. David Watson y Ronal Friend (1969) y la “Escala de temor a la evaluación negativa” (FNE) Liliana Chaves y Mauricio Castaño.

Brindar las herramientas de afrontamiento asertivas a MAC para el MHP que contribuyan al proceso psicoterapéutico y al mejoramiento de los síntomas.

Realizar sesiones con la madre de MAC para brindarle las estrategias más pertinentes que favorezcan al tratamiento con el adolescente.

Realizar exposiciones en vivo dirigidas y controladas al adolescente para brindarle las estrategias de afrontamiento adecuadas para la ansiedad que le produce hablar en público.

Trabajar con el consultante un taller psicoeducativo sobre el manejo de las habilidades sociales.

Indagar las diferentes respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras que puede presentar el consultante frente al MHP.

Evaluar periódicamente con el consultante y su madre, las sesiones que se realicen en la terapia.

Aparición del Problema

El motivo de consulta surge, porque el consultante es remitido por el colegio para el manejo de las habilidades sociales. Al respecto, el adolescente aclara que el problema del MHP

surgió a partir de los 11 años de vida, cuando tuvo una presentación en el colegio, frente a los padres de familia. En ese momento, sintió temor de que no le escucharan su voz, empezaron a sudarle las manos, temblor en las piernas, y con gran temor a que se le olvidara todo. Entonces empezó a sentir pena y miedo.

La progenitora de MAC refiere de él: “se expresa con libertad y tranquilidad dentro del hogar, pero que solo en los momentos en que él quiere hablar y manifestar sus emociones. Siendo muy tranquilo pero conversador dentro de su casa”. Situación contraria se da en el colegio, ya que se percibe aislado, de muy pocos amigos, de pocas palabras. Tampoco presenta aceptación hacia la psicóloga del colegio.

MAC expresa que solo siente nervios cuando habla delante de varias personas, situación que es más notoria cuando se encuentra ante personas extrañas o ajenas a su círculo cercano. Refiriendo también que presenta sentimientos de inseguridad en los entornos sociales: poco expresivo; desconfiado; irritable; poco interés en las relaciones sociales; se aburre fácilmente; poco conversador; temor a situaciones nuevas, al rechazo y a la crítica; y, con baja autoestima.

Curso del problema

El problema en MAC ha crecido, al parecer, tanto por las actitudes sobreprotectoras de la madre como por las situaciones escolares, donde tiene que hablar en público. Aunque no ha sufrido de bullying en el colegio, las dificultades de interacción con sus compañeros hace que se agudice más el problema. También MAC comenta dos situaciones de sus hermanos: la primera de su hermano de 18 años, que se presentó a una entrevista de trabajo, donde no le fue muy bien, ya que se sintió intimidado ante esta situación y no tuvo las habilidades de respuesta para la entrevista; la segunda, de su hermano de 22 años, que presentó, las mismas dificultades de

expresión verbal y temor para entablar conversaciones con otras personas. Situaciones que de una u otra manera pueden estar influyendo en el desarrollo del problema en el adolescente.

Formulación del caso clínico

En este sentido, se utilizó lo aportado por Kaholokula et al.(2012) considerando las técnicas que tengan la mayor efectividad y beneficio posible para el paciente específicamente en las relaciones de los problemas y en su posibilidad de ser modificados. Incluye la utilización del análisis funcional en el proceso de evaluación, se realizó a través de cuatro instrumentos: la entrevista semiestructurada, la observación, el examen mental, el inventario autoaplicable de exploración clínica (Caballo y Salazar, 2005), la aplicación de la escala de evitación social y angustia (SAD) de Liliana Chaves y Mauricio Castaño, adaptado de social Avoidance and Distress Scale. David Watson y Ronal Friend (1969) y la “Escala de temor a la evaluación negativa” (FNE) Liliana Chaves y Mauricio Castaño.

Impresión diagnóstica

Según la sintomatología, referida en la consulta y después de realizar las diferentes técnicas e instrumentos de evaluación y con base en el DSM-5, el diagnóstico que propone para el caso es del especificador de fobia social de Miedo a hablar o actuar en público 300.23 (F40.10).

Hipótesis

Durante el proceso psicoterapéutico se observa que el adolescente, adquirió el MHP, al parecer a partir de una presentación que tuvo en el colegio frente a los padres de familia. Ya que ahí sintió el temor de hablar frente a las personas que ahí se encontraban. Empezaron a sudarle

las manos, temblarle las piernas y a generarse temor a que se le olvidara todo lo que tenía que decir, produciendo respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras.

Por tanto, esta situación le generó inseguridad frente a las demás personas cuando tenía que hablar en público, propiciando una relación de contingencia entre las situaciones y la percepción negativa que supone frente a los otros. Es así, como esta inseguridad en sí mismo frente a las relaciones interpersonales, sobre todo con personas ajenas a su cotidianidad y la carencia de habilidades sociales le llevaron al adolescente a presentar la sintomatología actual (sudoración en las manos, temblor en el cuerpo, voz entrecortada, etc.), que afectó principalmente el área afectiva, escolar y social.

Además de ello, se agrega, que la falta de pautas de crianza adecuadas en el contexto familiar pueden tener un efecto negativo en el consultante, y que le han reforzado el MHP. Ya que el adolescente manifestó abiertamente en consulta que su dificultad es muy similar a la de sus hermanos. Situación que favoreció el surgimiento del MHP ya que en el contexto familiar al parecer no hubo un fortalecimiento adecuado de las habilidades sociales para afrontar con pertinencia las situaciones sociales como el hablar en público y el manejo de las relaciones interpersonales.

Descripción y análisis

En el caso de MAC, siguiendo la propuesta de Young et al. (2014), en la terapia de los esquemas, se puede ubicar al adolescente en el grupo de sobrevigilancia e inhibición, donde se observa en él un “énfasis excesivo por **suprimir los propios sentimientos**, impulsos o alternativas espontáneas o por satisfacer metas y expectativas internas rígidas sobre la actuación y la conducta ética, a menudo, a expensas de la felicidad, autoexpresión, relajación, amistades

próximas o la salud” (p. 38), y donde se percibe en él una “corriente subterránea de pesimismo y preocupación relativa a que las cosas se desharán si uno no logra permanecer vigilante y atento en todo momento” (Young et al., 2014, p. 39).

También, según la Terapia de los esquemas de Young y su grupo, se puede ubicar a MAC en el esquema 17, como metas inalcanzables/hipercriticismo, que consideran que la persona “debe esforzarse para satisfacer estándares internos inalcanzables de conducta o ejecución, normalmente para evitar la crítica. Generalmente produce sentimientos de presión o dificultad para reducir el ritmo y la tendencia a la hipercrítica hacia uno mismo y los demás” (Young et al., 2014, p. 39). Por tanto en MAC se puede percibir una especie de hipercrítica y atención excesiva interior que tienen su raíz en esos modelos internos impracticables que lo afectan en cada una de las áreas de respuesta (fisiológica, afectiva, cognitiva y conductual), y que se acercan conciliablemente a los síntomas del MHP.

Análisis Funcional

Es así que teniendo en cuenta la información obtenida, se plantea una explicación sobre los antecedentes, las respuestas y los consecuentes que se consideran que contribuyeron a la génesis, desarrollo, y mantenimiento del MHP en MAC. Por tanto, entre los antecedentes del problema se encuentran el estilo de crianza (sobrepotección y dificultades en la expresión de sentimientos y emociones), el aprendizaje social, la timidez, que unido a la experiencia negativa ansiógena de la presentación en el colegio, que le generó una elevada activación fisiológica.

Además, la situación se fue agravando por respuestas cognitivas como pensamientos automáticos (“soy bruto y torpe”), valoraciones (“todo lo hago mal”), que lo llevaron a distorsiones cognitivas como: etiqueta, pensamiento dicotómico, que a su vez tienen como base

un posible esquema nuclear (metas inalcanzables/hipercriticismo), que mantienen la situación del MHP. Es así que el temor a la evaluación negativa y el foco atencional se desvanece cuando MAC, presenta respuestas de escape o evitación, produciéndole sentimiento de culpa por afrontar inadecuadamente las situaciones donde tiene que hablar en público. De tal manera que son reforzadas las creencias irracionales, al igual que la asociación entre las expectativas negativas y la situación temida, aumentando la posibilidad de la manifestación de las respuestas ansiógenas, que terminan estableciendo un círculo relacional que se retroalimenta constantemente, afectando significativamente al adolescente.

Tratamiento

En el tratamiento, se tuvo en cuenta, como en las etapas anteriores del proceso, la importancia de la consolidación de la alianza terapéutica y la relación terapéutica, al igual que participación activa de la progenitora de MAC y de su familia.

Se realizaron sesiones alternas con la progenitora de MAC, donde se le brindaron algunas estrategias para trabajar en casa, tales como ensayos conductuales y diálogos familiares, para el fomento de las habilidades socioemocionales en el entorno familiar que favorecieran tanto la cooperación de la familia en el proceso terapéutico con MAC como el cambio en la dinámica familiar.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se efectuaron las técnicas, tales como: la psicoeducación, donde se trabajó, en primer lugar, lo relacionado con el MHP (génesis, mantenimiento y tratamiento) y las herramientas adecuadas de afrontamiento del MHP.

En segundo lugar, se realizó un taller psicoeducativo sobre las habilidades sociales, donde el consultante adquirió aprendizajes significativos en torno a las habilidades sociales, entre las que sobresalen: la comunicación asertiva, la solución de conflictos, la toma de decisiones, permitiendo que el adolescente pudiera aplicar lo aprendido tanto en el contexto familiar como escolar. En tercer lugar, se le enseñó al adolescente la relajación progresiva de Jacobson y el manejo de la respiración diafragmática para que éste pudiera aplicarlo en la vida diaria.

Luego, se realizaron algunos diálogos socráticos, para debatir las ideas irracionales del adolescente. Además, después de cada sesión, se le dejaron al adolescente algunas tareas para casa (autoinformes, auto exposiciones frente al espejo, entre otras).

También se realizó la técnica de exposición en vivo, teniendo en cuenta lo propuesto por Bados (2008): el entrenamiento en respiración controlada, el entrenamiento autoinstruccional, la reestructuración cognitiva y la exposición gradual en vivo, entre otros aspectos. De tal manera que el adolescente inició la exposición a escenas imaginarias para luego realizar una exposición en situaciones reales.

Lo primero que se realizó fue un juego de roles entre el psicólogo y MAC, con el propósito de fomentar las habilidades sociales del adolescente dentro de la terapia. Luego, el adolescente realizó una lectura de un texto frente a la psicóloga. Más adelante, el adolescente realizó una lectura y exposición breve, dirigida y controlada ante un grupo de personas, donde se buscó que se asemejara una de las situaciones que el adolescente vive en su cotidianidad, para brindarle las estrategias de autocontrol y de afrontamiento de la ansiedad del MHP.

Finalmente, el adolescente, tuvo una exposición en vivo en la Biblioteca de la Universidad, delante de 7 personas, realizando una lectura y reflexión personal de un texto. En

esta exposición en vivo el adolescente pudo aplicar satisfactoriamente las estrategias de autocontrol y afrontamiento asertivo de las diferentes respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y motoras.

Resultados

La TCC con el adolescente con MHP, se efectuó en 10 sesiones (evaluación y tratamiento), donde el adolescente aprendió a afrontar asertivamente las respuestas emocionales y motoras, generadas del MHP, destacándose del proceso psicoterapéutico los siguientes aspectos:

En cuanto a los factores relacionados con la relación terapéutica para el tratamiento del MHP en MAC, sobresalen: en primer lugar, los del terapeuta, como son, el respeto por la autonomía y la individualidad del adolescente, la cercanía, la aceptación incondicional, la conexión emocional que permitieron que MAC pudiera expresar con tranquilidad y confianza su mundo interior. En segundo lugar, los de MAC: motivación para el cambio, apertura, perseverancia, y capacidad de adaptación, aspectos que facilitaron el proceso.

En cuanto a los factores de la alianza terapéutica para el tratamiento del MHP en MAC, se encontraron principalmente, el enfoque colaborativo, la empatía y la escucha activa, que: facilitaron la evaluación; permitieron el establecimiento y cumplimiento mancomunado de los objetivos terapéuticos que respondiera a las necesidades de MAC.

En cuanto a los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales del psicoterapeuta para el tratamiento del MHP en un adolescente, sobresalen: en primer lugar, la psicoeducación, que ayudó a que el adolescente comprendiera la génesis, el mantenimiento y el

tratamiento del MHP, al mismo tiempo que la adquisición de las habilidades para afrontar tanto las respuestas fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales del MHP, como el desarrollo y la potencialidad de las habilidades sociales.

En segundo lugar, la exposición tanto en imaginación como en vivo, se estima que fue fundamental, para que el adolescente enfrentara gradualmente el MHP. También se considera pertinente anotar, la importancia de los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales, anteriormente descritos que fueron utilizados asertivamente por el psicoterapeuta, ya que favorecieron que MAC pudiera afrontar sus miedos.

En tercer lugar, las tareas para casa, que aportaron significativamente al proceso terapéutico, ya que fueron un espacio propicio para que el adolescente pudiera aplicar lo aprendido en la terapia. Se considera que el éxito de las tareas para casa, radica tanto en la pertinencia de las tareas como en el buen desarrollo de la alianza terapéutica y la relación terapéutica.

En cuanto a los aspectos familiares que pudieron influir en el caso del MHP en MAC, se encontraron: el estilo de crianza (la sobreprotección y la dificultad para expresar sentimientos y emociones) y el aprendizaje social, de ahí la importancia de trabajar con la familia de MAC con el propósito de mejorar la cooperación de la familia en el proceso terapéutico y el cambio de la dinámica familiar.

Finalmente, es de resaltar que la TCC fue pertinente para el caso del adolescente con MHP, ya que él pudo eliminar paulatinamente el MHP. Sin embargo, se considera importante anotar, que no se pudo realizar el seguimiento del adolescente después de la intervención.

Discusión

En el MHP, como lo expresa, Bados (2008), apenas el 29% de los casos pertenecen a las fobias sociales, situación que remite a la gran probabilidad de que la mayoría de las personas con MHP presentan una carencia en el desarrollo de las habilidades sociales, situación que propicia la génesis y el mantenimiento del MHP, como se observó en el actual estudio de caso.

Por esta razón, el psicoterapeuta utilizó estrategias interventivas que priorizaran el fortalecimiento de las habilidades sociales, tanto por la psicoeducación, la exposición en vivo, como por el desarrollo y fortalecimiento de la relación terapéutica y de la alianza terapéutica, ya que estas últimas, como lo expresan, Bedoya y Ochoa (2019), además de contribuir al cambio terapéutico favorecen el bienestar del consultante.

Es por ello, que para comprender mejor este proceso de la alianza terapéutica y la relación terapéutica, se eligió como objetivo principal para esta investigación, analizar los factores relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales, la relación terapéutica y las actitudes personales para el tratamiento del MHP en un adolescente, que se desarrolló en tres objetivos específicos.

El primer objetivo, fue describir los factores relacionados con las habilidades y actitudes personales cognitivo-conductuales del psicoterapeuta para el tratamiento del MHP en un adolescente. Por tanto, entre las habilidades profesionales y actitudes personales que utiliza el psicoterapeuta se destacan:

En primer lugar, en la evaluación (entrevistas y pruebas), el reconocimiento de signos y síntomas y su efecto en el paciente, la comprensión de las expectativas de MAC frente al

proceso, la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal que favorezca tanto la obtención de la información como el rapport (Perpiñá, 2014); la habilidad técnica (Díaz, 2011) y la competencia (González et al., 2021) para obtener la información necesaria para el establecimiento del plan terapéutico.

Al igual que las habilidades para el establecimiento de la alianza terapéutica y de la relación terapéutica, entre las que se destacan las indicadas por González et al. (2021), como son: cordialidad, aceptación incondicional, empatía y escucha activa. Habilidades que fueron fundamentales para la creación de un buen escenario empático para que MAC, pudiera expresar su mundo interior con tranquilidad y confianza.

En segundo lugar, la pertinente elección y el manejo adecuado de las técnicas interventivas para el MHP, entre las que se destacan las propuestas por Bados (2008) como son: la psicoeducación y la exposición en vivo.

En relación con la psicoeducación del MHP en adolescentes, se anota que fue esencial, ya que a través de ella el adolescente, además de comprender la génesis, el mantenimiento y el tratamiento del MHP, pudo asimilar y trabajar aspectos de la TCC, como las expresadas por Stallard (2007): comprensión de la relación existente entre la conducta, los pensamientos, y sentimientos; identificación de los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas, combatirlas y desarrollar ideas más realistas y racionales; y, el aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas, emocionales y sociales, entre otros aspectos.

En relación con la exposición en vivo, se considera que fue fundamental en el éxito del tratamiento del MHP, ya que a través de ella, MAC pudo vencer la evitación, que como lo expresa, Bados (2018), es un factor mantenedor del MHP. Para la exposición se siguió la

propuesta realizada por Bados (2011), entre las que se destacan: la gradualidad, la jerarquía, la duración, la velocidad, la periodicidad, las implicaciones, el nivel de ansiedad y la prevención de los posibles ataques de pánico.

También se destacan en la exposición en vivo dos aspectos fundamentales que describe, Bados (2011), como son, la participación gradual del terapeuta que fue empoderando al adolescente para el afrontamiento del MHP, al igual, que el fomento de la relación terapéutica, donde se resalta, la cordialidad, la empatía, la acogida y alentando la independencia, que favorecieron en el adolescente la exposición en vivo.

El segundo objetivo, fue exponer los factores relacionados con la alianza y la relación terapéutica para el tratamiento del MHP en un adolescente.

En cuanto, a la alianza terapéutica, en el caso sobresalen: en primer lugar, el fomento de las conductas prosociales en el espacio terapéutico (Piñeros et al., 2022), como son, la autenticidad y la empatía (Capera y Castaño, 2020); Kaiser y Martínez , 2021), la aceptación incondicional (Kaiser y Martínez , 2021) y la escucha activa (Capera y Castaño, 2020), ya que en la psicoterapia se fomentó, entre otros aspectos, la cooperación, el intercambio, el trabajo mancomunado, acciones empáticas hacia las demás personas.

En segundo lugar, se encuentran, la actitud equilibrada (Bedoya y Ochoa, 2019), ya que con esta actitud el psicoterapeuta contribuyó para que MAC tuviera mayor seguridad y confianza en sí mismo, ya que como afirma Sotelo (2018), la alianza terapéutica bien aplicada, favorece que el consultante pueda expresar con tranquilidad y confianza sus sentimientos y situaciones.

En cuanto a la relación terapéutica sobresalen: en primer lugar, los presentados por Ocampo et al. (2022), como son, el rapport, el vínculo y el apego (2022); en segundo lugar la empatía, que para muchos investigadores es fundamental (Ocampo et al., 2022; Rodríguez y Echeverri, 2022; Bados, 2011), como lo fue para esta investigación, ya que generó un espacio propicio para que el adolescente pudiera expresar con confianza su mundo interior; en cuarto lugar, la calidez (Rodríguez y Echeverry, 2022) y la protección afectiva y de confianza (Fernández et al., 2016), ya que para el psicoterapeuta, la cordialidad y el afecto, fueron fundamentales para crear un espacio empático y seguro que permitiera al adolescente trabajar el MHP.

Todo esto unido, a las competencias que debe tener el psicoterapeuta en el fomento del empirismo colaborativo, identificadas en el estudio de caso, como son: la confianza básica, el rapport, la colaboración terapéutica (Kaiser y Martínez, 2021); la promoción del papel activo del consultante y el énfasis en la observancia de los objetivos terapéuticos (Gonzáles, et al., 2021). Competencias que fueron observadas en el psicoterapeuta, donde éste resaltó el papel activo del consultante, para que éste pudiera empoderarse del tratamiento.

El tercer objetivo, fue, identificar los aspectos familiares que pudieron influir en el caso del MHP que presenta el adolescente.

Este objetivo se consideró crucial, por el contexto familiar del adolescente, en elementos como: en primer lugar, el estilo de crianza del adolescente, caracterizado por la sobreprotección y la dificultad para la expresión de sentimientos o emociones, como posible predisponente de la dificultad para hablar en público. Elemento que condujo, a que el psicoterapeuta utilizara estrategias interventivas familiares, que promoviera la cooperación de la familia en el proceso y

la generación de cambios en la dinámica familiar que favoreciera el tratamiento. Por tanto esta situación puede llevar a una posible pregunta investigativa: ¿Puede existir una relación entre el estilo de crianza y el MHP?

En segundo lugar, cuando generalmente muchos adolescentes en esta etapa se alejan del núcleo familiar y se acercan a sus pares, en busca de independencia e identidad, el adolescente del caso, se une a su madre y se aparta un poco de sus coetáneos.

En tercer lugar, cuando se observa que dos hermanos mayores, al igual que el adolescente, han tenido dificultades en cuanto a las habilidades sociales. Situación que puede propiciar otra pregunta que se considera crucial realizar: ¿El MHP puede ser también aprendido?

Entre las limitaciones que más se destacan de la presente investigación se encuentran: la dificultad para obtener explicaciones generales propias de un estudio de caso único; el tamaño y estructura de la muestra; y, los posibles obstáculos en las relaciones entre objeto investigado y sujeto investigador.

En la investigación sobresalen las siguientes consideraciones éticas: se aplicó adecuadamente el consentimiento informado para fines investigativos al consultante y a su acudiente; y, se le garantizó al participante en la investigación la reserva total de la información realizada.

Conclusiones y recomendaciones

Se considera que este estudio de caso, ha brindado elementos significativos en torno a la comprensión y la TCC con adolescentes como son:

La necesidad del desarrollo y la potencialización de las habilidades personales y profesionales del psicoterapeuta, que respondan al establecimiento y a la construcción adecuada de la alianza terapéutica y la relación terapéutica para que éstas contribuyan al bienestar del adolescente y a la eliminación o reducción del problema.

La importancia del fomento de la alianza terapéutica y de la relación terapéutica en todo el proceso psicoterapéutico, que garantice la creación de un escenario empático donde el adolescente pueda expresar su mundo interior y pueda desarrollar las habilidades sociales pertinentes para vencer el MHP.

Entre las habilidades que debe tener el psicoterapeuta cognitivo-conductual para la construcción de la alianza terapéutica y de la relación terapéutica se destacan, entre otras: el rapport, la escucha activa, la comprensión empática y la aceptación incondicional del consultante.

Entre las habilidades profesionales que debe tener el psicoterapeuta cognitivo-conductual para la intervención del MHP en adolescentes, se encuentran : la aplicación asertiva de las técnicas de evaluación (entrevista, autoinformes, pruebas, etc.), y de las técnicas para el tratamiento como son, la psicoeducación y la exposición en vivo, para que la TCC conductual sea eficaz.

Se considera crucial el trabajo que se debe realizar con la familia para el tratamiento del MHP en adolescentes y la necesidad de utilizar las estrategias más adecuadas que garanticen la cooperación de la misma en el proceso psicoterapéutico.

Finalmente, teniendo en cuenta lo expuesto en este estudio de caso, se comparten las siguientes recomendaciones:

La realización de más investigaciones donde se pueda continuar analizando las habilidades profesionales y las actitudes necesarias que deben tener los psicoterapeutas cognitivo-conductuales para el tratamiento del MHP con adolescentes.

La realización de nuevas investigaciones en torno a los aspectos familiares, principalmente relacionados con los estilos de crianza que puedan influir en el MHP en adolescentes.

La realización de más investigaciones sobre la posible relación existente entre la carencia de las habilidades sociales de los adolescentes y el MHP.

Referencias

- Agirre, A., Mendiguren, T., y Iturregui, L. (2015). La superación del miedo escénico en el aula de locución informativa. *Opción*, 31(5), 15-32.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31045570002>
- Bados, A. (2008). *Miedo a hablar en público*. Universidad de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6323/1/MHP.pdf>
- Bados, A., y García, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Universitat de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Becerra, M. T. (2017). La habilidad de hablar en público. Una experiencia formativa con estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20(3), 117-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=217052050009>
- Bedoya, D. M., y Ochoa, P. P. (2019). *La alianza terapéutica como predictor de resultado en psicoterapia en una adolescente con problemas parentales: reporte de caso clínico*. Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/5561>
- Capera, K. L., y Castaño, D. C. (2020). *Habilidades para promover la relación terapéutica en la intervención de niños, niñas y adolescentes con depresión*. Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/6881>
- Cárdenas, G. B., Quero, S., de la Rosa, A., y Baños, R. M. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 45-54. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229006>

Díaz, L. (2011). *Indagación*. UNAM.

https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Indagacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf

Emma Rodero Antón, O. L. (2022). Realidad virtual con distractores para superar el miedo a hablar en público en universitarios. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación* (72), 87-99. <https://doi.org/10.3916/C72-2022-07>

Escriche, E. (19 de abril de 2017). *Universitat Oberta de Catalunya*. Un 75% de la población sufre de ansiedad o nerviosismo a la hora de hablar en público.

<https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2017/091-hablar-publico.html>

Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., y Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de Investigaciones*, 21, 23-30.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994002>

Fernández-González, O. M., Herrera Salinas, P., y Escobar Martínez, M. J. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias*, 14(1), 559-575. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14138300814>

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

González, J., Vélez, J., y Rojas, A. M. (2021). *Alianza terapéutica: Un apoyo en la adherencia al tratamiento y al cumplimiento de los objetivos de intervención con niñas, niños y adolescentes*. Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/8247>

- Kaholokula, J., Godoy, W., Haynes, S., Gabino, S. (2013) Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, Volumen 24, Pages 117-127. Colegio oficial de psicólogos de Madrid.
- Kaiser, A. M., y Martínez, M. C. (2021). *Competencias del terapeuta cognitivo conductual que promueven el empirismo colaborativo en el marco de la alianza terapéutica con adolescentes*. Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/8243>
- Maciá-Antón, D., y García-López, L. J. (1995). Fobia social: tratamiento en grupo del miedo a hablar en público de cuatro sujetos mediante un diseño n=1. *Anales de Psicología*, 11(2), 153-163. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/30001>
- Martínez, A. (2018). *Intervención en un caso de fobia a hablar en público*. Universidad de Jaén. <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/14060>
- Mattioli, G. (2020). ¿Psicoterapias perjudiciales? Comencemos por las malas prácticas. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 196-204. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2947>
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., e Hidalgo, M. D. (1999). Propiedades psicométricas del cuestionario de confianza para hablar en público: estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11(1), 65-74. <https://www.psicothema.com/pii?pii=231>
- Ocampo, M. L., Flórez, D. A., y Castaño, D. C. (2022). *Representación Social del Diagnóstico y su Influencia en la Relación Terapéutica con NNA desde el Tratamiento Cognitivo Conductual*. Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/12257>
- Perpiñá, C. (2014). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide.

- Piñeros, M. C., Morales, Z. J., y Martínez, M. C. (2022). *Identificar la relación entre la Terapia Cognitivo Conductual y la Alianza de Conductas Prosociales en población adolescente*. Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/12241>
- Rodero, E., y Larrea, O. (2022). Realidad virtual con distractores para superar el miedo a hablar en público en universitarios. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, 30(72), 87-99. <https://doi.org/10.3916/C72-2022-07>
- Rodríguez, P. A., y Echeverri, D. M. (2022). *La relación terapéutica y su importancia en la atención de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada que presentan dificultades en las estrategias de afrontamiento*. Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/12218>
- Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. *Universidad Pontificia Bolivariana*, 10(2), 131-156. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06>
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Tifner, S., Orejudo-Hernández, S., Arias, C., y De Bortoli, M. A. (2016). Miedo a hablar en público en estudiantes universitarios y variables pedagógicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 8, 160-161. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7434186>
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2014). *Terapia de esquemas: guía práctica*. Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/ereader/univucn/115895>