



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL EN UN ADOLESCENTE VARÓN

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autor

Morales Mautino, Geraldine Brigitte

Asesor

Del Rosario Pacherres, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado

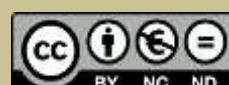
Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Altamirano Carrasco, Sussety

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL EN UN ADOLESCENTE VARÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

- | | | |
|---|---|------------|
| 1 | hdl.handle.net
Fuente de Internet | 8% |
| 2 | www.mentesabiertaspsicologia.com
Fuente de Internet | 1 % |
| 3 | prezi.com
Fuente de Internet | 1 % |
| 4 | 1library.co
Fuente de Internet | 1 % |
| 5 | Submitted to Universidad Católica de Santa María
Trabajo del estudiante | 1 % |
| 6 | alicia.concytec.gob.pe
Fuente de Internet | 1 % |
| 7 | www.clubensayos.com
Fuente de Internet | 1 % |
| 8 | Submitted to Unviersidad de Granada
Trabajo del estudiante | 1 % |



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL EN UN ADOLESCENTE VARÓN

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Morales Mautino, Geraldine Brigitte

Asesor:

Del Rosario Pacherres, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente

Altamirano Carrasco, Sussety

Lima- Perú

2024

Dedicatoria

A mi madre y hermana por su amor y
apoyo incondicional.

Agradecimientos

A la plana docente de la Universidad Federico Villarreal, por el profesionalismo y compromiso al impartir su conocimiento durante el desarrollo de la especialidad.

A mi familia, por el respaldo brindado, mi eterna admiración y agradecimiento.

Índice

Resumen	viii
Abstrac	ix
I. Introducción	10
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. Antecedentes Nacionales	13
1.2.2. Antecedentes Internacionales	16
1.2.3. Fundamentación Teórica	18
1.3. Objetivos	22
1.4. Justificación	23
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	24
II. Metodología	25
2.1. Tipo y diseño de Investigación	25
2.2. Ámbito temporal	25
2.3. Variables de investigación	25

2.4.	Participante	26
2.5.	Técnicas e instrumentos	26
2.5.1.	Técnicas	26
2.5.2.	Instrumentos	27
2.5.3.	Evaluación psicológica	29
2.5.4.	Evaluación psicométrica	40
2.5.5.	Informe Psicológico integrado	50
2.6.	Intervención	54
2.6.1.	Plan de intervención y calendarización	54
2.6.2.	Programa de intervención	55
2.6.3.	Procedimiento	60
2.7.	Consideraciones éticas	61
III.	Resultados	63
3.1.	Análisis de los resultados	63
3.2.	Discusión de resultados	67
3.3.	Seguimiento	71
IV.	Conclusiones	73

V.	Recomendaciones	75
VI.	Referencias	76
VII.	Anexos	78

Índice de Tablas

Nº	Titulo	Pág.
Tabla 1	Diagnóstico Funcional	36
Tabla 2	Análisis Funcional	37
Tabla 3	Análisis cognitivo	38
Tabla 4	Diagnóstico tradicional DSM V - R	39
Tabla 5	Lista de Chequeo: Registro semanal de frecuencia de conductas problema	40
Tabla 6	Lista de Chequeo: Registro semanal de Pensamientos Automáticos	40
Tabla 7	Lista de Chequeo: Registro semanal de Emociones	41
Tabla 8	Lista de Chequeo: Registro semanal de Activación fisiológica	41
Tabla 9	Plan de Intervención y Calendarización	54
Tabla 10	Sesión 1, 2 y 3	55
Tabla 11	Sesión 4	55
Tabla 12	Sesión 5	56
Tabla 13	Sesión 6	56
Tabla 14	Sesión 7	57
Tabla 15	Sesión 8	58
Tabla 16	Sesión 9, 10, 11	58
Tabla 17	Sesión 12, 13	59
Tabla 18	Sesión 14, 15	59
Tabla 19	Sesión 16, 17	60
Tabla 20	Sesión 18, 19	60

Índice de Figuras

Nº	Titulo	Pág.
Figura 1	Frecuencia de conductas semanal	63
Figura 2	Frecuencia de pensamientos automáticos semanal	64
Figura 3	Intensidad de emociones	65
Figura 4	Activación fisiológica	65
Figura 5	Inventario de ansiedad de Beck	66
Figura 6	Escala de ansiedad de Liebowitz	67

Resumen

El presente estudio de caso de intervención cognitivo conductual se llevó a cabo en un adolescente varón de 17 años con ansiedad social. Se efectuó en 19 sesiones: 3 sesiones de evaluación, 12 sesiones de intervención, 2 sesiones de seguimiento y 2 sesiones de prevención de recaídas, cada sesión tuvo una duración de 45 a 60 minutos. A través de la entrevista, observación de conducta, fichas de autorregistro, se elaboró la historia clínica psicológica, también se aplicaron el registro de opiniones Forma A. (REGOPINA), cuestionario de esquemas desadaptativos de Young, escala de Ansiedad Social de Liebowitz, inventario de Ansiedad de Beck, inventario Eysenck de Personalidad EPI – Forma B Adultos. Durante el plan de intervención se utilizaron técnicas de psicoeducación, relajación, modelado, autoinstrucciones, desensibilización sistemática, restructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados: mostraron la disminución de síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad social, confirmando la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos de ansiedad social.

Palabras clave: adolescente, terapia cognitivo conductual, ansiedad social.

Abstract

The present cognitive behavioral intervention case study was conducted in a 17-year-old male adolescent with social anxiety. The intervention was carried out in 19 sessions: 3 assessment sessions, 12 intervention sessions, 2 follow-up sessions and 2 relapse prevention sessions, each session lasted 45 to 60 minutes. Through the interview, behavioral observation, self-record forms, the psychological clinical history was prepared, and the Opinion Record Form A (REGOPINA), the Young Maladaptive Schema Questionnaire, the Liebowitz Social Anxiety Scale, the Beck Anxiety Inventory, and the Eysenck Personality Inventory EPI – Form B Adults were also applied. During the intervention plan, psychoeducation, relaxation, modeling, self-instructions, systematic desensitization, cognitive restructuring and social skills training techniques were used. The results of the treatment showed a decrease in physiological, cognitive, emotional and behavioral symptoms of social anxiety, confirming the effectiveness of cognitive behavioral therapy in cases of social anxiety.

Keywords: adolescent, cognitive behavioral therapy, social anxiety.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad social es una problemática de salud mental, que afecta diversas áreas de la vida de quien la sufre, se relaciona con miedo a la evaluación negativa por parte de los demás, lo que puede conducir a sentimientos de vergüenza y humillación. Ruiz et al. (2012) refiere que la terapia cognitiva conductual se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente, con procedimientos de la experiencia clínica, como la reestructuración cognitiva, la relajación, técnicas paradójicas, etc. La prevalencia de casos, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) durante el primer año de la pandemia por COVID-19, se incrementó en un 25% el predominio mundial de la depresión y la ansiedad. El Ministerio de Salud (MINSA, 2023) refiere que, entre los meses de enero y setiembre del 2023, diversos establecimientos del MINSA atendieron 343 897 casos de ansiedad.

Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad social en un adolescente varón a través de un programa cognitivo conductual. Así mismo, cuenta con los siguientes objetivos específicos: Disminuir los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad social mediante la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson. Disminuir las conductas motoras de evitación a través de la jerarquización de ítems y el entrenamiento en desensibilización sistemática. Modificar los pensamientos distorsionados asociados a la ansiedad social mediante la técnica debate socrático y de reestructuración cognitiva. Incrementar conductas de interacción social mediante la técnica de modelado y activación conductual. Instaurar habilidades sociales como la comunicación assertiva y la toma de decisiones a través de técnicas de psicoeducación y la técnica de resolución de problemas.

El tipo de la presente investigación es de tipo aplicada y es de diseño experimental (preexperimental), puesto que se desarrolló una investigación de caso único, al haberse manipulado una variable, utilizando el modelo A – B. Para ello se emplearon diversas técnicas

e instrumentos de evaluación, tales como el autorregistro de conductas, observación psicológica, entrevista psicológica, registro de opiniones. Forma A. (REGOPINA), cuestionario de Esquemas desadaptativos de Young, escala de Ansiedad Social de Liebowitz, inventario de Ansiedad de Beck (BAI), test de personalidad de Eysenck Forma B. El proceso terapéutico se llevó a cabo en 19 sesiones de entre 45 a 60 minutos cada una, tres sesiones fueron asignadas a la evaluación, la intervención fue abordada en doce sesiones, empleando técnicas como la psicoeducación, respiración profunda, relajación muscular progresiva de Jacobson, jerarquización de ítems, desensibilización sistemática, debate socrático, reestructuración cognitiva, modelado, autoinstrucciones, solución de problemas, reforzamiento positivo; las sesiones de prevención de recaídas fueron realizadas en dos sesiones con una duración de una hora cada una, el seguimiento se llevó a cabo en dos sesiones de una hora de duración.

En los resultados obtenidos, se logró observar una disminución significativa en la frecuencia de las conductas motoras y de los pensamientos automáticos, en la intensidad de las emociones y de la activación fisiológica relacionada a la ansiedad, así como, en el nivel de ansiedad, en la dimensión miedo o ansiedad y evitación.

El estudio de caso se estructuró de la siguiente forma: en el apartado 1 se exponen los antecedentes y fundamentos teóricos que respaldan el enfoque utilizado, los objetivos abordados, la justificación y los impactos esperados del trabajo. El apartado 2 aborda la metodología, el tipo de investigación, el ámbito temporal y espacial, las variables de investigación, el participante, las técnicas e instrumentos, la evaluación psicológica y psicométrica, intervención, el procedimiento y las consideraciones éticas. El apartado 3 muestra el análisis, discusión de los resultados, seguimiento. El apartado 4 expone las conclusiones, el apartado 5 expone las recomendaciones para el mantenimiento de las

conductas y en el apartado 6 se presentan las referencias que respaldan metodológica y teóricamente la investigación. En el apartado 6 se muestran los anexos.

1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) estima que un 4% de la población actualmente sufre un trastorno de ansiedad. En el año 2019, 301 millones de individuos en el mundo presentaban el trastorno ya mencionado, convirtiéndolo en uno de los más frecuentes de todos los trastornos mentales. Sin embargo, solo una de cada cuatro personas recibe el tratamiento necesario (27,6%). Uno de los impedimentos que obstaculizan la atención son la falta de conciencia de que la ansiedad se puede tratar, el estigma social, el escaso presupuesto en los servicios de salud mental, la escasez de personal capacitado para la atención de salud.

Así mismo, la OMS nos menciona que, alrededor del mundo, una de cada siete personas de 10 a 19 años, sufre algún tipo de trastorno mental, que representa el 13% de las causas de morbilidad a nivel mundial en ese grupo de edad. La ansiedad, la depresión y los trastornos del comportamiento son de las principales causas de discapacidad y enfermedad entre los adolescentes. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. No tratar los trastornos de salud mental presentes en los adolescentes tiene consecuencias que se dilatan a la etapa adulta, afectan la salud mental y física del individuo y limitan sus oportunidades de tener una vida plena en el futuro. aproximadamente el 3,6% de los adolescentes de entre 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años sufre un trastorno de ansiedad.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2023) menciona que, al inicio de la pandemia, la cantidad de personas que reportó síntomas de depresión y ansiedad se incrementó en todos los países de la OCDE y llegó a duplicarse en algunos de ellos. Durante el transcurso de la pandemia, la salud mental de la población empeoró

durante los períodos en los que las tasas de infección y mortalidad eran altas o cuando se aplicaban medidas estrictas como la contención.

En algunos países se observó un incremento significativo de la ideación suicida, principalmente entre la población joven. Siendo los índices de mortalidad por suicidio, tres veces más elevadas para los hombres que para las mujeres. Por ello, refiere que el acceso asequible y oportuno a atención sanitaria de buena calidad es de suma importancia social y económica, porque permite la plena participación de las personas, promoviendo la productividad de los trabajadores.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) refiere que durante el primer año de la pandemia por COVID-19, se incrementó en un 25% el predominio mundial de la depresión y la ansiedad. La pandemia turbó severamente la forma en que las personas aprenden, trabajan y viven, promovió un incremento significativo de malestar psicológico.

En lo concerniente a nuestro país, la Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU, 2023) nos informa que el 32.3 % de jóvenes entre los 15 a 29 años, mostraron algún problema emocional o de salud mental en el último año, son las mujeres jóvenes las que enfrentan más problemas de salud mental (30.2 %), en colación con los hombres (22.9 %).

El Ministerio de Salud (MINSA, 2023) refiere que, entre los meses de enero y setiembre del 2023, diversos establecimientos del MINSA atendieron 1 333 930 casos por problemas psicosociales y trastornos de salud mental, siendo una de las patologías más recurrentes la ansiedad, con 343 897 casos atendidos.

1.2. Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Pesantes (2022) llevó a cabo un caso psicológico de intervención cognitivo conductual en un hombre de 32 años con ansiedad social. Con el objetivo de evidenciar la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual en ese paciente. Con el modelo experimental

de caso único multicondicionado ABA. Se utilizaron los siguientes instrumentos: listas de chequeo de conductas, lista de chequeo de distorsiones cognitivas, inventario de pensamientos automáticos de Beck, registro de Opiniones de Ellis Forma A (Adaptado), cuestionario de personalidad de Eysenck, Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Esquematizó una intervención Cognitivo conductual, con un total de 12 sesiones, con una duración de una hora y con la frecuencia de una vez por semana, incluyendo las siguientes técnicas: psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, modelado, análisis de beneficio coste, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y solución de problemas. Los efectos mostraron una participación social voluntaria por parte del usuario, siendo satisfactoria y efectiva durante situaciones sociales, disminuyendo las respuestas de evitación, también los niveles de ansiedad social, exponiendo la eficacia del tratamiento sugerido.

Linares (2022) en su tesis sobre un caso psicológico: intervención cognitivo conductual en ansiedad generalizada en un adolescente, con el objetivo de reducir el nivel de ansiedad en un adolescente varón de 13 años de edad por medio de la Terapia Cognitivo Conductual. Con un diseño de investigación experimental, de caso único ABA. Las pruebas que se usaron fueron: el Registro de Opiniones - forma A de Ellis, inventario de ansiedad de Beck (BAI) y la Lista de cotejo de la ansiedad generalizada (DSM-V). Se emplearon técnicas de Psicoeducación, Respiración abdominal, Relajación muscular de Jacobson, Columnas paralelas, Reestructuración cognitiva de Ellis, y Exposición con prevención de respuesta. Al finalizar la intervención, se evidenció la disminución en el nivel de ansiedad, de un nivel grave de ansiedad a un nivel mínimo de ansiedad; así como la mengua de irritabilidad y cólera, también de las ideas irrationales.

Zapata (2020) en su tesis sobre la intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado, con el objetivo de reducir los

niveles de ansiedad en adolescentes entre 13 y 15 años que asisten a un centro terapéutico privado. La prueba usada fue: inventario de ansiedad de Beck. En la intervención participaron cinco adolescentes de 13 a 15 años, con un total de 14 sesiones. Abordándose síntomas fisiológicos, conductas disfuncionales y distorsiones cognitivas. Se demostró la eficacia del tratamiento, con la disminución de los niveles de ansiedad, así como en los índices de malestar subjetivo (SUDS).

Mendoza (2020) en su estudio de caso referente a terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente de 15 años de edad con trastorno de ansiedad social, presente desde los 12 años, por ello desarrollo la historia clínico psicológica para lograr exponer la conducta de la paciente en relación del análisis funcional de la conducta problema, así mismo, se aplicaron las siguientes pruebas para el recojo de datos: inventario de ansiedad de Beck, escala de habilidades sociales, escala de autoestima de Coopersmith – SEI, . También se elaboró el diagnóstico funcional, para describir la conducta en exceso, por medio del entrenamiento en relajación progresiva, exposición graduada y reestructuración cognitiva; en base a la evaluación pre y post tratamiento y las sesiones de seguimiento, se observó mayor contacto social y logra incluirse en su grupo de pares, se incrementó su nivel de autoeficacia, disminución en la ansiedad, incremento de sus habilidades sociales y autoestima, evidenciando la eficacia del tratamiento.

Zegarra (2019) en su estudio de un caso clínico, puntualiza los detalles del tratamiento y evolución en un trastorno de ansiedad generalizada, en una paciente de 20 años, por medio del enfoque de terapia cognitiva conductual. La información fue examinada por recopilación de datos, las pruebas usadas fueron el inventario de ansiedad (STAI), inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck y el inventario de personalidad de Eysenck, test de personalidad de Millon. En el programa de intervención se aplicaron técnicas de entrenamiento en relajación y respiración, auto instrucciones, interrupción del pensamiento, visualización,

técnica de tres columnas, la restructuración cognitiva, de biofeedback y actividades para casa. Este tratamiento mostró utilidad, al disminuir la sintomatología fisiológica y la reestructuración de pensamientos irracionales, evidenciados en los registros semanales que elaboró el paciente en la intervención.

1.2.2 *Antecedentes Internacionales*

Domínguez (2023) en su Intervención psicológica en un caso de ansiedad social mediante aplicaciones de la Terapia Cognitiva Conductual, realizado en México, con el objetivo de diseñar y aplicar un proceso terapéutico en terapia cognitivo conductual para el tratamiento de Ansiedad Social, que ayude a reducir significativamente la intensidad y frecuencia de la ansiedad mediante la psicoeducación de estrategias de afrontamiento y herramientas que ayudaran a mejorar sus habilidades sociales. Las pruebas utilizadas para la recogida de datos fueron: escala de ansiedad social de Liebowitz, inventario de ansiedad de Beck, autorregistro de cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas, autorregistro de intensidad, duración y frecuencia. El tratamiento mostró resultados eficaces, dándole mayor autosuficiencia para enfrentarse a situaciones sociales, formas adecuadas de comunicarse asertivamente, disminuyendo así los niveles de ansiedad que percibía ante situaciones sociales.

Gómez (2023) en la tesis sobre la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social, entre los 18 a 35 años, con el objetivo de demostrar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social. Haciendo uso de las siguientes pruebas: inventario de ansiedad y fobia social SPAI, inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. Los resultados indicaron la mejoría en la sintomatología con este tipo de intervenciones, sin embargo, se recomienda realizar la investigación en una muestra mayor.

Reguera (2021) presentó un estudio de caso en España, bajo el título Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad social en un estudiante universitario de 21 años que asiste a consulta describiendo dificultades de inseguridad e interacción social. Esta conducta se mantenía por la evitación de situaciones sociales, primariamente con extraños, llegando a fomentar la inseguridad en sí mismo. Muestra pensamientos negativos automáticos evaluativos y síntomas fisiológicos característicos de la ansiedad. Enfrenta las situaciones con dificultad, autovaloración negativa y presencia de rumiaciones. El objetivo del tratamiento es que con la terapia cognitivo conductual, espera mejorar sus interacciones sociales disminuyendo la ansiedad social, mejorar la asertividad y las habilidades sociales del usuario, así como incrementar la seguridad en sí mismo. Se utilizó una entrevista semiestructurada y los siguientes instrumentos: SCL-90, NEO-FII, CORE-OM y STAI. El modelo de intervención consideró técnicas de psicoeducación sobre el diagnóstico, reestructuración cognitiva para los pensamientos automáticos de evaluación negativa, entrenamiento en habilidades sociales, ensayo conductual y exposición a situaciones sociales. Los efectos conseguidos en el pre y post tratamiento exponen una disminución de la ansiedad (estado-rasgo) y en la sintomatología clínica, así como el incremento del bienestar y funcionamiento general. Luego de la terapia se evidenció una disminución de los componentes relacionados con la ansiedad social y el malestar, así como, un incremento de autoconfianza y de las relaciones sociales.

Martínez et al. (2019) en su estudio de caso clínico de una mujer de 22 años con diagnóstico de Fobia Social en Madrid – España, durante el motivo de consulta se identificó un cuadro de ansiedad elevada frente a situaciones sociales, presentando un miedo intenso a la valoración negativa de los demás. Utilizaron un diseño empírico de caso A-B-A. y los siguientes instrumentos: Entrevista conductual de Fernández-Ballesteros, cuestionario de salud general de Goldberg (CGHQ), la escala breve de fobia social y el inventario de 90 indicios inspeccionados (SCL-90R). El modelo de intervención constó de 16 sesiones, llegándose a

aplicar 14 sesiones, se utilizaron las técnicas: la psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y exposición. Los efectos obtenidos fueron una disminución en todas las dimensiones de CGHQ, en las dimensiones de ansiedad en el SCL-90-R y en la escala breve de Fobia Social (puntuación de 48 a 26). Determinándose tras la evaluación post tratamiento, un progreso próspero tanto en sintomatología como en la fobia social.

Pabuena (2019) en su tesis evaluación e intervención de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual, cuyo objetivo fue reducir la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada en un paciente adulto de la ciudad de Bucaramanga, a través de técnicas cognitivas conductuales. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron: la entrevista semiestructurada, observación conductual, autorregistros, inventario clínico multiaxial de Millon III, inventario de ansiedad rasgo IDARE. El proceso de intervención estuvo compuesto por 10 sesiones de 40 a 60 minutos, haciendo uso de técnicas de psicoeducación, respiración y relajación muscular progresiva, exposición en imaginación y realidad, desestructuración de creencias irracionales y distorsiones cognitivas y entrenamiento en solución de problemas. Los resultados obtenidos demostraron el logro del objetivo planteado, disminuyendo la sintomatología ansiosa, la reducción en rasgo y estado de ansiedad.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Modelos explicativos

a. ***La Teoría Bifactorial de Mowrer (1960)*** es una explicación clásica para la adquisición y mantenimiento de la fobia social. La fobia social se desarrolla a través de dos procesos principales: la adquisición de la fobia social por condicionamiento clásico, el proceso comienza con la asociación entre un estímulo neutro (por ejemplo, situaciones sociales) y una experiencia aversiva (el estímulo incondicionado), como una experiencia embarazosa, crítica negativa, o ansiedad intensa, esta asociación crea un condicionamiento clásico, donde el

estímulo neutro se convierte en un estímulo condicionado (el objeto fóbico). posteriormente, el estímulo condicionado (situaciones sociales) provoca ansiedad condicionada en el individuo. Y el mantenimiento de la fobia social por condicionamiento operante, una vez que se ha adquirido la fobia, el individuo tiende a evitar las situaciones que provocan ansiedad (evitación), la evitación tiene un efecto reforzador negativo, ya que al evitar las situaciones fóbicas, el individuo experimenta una reducción temporal de la ansiedad, este refuerzo negativo aumenta la probabilidad de que el individuo vuelva a evitar las situaciones sociales en el futuro, manteniendo así el ciclo de la fobia.

b. **Teoría De Clark y Wells. (Clark, 2001)** ofrece una explicación detallada de cómo las personas con este trastorno experimentan y procesan las situaciones sociales temidas. El procesamiento en la situación social: Respecto a sus experiencias tempranas, estas se desarrollan creencias disfuncionales relacionadas a normas excesivamente altas de actuación social: las personas con fobia social tienen expectativas irrealmente altas sobre cómo deberían comportarse socialmente, como siempre ser hábiles y nunca mostrar ansiedad. Creencias condicionales: estas son creencias sobre las consecuencias negativas de sus acciones sociales, como pensar que cometer un error llevará a ser juzgado negativamente. Creencias negativas incondicionales: son evaluaciones negativas de uno mismo, como creer que no es lo suficientemente hábil o interesante. Las creencias disfuncionales hacen que las situaciones sociales sean percibidas como peligrosas y anticipen un fracaso en la actuación social, provocando ansiedad significativa. Llevando a círculos viciosos, sobre el procesamiento de sí mismo como objeto social: las personas con fobia social se enfocan en observarse y monitorearse a sí mismas de manera excesiva, preocupadas por ser evaluadas negativamente por otros. Conductas de seguridad: adoptan comportamientos para evitar el escrutinio, como mantener los brazos juntos para ocultar el sudor, lo cual refuerza la atención en sí mismos y perpetúa la imagen negativa de sí mismos. Síntomas fisiológicos y cognitivos: son

hipervigilantes hacia los signos de ansiedad, interpretándolos como indicativos de fracaso social, lo que aumenta la ansiedad y perpetúa el ciclo. Por lo que, al procesar las señales sociales, atienden y recuerdan selectivamente las respuestas de los demás que interpretan como desaprobación, incluso si las señales son ambiguas, como la falta de contacto visual en una audiencia.

El procesamiento antes y después de la situación social: Antes de ingresar a una situación social temida, se presenta rumia y anticipación negativa: Las personas con fobia social tienden a revisar mentalmente todos los posibles escenarios negativos y preocuparse por sus actuaciones pasadas y futuras. También hay preocupación por el rendimiento: imaginan de manera negativa cómo será su desempeño y anticipan el rechazo de los demás, lo que aumenta la ansiedad antes de la situación. Después de la situación social, hay rumia post-evento: tienden a revisar la interacción social de manera negativa, enfocándose en los aspectos que confirman sus creencias negativas sobre sí mismos. Así como, confirmación de creencias negativas: la experiencia negativa se suma a una lista de fracasos previos, reforzando la creencia de inadecuación social.

c. **Teoría de Olivares y Caballo (2003)** el modelo propone tres fases, la primera es la fase de inicio: la fobia social se origina debido a la asociación entre un contexto social negativo y variables orgánicas del individuo, como el contexto social negativo, este puede ser influenciado por modelos significativos (como figuras de autoridad o familiares) que muestran aversión o dificultades en situaciones sociales no familiares. Las variables orgánicas, que incluyen factores biológicos, de personalidad, respuestas de escape y experiencias previas de timidez, que predisponen al individuo a asociar situaciones sociales con respuestas temerosas o de ansiedad. La asociación disfuncional, que forma una relación desadaptativa entre la situación social y las respuestas del individuo, percibidas con temor excesivo. Esto refuerza la preocupación anticipatoria del sujeto sobre la ocurrencia de tales estados.

La fase de desarrollo: son importantes aspectos como la incertidumbre y falta de retroalimentación, donde el individuo experimenta dudas acerca de sus propias reacciones y las percepciones de los demás sobre él. Las normas sociales y expectativas, donde hay una percepción de no cumplir con las normas sociales adecuadamente, lo que intensifica la preocupación y la ansiedad en situaciones sociales. Estado de Máxima Alerta, donde el individuo se encuentra constantemente en un estado de alerta máximo cuando está o anticipa estar en situaciones sociales, debido a la preocupación excesiva sobre su desempeño y las consecuencias sociales.

Durante la fase de mantenimiento: la fobia social se consolida y se perpetúa, resultando en: evitación y aislamiento social, llevando al individuo a desarrollar estrategias de evitación para evitar situaciones sociales que percibe como amenazantes, lo que conduce al aislamiento social. La reafirmación de pensamientos negativos, la evitación perpetúa la percepción errónea de confirmación de pensamientos negativos sobre uno mismo y las situaciones sociales. El ciclo de retroalimentación, el proceso se retroalimenta a sí mismo, consolidándose y generalizándose con el tiempo. Cuanto más se evitan las situaciones sociales, más intensa se vuelve la fobia y más se deterioran las habilidades sociales.

Teorías cognitivas

Según Clark y Beck (2010), refieren que la manera en que pensamos influye directamente en la manera en que nos sentimos emocionalmente. Por lo tanto, si cambiamos nuestra forma de pensar, también podemos cambiar nuestra manera de sentir. Este enfoque se conoce como la terapia cognitiva, por ello es un tratamiento psicológico estructurado y sistemático que enseña a las personas a identificar y modificar los pensamientos, creencias y actitudes que contribuyen a estados emocionales negativos como la ansiedad o la depresión. A través de técnicas específicas, los individuos aprenden a examinar críticamente sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, y a reemplazarlos con pensamientos más

realistas y adaptativos. La idea básica de la terapia cognitiva es que la manera como pensamos influye en la manera como sentimos, por lo que el cambiar nuestra manera de pensar puede cambiar también nuestra manera de sentir.

Beck et al., (2012) refieren que la terapia cognitiva, utiliza estrategias cognitivas y conductuales para abordar creencias y pensamientos disfuncionales, con el objetivo de identificar y poner a prueba falsas creencias y supuestos desadaptativos del paciente, lo que incluye métodos de control de pensamientos automáticos, la evaluación de la relación entre cognición, afecto y conducta, y el reemplazo de cogniciones distorsionadas por interpretaciones más realistas. Así mismo, proponen principios básicos para el modelo cognitivo de la ansiedad:

La ansiedad se caracteriza por una percepción exagerada de la amenaza, evaluación imprecisa de los propios recursos para afrontar la amenaza (sentimiento de indefensión), procesamiento inhibido de la información relacionada con la seguridad que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido, dificultad para el pensamiento constructivo y reflexivo durante la ansiedad, involucra procesos cognitivos automáticos y estratégicos volviendo incontrolable e involuntaria de la ansiedad, atención centrada en sí mismo puede intensificar la angustia en un ciclo auto-perpetuante, valoraciones cognitivas primarias y secundarias en la interpretación de amenazas (vulnerabilidad cognitiva).

1.2. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad social en un adolescente varón a través de un programa cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos Específicos:

Disminuir los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad social en un adolescente varón mediante la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.

Disminuir las conductas motoras de evitación en un adolescente varón a través de la jerarquización de ítems y el entrenamiento en desensibilización sistemática.

Modificar los pensamientos distorsionados asociados a la ansiedad social en un adolescente varón mediante la técnica debate socrático y de reestructuración cognitiva.

Incrementar conductas de interacción social en un adolescente varón mediante la técnica de modelado y autoinstrucciones.

Instaurar habilidades sociales como la comunicación assertiva y la toma de decisiones en un adolescente varón a través de técnicas de psicoeducación y la técnica de solución de problemas.

1.3. Justificación

Como se ha podido ver, la ansiedad social está caracterizada por el intenso miedo a una o varias situaciones sociales, en las que el paciente se encuentra expuesto a la posible valoración por parte de otras personas, esto puede llegar a imposibilitar el desarrollo de la persona, por ello en este estudio, se sistematizara y organizaran las estrategias de intervención en casos de ansiedad social desde la perspectiva cognitivo conductual a la comunidad psicológica.

Desde una perspectiva teórica, el presente trabajo permitirá contar con evidencia empírica de la eficacia de la terapia cognitivo conductual y que va a servir como antecedentes para investigaciones posteriores.

Desde la perspectiva práctica, la presente investigación, demuestra la efectividad de las técnicas de la terapia cognitivo conductual, luego de aplicar el programa de intervención, se logró modificar el comportamiento del paciente.

Desde un punto de vista metodológico, su importancia radica en que se revisaron las pruebas utilizadas corroborando su validez y confiabilidad, así mismo, se brinda una estructura para posteriores intervenciones.

1.4. Impactos esperados del trabajo académico

La presente investigación, desarrollada bajo el enfoque cognitivo conductual busca generar que el paciente se desenvuelva de forma deseable en los diversos ámbitos de su vida como familiar, académico, recreativo y social, disminuyendo la sintomatología experimentada por el paciente en un primer momento. También, se busca generar el impacto en los profesionales de psicología enfocados en la intervención de casos de ansiedad social, quienes tendrán un modelo referencial para sus futuras intervenciones en casos similares, brindándole herramientas eficaces para el tratamiento de la ansiedad social

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

Según Hernández (2014) sostiene que la presente investigación es de tipo aplicada, por qué se solucionó un problema práctico, es decir se modificó una problemática del paciente.

Así mismo, es de diseño experimental (preexperimental), puesto que desarrolló una investigación de caso único, al haberse manipulado una variable, utilizando el modelo A - B, porque que se trabaja con un solo sujeto, se hace uso de la siguiente secuencia: primero se establece una línea base sin tratamiento (A) y luego se procede con la intervención (B), por consiguiente, su nivel de control es mínimo. (Hernández et al., 2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

La intervención fue realizada durante los meses de enero a junio 2024, siendo la frecuencia una sesión por semana y una duración de cuarenta y cinco minutos a una hora por sesión. Tuvo lugar en un Centro de Salud perteneciente al MINSA de la provincia de Pampas, Ancash.

2.3. Variables de Investigación

a. **Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual.** Ruiz et al. (2012). La terapia cognitiva conductual es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente, basada en la psicología del aprendizaje, en el presente cuenta con una fase científica y experimental, así como, con procedimientos de la experiencia clínica, como la reestructuración cognitiva, la relajación, técnicas paradójicas, etc.

b. **Variable dependiente: Ansiedad social.** Clark y Beck (2012) mencionan que la persona con fobia social tiende a ser altamente consciente de sí misma y muy auto crítica en la situación social temida, mostrando, con frecuencia, inhibitorias involuntarias como una presencia rígida o tesa, una comunicación verbalmente inarticulada, de donde se deriva una

ejecución social negativa y la atención indeseada de los demás. La ansiedad está relacionada con miedo al escrutinio y la evaluación negativa por parte de los demás, lo que puede conducir a sentimientos de vergüenza, azoramiento y humillación.

2.4 Participante

Paciente adolescente masculino de 17 años, con diagnóstico de ansiedad social, nacido el 18 de agosto del 2006 en el departamento de Ancash, es el mayor de dos hermanos. Actualmente ha concluido la escuela secundaria.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

Paz y Peña (2021) definen las siguientes técnicas:

Evaluación conductual: Autorregistro de pensamientos: Es un registro que nos ayudara a identificar los principales pensamientos negativos de la ansiedad social en el usuario y la frecuencia en la cual se presentan dichos pensamientos.

Autorregistro de conductas: Es un registro que nos ayudara a identificar las principales conductas problema de la ansiedad social en el usuario y la frecuencia en la cual se presentan dichas conductas.

Observación psicológica: Constituye un método directo para la recogida de información que juega un importante papel, tanto en la realización del análisis funcional como en la evaluación de la eficacia de la intervención terapéutica.

Entrevista psicológica: Cumple tanto funciones de recogida amplia de información, como funciones motivadoras y terapéuticas. Sirve como guía del proceso de evaluación, sugiriendo qué otros procedimientos de medida hay que utilizar a continuación y fijando el procedimiento de aplicación de esos instrumentos.

2.5.2 Instrumentos

Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA) de Martha Davis, Matthew McKay y Elizabeth Eshelman, (versión 2009), tiene como objetivo poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad. Es administrada de forma Individual o colectiva, con una duración de aproximadamente 20 minutos, a adolescentes y adultos que hayan cursado y aprobado por lo menos un año de instrucción secundaria. Se estableció la validez de contenido a través del criterio de 6 jueces, especialistas reconocidos y de experiencia en el uso de la Terapia Racional Emotiva; determinando Coeficientes V de Aiken (Escurra, 1988) para las 6 subescalas fluctuantes entre 0.92 y 0.98, y para la prueba completa de 0.95, que se considera elevado y muy significativo

Cuestionario de Esquemas desadaptativos de Young de Young y Brown (1994), tiene como objetivo la evaluación de esquemas desadaptativos tempranos, es una prueba conformada por 75 ítems, puede ser aplicado de forma individual o colectiva a individuos a partir de los 16 años, con una duración de 20 minutos aproximadamente. Considera cinco dimensiones: desconexión, perjuicio en autonomía, tendencia hacia el otro, sobrevigilancia y límites inadecuados. Respecto a su confiabilidad, en su consistencia interna, el coeficiente alpha es .91, lo que indica una adecuada consistencia interna.

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Liebowitz, 1987): La LSAS fue creada por Liebowitz en el año 1987, tiene como objetivo evaluar el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por un paciente para ayudar al diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Su forma de aplicación es individual, la escala está formada por 24 ítems, los cuales se dividen en dos escalas: Ansiedad de actuación o ejecución que posee 13 ítems y Ansiedad social que contiene 11 ítems. Ambas escalas evalúan el grado de temor o ansiedad ante situaciones específicas y el grado de evitación que provocan. Respecto a su confiabilidad, los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenidos en la muestra estaban por

encima de 0.73 en todas las subescalas del LSAS y la Validez fue obtenida bajo la curva ROC de 0.98 para la subescala de ansiedad y de 0.95 para la subescala de evitación.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Este inventario mide la sintomatología de la ansiedad, como una medida fiable para distinguirla de la depresión; además, se encarga de evaluar síntomas cognitivos, emocionales, motores y fisiológicos, la versión original fue desarrollada por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) y fue adaptada al español luego de diversos estudios en muestras diferentes. Es de tipo autoinforme y mide la gravedad de la ansiedad en adolescentes y adultos desde los 13 años, está conformada por 21 ítems y utiliza una escala Likert de 4 puntos, que va desde 0 (Nada, en absoluto) y 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). En cuanto a la puntuación total, se obtiene un puntaje mínimo de 0 puntos y un máximo de 63. En el caso que el paciente obtenga puntuaciones entre 0 y 7, indicaría un nivel de ansiedad mínimo; si obtiene de 8 a 15 puntos, sería leve; de 16 a 25 sería moderada; y de 26 a 63 sería grave. En relación a su consistencia interna, esta se midió utilizando el coeficiente de confiabilidad α de Cronbach, en las diferentes poblaciones de pacientes con trastornos psicológicos, adultos de la población general y estudiantes universitarios, obteniendo como coeficientes .90, .91 y .88, respectivamente, considerados excelentes, ya que son mayores a .85.

Inventario de personalidad Eysenck Forma B para adultos, propuesto por Hans Jürgen Eysenck, cuyo objetivo es evaluar extraversión y neuroticismo. Consta de 24 ítems por cada una de las escalas principales y 9 en la de mentiras. Es de aplicación individual o colectiva con una duración de 15 minutos aproximadamente, de 16 años en adelante. Respecto a su validez y confiabilidad, los coeficientes alfa de las escalas: neuroticismo es de .821, extraversión es de .778, considerados adecuados.

2.5.3 Evaluación psicológica

Historia Psicológica

Nombres y Apellidos	:	Edder Z. C.
Sexo	:	Masculino
Edad	:	17 años
Lugar de nacimiento	:	Ancash
Fecha de Nacimiento	:	18/08/2006
Grado de instrucción	:	Secundaria completa
Religión	:	Católica – no practicante
Domicilio	:	Comas – Lima
Evaluado por	:	Geraldine Brigitte Morales Mautino
Número de sesiones	:	19

Observación psicológica

Edder es un joven que aparenta su edad cronológica, estatura promedio (1.73), tez trigueña y contextura media. Tiene el cabello ondeado y corto. Se viste acorde a la estación, acude a las sesiones con adecuada higiene y arreglo personal. Asiste acompañado solo a las dos primeras sesiones de evaluación, por su madre, en adelante asiste solo. Se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona. En el proceso de entrevistas y tratamiento, se muestra colaborador y comunicativo, respondiendo de forma coherente y fluida a las preguntas que se le realizan. Se pudo observar tensión en la postura, voz temblorosa y movimiento de piernas.

Motivo de consulta

Paciente asiste a consulta refiriendo que en los últimos diez meses sentimientos de ansiedad (9/10), miedo (9/10), preocupación (8/10), fatiga (8/10), culpa (9/10), estrés (8/10), vergüenza (9/10) e incertidumbre (8/10) al estar rodeado de otras personas, especialmente en situaciones en las que tenga que mantener una conversación. Así mismo, manifiesta tener sueño interrumpido (se levanta en medio de la noche y le toma 2 a 3hr volver a dormir) con una frecuencia de (3/7), siente hormigueos y temblor en manos y pies frecuencia de (5/7), sensación

de ahogo frecuencia de (3/7), presión en el pecho frecuencia de (5/7), taquicardia frecuencia de (5/7), cefalea frecuencia de (4/7), dolor estomacal frecuencia de (2/7), sudoración excesiva en manos frecuencia de (6/7), náuseas frecuencia de (2/7), desvanecimientos frecuencia de (1/7), en situaciones sociales como conversar, exponer o dar su opinión, rechina los dientes, juega con sus manos, se mueve de un lado a otro, por lo que ha comenzado a evitar lugares concurridos, se encierra en su cuarto, se ha alejado de amigos y no acepta invitaciones o llamadas, da excusas como que tiene que ayudar en su casa, evita participar en exposiciones o trabajos grupales para no dar su opinión. Piensa recurrentemente: “nos soy bueno en nada”, “soy una mala persona”, “no merezco ser amigo de nadie”, “soy muy dejado”, “me voy a morir”, “los demás son mejores que yo”, “todo va a salir mal”, “estaré loco”, “¿cómo será mi vida”, “no sé por qué soy así”, “no sé qué decir”, “los demás son más capaces, simpáticos”, “la gente se burlará de mí”, “el suicidio sería el fin del dolor, pero solo Dios da y quita la vida”, “mi papá siempre me menosprecia, tal vez tenga razón”, “no quiero platicar con los demás”, “van a pensar que soy tonto”, “van a pensar que no sé nada”, “es mi culpa que los demás se alejen”, “mi familia no está bien porque no ayudo”, “no voy a mejorar”, “cada vez me sentiré peor”. “ya comenzaré a sentirme mal y se van a dar cuenta”, “mi papá me va a gritar si se da cuenta de que me desperté”, “mi papá va a comenzar a compararme”.

Problema actual

El paciente refiere que desde que comenzaron los síntomas ya mencionados, su vida social, familiar y académica se ha visto afectada. Ha llegado a alejarse de muchas personas y se ha vuelto muy reservado, no participa de exposiciones o trabajos grupales, “el suicidio sería el fin del dolor, pero solo Dios da y quita la vida”. Expresa preocupaciones como: “estaré loco, ¿cómo será mi vida?, no sé por qué soy así, me da miedo y vergüenza hablar con otros, no sé qué decir, los demás son mejores que yo (más sociables, más capaces y simpáticos), la gente

se burlará de mí, me siento mal cuando mi papá me menosprecia, me aíslo y lloro, siento que me voy a morir”

Informa que durante otras situaciones sociales como reuniones (familia y amigos), exposiciones, estar en el transporte público, no logra expresar sus ideas de forma clara, siente taquicardia, sensación de ahogo, presión en el pecho, mareado, le tiemblan las manos y piernas. Prefiere estar en casa estudiando o viendo videos, porque se siente seguro y “nadie lo va juzgar”.

Desarrollo cronológico del problema

El primer episodio lo sufrió a los 12 años, cuando tenía que hablar con su padre respecto a sus calificaciones, su padre le dijo que era un inútil por no sacar mejores calificaciones, que otros eran mejor que él, lo castigó físicamente con una correa y no le permitió salir a jugar con sus amigos. Recuerda haberse sentido asustado y “poca cosa”. Esta situación se repite hasta la actualidad, aunque el castigo físico ceso este año (2024) porque se mudó de ciudad para estudiar.

A los 15 años, comenzó a sentir dolor en el pecho, aceleración del ritmo cardiaco, sensación de ahogo cuando estaba en la escuela o en lugares muy concurridos. Por lo que sus padres lo hicieron atender en el Centro de Salud de la zona, le diagnosticaron “una ligera arritmia, pero le recomendaron hacerse exámenes especializados en un hospital”.

A los 16 años, seguía teniendo los mismos síntomas, pero eran más recurrentes y en situaciones sociales, “me di cuenta de que me sentía así por miedo, porque no sabía que responder cuando me preguntaban algo”. El paciente tomó conciencia de que “podría ser ansiedad”, busco orientación del psicólogo del colegio y los síntomas cesaron durante un par de meses, sin embargo, luego de discutir con su mejor amiga, sintió que se ahogaba y se desmayó. Se sentía juzgado por sus otros compañeros al terminar esa amistad y comenzó a aislarse (evitaba ir a reuniones con sus compañero o familia, al viajar en transporte público,

prefería dormir para “no tener que platicar con los otros pasajeros”. Se realizó exámenes médicos requeridos, no existía causal física para su sintomatología, le recetaron relajantes musculares.

A la edad de 17 años, mientras estaba en el bus, un pasajero comenzó a hacerle preguntas sobre su vida y opiniones, comenzó a sentir que se ahogaba, náuseas, taquicardia, y el cuerpo entumecido; por lo que pidió que pararan para que tomara un poco de aire. Al tener que platicar con compañero o desconocidos piensa “no sé que decir, van a pensar que soy tonto, que no sé nada, ya comenzaré a sentirme mal y se van a dar cuenta, me van a juzgar por loco”. Por lo que se aísla, evita responder los mensajes de sus amigos, también evita estar más de 10 minutos con su padre, “de esa forma no hay comparaciones”. Durante la noche se despierta (luego de unas 3hr de sueño) y no logra volver a dormir, su padre le gritaba cada vez que esto ocurría. En clase pedía realizar los trabajos solo y si son trabajos grupales avanza la mayor parte solo. Se mudó a la ciudad de Lima, en diciembre 2023, en el trabajo, si le llaman la atención, prefiere quedarse callado, al mudarse de ciudad ha mantenido contacto con sus amigos del colegio, pero pasa más de 4hr en el celular antes de dormir, acepta salir con sus compañeros de trabajo a pesar de estar ocupado “para adaptarse” y se queda callado durante las conversaciones

Actualmente asiste a terapia para lograr sentirse mejor, tiene deseo de hacer más amigos y que esas relaciones sean duraderas, responder a las preguntas de los demás sin “sentirse incapaz”, manejar su ansiedad y “mejorar como persona”.

Desarrollo Inicial

Embarazo no planificado, pero deseado por sus padres, “el bebé llega cuando tiene que llegar” refirió la madre, el padre, cuando se enteró se mostró complacido. El parto fue natural en el centro de salud del poblado, no hubo complicaciones post parto, nació a los 9 meses, con un peso de 3. 600 y estatura “promedio” (madre no recuerda), no hubo dificultades en la

lactancia, fue de lactancia pecho exclusiva, la madre lo dejaba al cuidado de una tía cuando ella tenía que atender a su animales o esposo. Paciente recuerda haber sido un niño juguetón y sociables, le gustaba estar fuera jugando con sus amigos e ir a clase, no presentó conductas disruptivas en la infancia. Los cambios comenzaron con su ingreso a la secundaria, porque “su padre se volvió más exigente con las calificaciones y lo comparaba con otros familiares”.

Desarrollo psicomotor:

La madre refiere no recordar los datos con exactitud, se paró por primera vez a los 9 o 10 meses de edad y a caminar al año y medio, uso pañal hasta los dos años, luego se le quito porque “era difícil lavar los pañales de tela”. No se diagnosticaron problemas psicomotores durante sus controles

Educación:

Educación inicial: inicio la educación inicial a los 4 años, por la fecha de su nacimiento era luego de lo que la normativa establecía, era su madre quien lo llevaba a clase. Educación primaria: inicio la primaria a los 7 años, sus calificaciones eran promedio y prefería jugar con sus amigos, respetaba a sus docentes. Educación secundaria: inició a los 13 años, sus calificaciones eran promedio (14 a 17), comenzó a tener menos amigos, su padre lo castigaba con frecuencia o le mencionaba sus defectos de forma recurrente. No repitió ningún grado y concluyo la escuela a los 17 años, sabiendo que tenía que migrar de ciudad para estudiar una carrera superior.

Historia de trabajo:

Durante la adolescencia, hacia pequeños trabajos como entregas o apoyar a su padre o tíos con su trabajo en el campo. En el año 2024, al mudarse de ciudad, comenzó a trabajar en un negocio de ventas de desayunos, para lograr ahorrar y estudiar posteriormente.

Desarrollo psicosexual:

Se identifica con su sexo, es heterosexual, tuvo su primera enamorada a los 15 años, tuvieron una relación de 5 meses, refiere no masturbarse porque “es mejor estudiar”. No ha iniciado su vida sexual “para evitar accidentes” como los embarazos no deseados y no desea “arruinar su futuro”.

Actitudes religiosas:

Refiere ser de religión católica no practicante, pero participa de las festividades religiosas de su familia y pueblo.

Relaciones interpersonales:

Comenta que desde los 14 años logra relacionarse con sus pares, pero no de la forma que desea, ha tratado de evitar aislarse, asiste a los eventos educativos y de amigos, pero manifiesta “sentirse incómodo e inadecuado, tiene pensamientos recurrentes de que es incapaz y le parece tonto a los demás”. Tiene solo dos amigos cercanos, quienes conocen como se sienten y tratan de apoyarlo y le dicen que debe buscar ayuda.

En casa, prefiere no comentar “sus problemas”, porque siente que su padre y hermano no lo comprenden ni van a apoyarlo solo habla de forma constante con su madre, “es la única que me comprende”

Accidentes y enfermedades:

La madre refiere que no ha tenido accidentes ni enfermedades severas.

Historia familiar

Madre: J, 43 años. El paciente menciona que su madre es cariñosa y comprensiva, se preocupa por él. trata de apoyarlo y aconsejarle para que se sienta mejor. Padre: M, 50 años. El paciente refiere que su padre es rudo, no es malo, pero “no sabe dar afecto”, es agresivo y con “golpes lo soluciona todo”, es poco comunicativo y estricto. Hermano menor: E, 15 años, es sociable, se encarga de sus propios problemas y no suelen tener conversaciones sobre sus preocupaciones o metas. La madre se muestra preocupada y espera que su hijo se sienta mejor,

sin embargo, manifiesta que no podrá acompañarlo en sus sesiones de tratamiento por sus labores en casa y el trabajo, así como, para evitar que el padre se dé cuenta de que el menor recibe tratamiento. El padre se muestra ausente, así mismo, cuando su hijo le manifiesta la preocupación por sus síntomas, lo llama “exagerado, mentiroso, por todo te quejas, no estás enfermo, eres vago por eso dices que te sientes mal”. El hermano no tiene conocimiento sobre los síntomas ni diagnóstico de Edder.

Lista de conductas

Fisiológicas

- Hormigueos
- Temblor en manos y pies
- Sensación de ahogo
- Presión en el pecho
- Taquicardia
- Cefalea
- Dolor estomacal
- Sudoración excesiva en manos
- Nauseas
- Insomnio

Motoras

- Ver videos en la noche para no dormir por temor a despertarse en la madrugada y que su padre le grite.
- Encerrarse en su cuarto para evitar tener contacto con su familia.
- No responder llamadas o mensajes de sus amigos para evitar tener contacto con ellos.
- Evitar reunirse con sus amigos dando excusas de tener quehaceres.

Cognitivas

- Pensamientos distorsionados de tipo catastrófico; “¿cómo será mi vida”, “no sé porqué soy así”, “la gente se burlará de mí”, “ya comenzaré a sentirme mal y se van a dar cuenta”,
- Pensamientos distorsionados de tipo culpabilidad; “es mi culpa que los demás se alejen”, “mi familia no está bien porque no ayudo”,
- Pensamientos distorsionados de tipo minusvalía; “nos soy bueno en nada”, “soy una mala persona”, “no merezco ser amigo de nadie”
- Pensamientos distorsionados de tipo derrotista; “no voy a mejorar”, “cada vez me sentiré peor”.

Emocionales

- Ansiedad (9/10), ante situaciones en las que tenga que ser evaluado como al exponer en clase o reuniones.
- Miedo (9/10), frente a situaciones como el levantarse en medio de la noche.
- Vergüenza (9/10), cuando sus amigos lo invitan a salir.
- Incertidumbre (8/10), ante situaciones como cuando le hacen preguntas sobre sus intereses o futuro.

Diagnóstico funcional

Tabla 1

Diagnóstico Funcional

EXCESO	DEBILITAMIENTO	DÉFICIT
Fisiológico: Hormigueos y temblor en manos y pies (5/7), sensación de ahogo (3/7), en el pecho (5/7), cefalea (4/7), dolor escuela.	Pasar tiempo de ocio con su familia. Participar en exposiciones en la Toma de decisiones.	Resolución de problemas. Asertividad.

estomacal (2/7), sudoración Asistir a reuniones familiares o excesiva en manos (6/7), náuseas amicales.

(2/7), insomnio. Participar en reuniones de

Motores: Ver videos en la noche trabajo o académicas.

para no dormir por temor a

despertarse en la madrugada y que

su padre le grite. Encerrarse en su

cuarto para evitar tener contacto

con su familia. No responder

llamadas o mensajes de sus

amigos para evitar tener contacto

con ellos. Evitar reunirse con sus

amigos dando excusas de tener

quehaceres.

Cognitivo: Pensamientos

distorsionados de tipo

catastrófico, culpabilidad,

minusvalía, derrotista.

Emociones: ansiedad (9/10),

miedo (9/10), preocupación

(8/10), culpa (9/10), vergüenza

(9/10) e incertidumbre (8/10)

Análisis funcional

Tabla 2

Análisis Funcional

Antecedentes	Variable organísmica	Niveles de respuesta	Consecuentes
ED Externos	Psicológica:	Fisiológico: Hormigueos y	ER Externos
Sus compañeros le Rasgos de personalidad temblor en manos y pies Ver videos en la piden exponer en Autopunitivo		(5/7), sensación de ahogo noche para no dormir	
clase. Introvertido		(3/7), presión en el pecho por temor a	
Su jefa le grita Pesimista		(5/7), taquicardia (5/7), despertarse en la	
porque se equivocó Ansioso		cefalea (4/7), dolor madrugada y que su	
al entregar fichas Inadecuada capacidad estomacal (2/7), sudoración padre le grite.			
durante una reunión. para relajarse		excesiva en manos (6/7), Evita pasar tiempo de	
Le hacen preguntas Impulsivo.		nauseas (2/7). ocio con su familia.	
sobre sus intereses Historia previa de Motor / Conductual:		Ver Evita asistir a	
en el transporte aprendizaje:		videos en la noche para no reuniones amicales o	
público o en Padre evade situaciones dormir por temor a familiares.			
conversaciones con problema saliendo de despertarse en la Evita participar en			
amigos. casa con amigos. madrugada y que su padre exposiciones			
Dificultades en la le grite. Encerrarse en su Encerrarse en su			
ED Internos comunicación familiar. cuarto para evitar tener cuarto para evitar			
Pensamientos: Sociocultural:		contacto con su familia. No tener contacto con su	
"Mi papá va a darse Familia disfuncional responder llamadas o familia.			
cuenta de que me Violencia.		mensajes de sus amigos No responder	
levanté y me va a Cognitivas:		para evitar tener contacto llamadas o mensajes	
gritar"	Esquemas	con ellos. Evitar reunirse de sus amigos para	
"Mi papá va a desadaptativos y con sus amigos dando evitar tener contacto			
comenzar a creencias irracionales. excusas de tener con ellos. Evitar			

compararme"	quehaceres.	Evitar reunirse con sus
"Comenzare a sentirme mal y se van a dar cuenta"	participar en exposiciones o amigos dando trabajos grupales. excusas de tener	
"Van a pensar que soy tonto, que no sé nada".	No dar su opinión durante quehaceres reuniones de trabajo o ER Internos académicas.	Pensamientos
	Cognitivo: Pensamientos "Los demás son más distorsionados de tipo capaces, simpáticos" catastrófico, culpabilidad, "Soy una mala minusvalía, derrotista.	"Los demás son más distorsionados de tipo capaces, simpáticos" catastrófico, culpabilidad, "Soy una mala minusvalía, derrotista. persona"
	Emocional: Ansiedad (9/10) Miedo amigo de nadie"	"No merezco ser
	(9/10) Preocupación (8/10) "Me voy a morir"	
	Fatiga (8/10)	"Los demás son
	Culpa (9/10)	mejores que yo"
	Estrés (8/10)	"No sé porque soy
	Vergüenza (9/10)	así".
	Incertidumbre (8/10)	

Tabla 3*Análisis cognitivo*

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta

Se levanta en medio de la "Va a comenzar a Preocupación (8/10) Ver videos cuando se noche y su padre le dijo compararme, me va a Miedo (7/10) despierta.
 "vas a seguir con tus gritar" Vergüenza (9/10)
 tonterías"

Sus compañeros le piden "Se van a dar cuenta de Ansiedad (9/10) Evita participar en que exponga un trabajo que me siento mal" "Van Preocupación (7/10) trabajos grupales o pone a pensar que no sé nada" excusas para no exponer.
 "No sé qué decir"

En el bus un vecino le "Los demás son más Ansiedad (9/10) Pide que el bus pare para pregunta qué planes tiene capaces" "Me voy a Preocupación (7/10) poder caminar.
 para su futura o que quiere morir" "No soy bueno en Incertidumbre (8/10)
 hacer. nada" "¿Cómo será mi vida?"

Su amiga le escribe y "No merezco ser amigo Ansiedad (9/10) No responde llamadas o luego lo llama para ir a de nadie" "Los demás son Preocupación (8/10) pone excusas de que tiene una fiesta mejores que yo" "Todo Vergüenza (9/10) quehaceres en casa
 va a salir mal" Culpa (7/10)

Tabla 4

Diagnóstico Tradicional: DSM V-R

DSM V TR	Criterios presentes en el usuario
----------	-----------------------------------

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p.ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- El usuario siente ansiedad al momento de exponer, al mantener una conversación y si piden su opinión respecto a un tema.

- El usuario presenta pensamientos relacionados a su preocupación a que los demás noten su activación fisiológica, como: "se van a dar cuenta, me van a juzgar de loco".

- Las reuniones escolares y de trabajo, las reuniones de ocio con familia le causan sentimientos como ansiedad, preocupación y culpa.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

- El usuario evita los momentos de ocio con familia, pone excusas para no salir con sus amigos, evita exponer en clase. Cuando conversa o convive con sus compañeros, constantemente se siente ansioso o preocupados, también presenta pensamientos de tipo catastróficos o de minusvalía.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

- La ansiedad se presentó por primera vez a los 15 años, persistió hasta los 17 años con incremento en el malestar.
- El área social, familiar del usuario se ha visto afectada.

- El usuario no consume drogas y se descartaron enfermedades cardíacas.

- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.
- Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.
-

2.5.4 Evaluación Psicométrica

Tabla 5

Lista de Chequeo: Registro semanal de frecuencia de conductas problema

Conductas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Total
Ver videos en la noche para no dormir por temor a despertarse en la madrugada y que su padre le grite.	1	1	0	1	1	1	0	5
Encerrarse en su cuarto para evitar tener contacto con su familia.	5	3	4	4	3	6	7	32
No responder llamadas o mensajes de sus amigos para evitar tener contacto con ellos.	3	2	2	4	2	5	5	23
Evitar reunirse con sus amigos dando excusas de tener quehaceres.	1	1	2	1	1	3	3	12

Evitar participar en exposiciones o trabajos grupales	2	1	2	2	2	0	0	9
No dar su opinión durante reuniones de trabajo o académicas.	7	5	5	3	4	5	5	34

Tabla 6*Lista de Chequeo: Registro semanal de Pensamientos Automáticos*

Conductas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Total
No soy bueno en nada	6	3	4	3	5	4	5	30
Soy una mala persona	3	2	0	2	0	1	0	8
No merezco ser amigo de nadie	5	3	3	0	1	0	1	13
Soy muy dejado	3	1	1	0	0	1	0	6
Me voy a morir	0	1	1	2	0	0	1	5
Los demás son mejores que yo	3	2	2	1	2	0	1	11
Todo va a salir mal	2	0	1	3	2	1	1	10
Estaré loco	1	0	0	2	2	1	1	7
¿cómo será mi vida?	1	0	0	2	2	0	1	6
No sé por qué soy así	0	1	1	3	0	1	4	10
No sé qué decir	5	4	4	2	0	0	3	18
Los demás son más capaces, simpáticos	3	3	4	0	2	3	0	15
La gente se burlará de mí	4	3	3	0	0	2	0	12
El suicidio sería el fin del dolor, pero solo Dios da y quita la vida	0	0	1	0	0	1	0	2
Mi papá siempre me menoscopia, tal vez tenga razón	2	1	0	0	0	2	3	8
No quiero platicar con los demás	4	3	3	2	1	5	5	23
Van a pensar que soy tonto	4	2	0	3	3	0	1	13

Van a pensar que no sé nada	0	2	0	0	3	0	0	5
Ya comenzaré a sentirme mal y se van a dar cuenta	5	4	4	5	2	0	2	22
Mi papá me va a gritar si se da cuenta de que me desperté	1	1	0	1	1	1	0	5
Mi papá va a comenzar a compararme	0	1	0	1	0	2	4	8

Tabla 7*Lista de Chequeo: Registro semanal de Emociones*

Emociones	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
Ansiedad	8	8	7	8	9	5	7
Miedo	8	7	6	8	8	3	6
Preocupación	8	7	6	7	6	3	7
Culpa	7	6	7	6	7	6	7
Vergüenza	9	7	7	7	8	5	6
Incertidumbre	7	8	6	8	8	6	8

Tabla 8*Lista de Chequeo: Registro semanal de Activación fisiológica*

Síntomas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
Hormigueos en manos y pies	6	5	6	4	4	5	6
Temblor en manos y pies	8	4	7	6	7	3	8
Sensación de ahogo	7	4	7	4	8	2	7
Presión en el pecho	8	4	8	4	9	3	8
Taquicardia	8	4	8	4	9	2	7
Cefalea	9	3	3	3	7	1	4
Dolor estomacal	6	1	3	2	4	1	2

Sudoración excesiva en manos	5	3	4	5	5	4	3
Nauseas	6	2	3	2	3	3	4
Insomnio	7	1	2	1	8	1	7

Informe del inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Edder Z. C.
Edad	:	17 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Ancash, 18 de agosto de 2006
Estado Civil	:	Soltero
Grado de Instrucción	:	5° de secundaria
Ocupación	:	Estudiante
Lugar de entrevista	:	Centro de Salud
Examinadora	:	Lic. Geraldine Brigitte Morales Mautino
Fecha de evaluacion	:	01 de enero del 2024

Motivo de Consulta

Evaluación de la sintomatología de la ansiedad.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Inventario de Ansiedad de Beck

Análisis e interpretación de resultados

Puntaje	Categoría
---------	-----------

El evaluado presenta sintomatología correspondiente a ansiedad severa como: sentirse entumecido, temblor en las piernas, incapaz de relajarse, rubor facial sudores fríos; así como un temor recurrente a que ocurra lo peor, mareos, atemorizado, nerviosismo, temblor en las manos, sensación de bloqueo, inseguro, miedo a perder el control y a morir, sensación de ahogo, problemas digestivos y desmayos.

Conclusiones

- Examinado con ansiedad severa.

Informe del Registro de Opiniones Forma A (REGOPINA)

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Edder Z. C.
Edad	:	17 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Ancash, 18 de agosto de 2006
Estado Civil	:	Soltero
Grado de Instrucción	:	5° de secundaria
Ocupación	:	Estudiante
Lugar de entrevista	:	Centro de Salud
Examinadora	:	Lic. Geraldine Brigitte Morales Mautino
Fecha de evaluacion	:	01 de enero del 2024

Motivo de Consulta

Evaluación de creencias irracionales de un adolescente varón

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta

- Entrevista Psicológica
 - Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA)

Análisis e interpretación de resultados

Escala	Creencia Irracional	Puntaje	Categoría
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	7	Irracional
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	7	Irracional
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	7	Irracional
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	8	Irracional
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	3	Tendencia racional

<p>Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre F seguirá afectando.</p>	6	Irracional
---	---	------------

En la escala A, obtuvo un puntaje de 7, correspondiente a la categoría irracional, lo que pone en manifiesto la creencia de que es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.

En la escala B, obtuvo un puntaje de 7, correspondiente a la categoría irracional, lo que pone en manifiesto la creencia de que Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.

En la escala C, obtuvo un puntaje de 7, correspondiente a la categoría irracional, lo que pone en manifiesto la creencia de que Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.

En la escala D, obtuvo un puntaje de 8, correspondiente a la categoría irracional, lo que pone en manifiesto la creencia de que es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.

En la escala E, obtuvo un puntaje de 3, correspondiente a la categoría tendencia racional, lo que pone en manifiesto que no presenta la creencia de que la infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.

En la escala F, obtuvo un puntaje de 6, correspondiente a la categoría irracional, lo que pone en manifiesto la creencia de que, si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.

Conclusiones

- Examinado con creencias irracionales correspondientes a la escala A, B, C, D, F.

Informe del Cuestionario de Esquemas de Young

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Edder Z. C.
Edad	:	17 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Ancash, 18 de agosto de 2006
Estado Civil	:	Soltero
Grado de Instrucción	:	5° de secundaria
Ocupación	:	Estudiante
Lugar de entrevista	:	Centro de Salud
Examinadora	:	Lic. Geraldine Brigitte Morales Mautino
Fecha de evaluacion	:	01 de enero del 2024

Motivo de Consulta

Evaluación de los esquemas disfuncionales tempranos.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Cuestionario de Esquemas de Young

Análisis e interpretación de resultados

Dimensión	Puntaje	Categoría
Deprivación Emocional	15	Presencia del esquema
Abandono	21	Presencia del esquema
Desconfianza	15	Presencia del esquema
Aislamiento Social	16	Presencia del esquema
Imperfección / Vergüenza	24	Presencia del esquema

Fracaso	24	Presencia del esquema
Dependencia / Incompetencia	24	Presencia del esquema
Vulnerabilidad	23	Presencia del esquema
Dependiente /Enmarañamiento	17	Presencia del esquema
Subyugación	23	Presencia del esquema
Autosacrificio	12	Ausencia del esquema
Inhibición Emocional	17	Presencia del esquema
Estándares Inflexibles / Hipercriticismo	17	Presencia del esquema
Grandiosidad	18	Presencia del esquema
Autocontrol Insuficiente / Autodisciplina	24	Presencia del esquema

En la Dimensión Desconexión, presenta los siguientes esquemas: deprivación emocional, lo que refiere que el evaluado tiende a sentir que no es comprendido ni tomado en cuenta; abandono, infiere que prevalece una sensación de inestabilidad referente a sus vínculos significativos no estarán disponibles; desconfianza, es decir que cree que los demás pueden humillarlo; aislamiento social, refiere que se siente aislado del resto del mundo; imperfección / vergüenza, infiere que siente que si alguien lo conoce demasiado va a rechazarlo.

En cuanto a la Dimensión Perjuicio en Autonomía, presenta los siguientes esquemas: fracaso, siente que los demás son mejores y exagera sus propios fracasos; dependencia / incompetencia, se siente incapaz de afrontar responsabilidades en su vida cotidiana; vulnerabilidad, tiene un temor constante respecto a peligros médicos asociados a la sintomatología ansiosa; dependiente / enmarañamiento, se le dificulta tener autonomía.

En relación a la Dimensión Tendencia hacia el otro, presenta los siguientes esquemas: subyugación, refiere que se somete a los deseos de los demás para evitar reacciones de enojo o abandono.

En la Dimensión Sobrevigilancia, presenta los siguientes esquemas: inhibición emocional, llega a inhibir sus sentimientos y acciones para evitar la desaprobación de los demás; estándares inflexibles, se orienta excesivamente al éxito, llegando a buscar la perfección.

En la Dimensión Límites Inadecuados, presenta los siguientes esquemas: grandiosidad, cree que debe tener un trato especial y privilegiado; autocontrol insuficiente, referente a su incapacidad para gestionar sus emociones y acciones.

Conclusiones

- Examinado con presencia de esquemas desadaptativos.

Informe del Inventory Eysenck de Personalidad EPI – Forma B Adultos

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Edder Z. C.
Edad	:	17 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Ancash, 18 de agosto de 2006
Estado Civil	:	Soltero
Grado de Instrucción	:	5° de secundaria
Ocupación	:	Estudiante
Lugar de entrevista	:	Centro de Salud
Examinadora	:	Lic. Geraldine Brigitte Morales Mautino
Fecha de evaluacion	:	01 de enero del 2024

Motivo de Consulta

Evaluación de rasgos de personalidad en adolescente varón.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Inventario Eysenck de Personalidad EPI- Adultos

Análisis e interpretación de resultados

Dimensiones	Puntuación directa	Puntuación percentilar	Diagnóstico de las dimensiones
Extraversión	5	Extraversión	
Neuroticismo	21	Tendencia al neuroticismo	
Mentiras	2	Resultados confiables	

En la dimensión extraversión obtuvo una puntuación baja, lo que lo muestra como alguien poco sociable y activo. En lo referente a la dimensión neuroticismo, se evidencia la tendencia al neuroticismo, mostrándolo como una persona ensimismada y tranquila, sus procesos emocionales son inflexibles con tendencia a obsesiones y fobias, puede ser pesimista y compararse con otros constantemente.

Conclusiones

Examinado con características de neuroticismo.

Informe de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Edder Z. C.
Edad	:	17 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Ancash, 18 de agosto de 2006
Estado Civil	:	Soltero
Grado de Instrucción	:	5° de secundaria

Ocupación	:	Estudiante
Lugar de entrevista	:	Centro de Salud
Examinadora	:	Lic. Geraldine Brigitte Morales Mautino
Fecha de evaluacion	:	01 de enero del 2024

Motivo de Consulta

Evaluar el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por un adolescente varón.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

Análisis e interpretación de resultados

Puntaje	Miedo o Ansiedad	Evitación	Categoría
82	42	40	Ansiedad social severa

En la escala miedo o ansiedad, obtuvo un puntaje de 42, esto refiere niveles altos de ansiedad social. En la escala evitación, obtuvo un puntaje de 40, esto refiere que el evaluado evita participar en situaciones sociales, ser el foco de crítica, atención o mostrar síntomas temidos, con el objetivo de disminuir su ansiedad. Lo cual lo ubica en la categoría diagnóstica de ansiedad social severa con un puntaje de 82.

Conclusiones

Evaluado con ansiedad social severa.

Informe psicológico integrado

Datos de filiación

Nombres y Apellidos : Edder Z. C.
 Edad : 17 años
 Lugar y Fecha de Nacimiento : Ancash, 18 de agosto de 2006
 Estado Civil : Soltero
 Grado de Instrucción : 5° de secundaria
 Ocupación : Estudiante
 Lugar de entrevista : Centro de Salud
 Examinadora : Lic. Geraldine Brigitte Morales Mautino
 Fecha de evaluacion : 01 de enero del 2024
 Nombres y Apellidos : Edder Z. C.

Observación Psicológica

Paciente adolescente masculino de 17 años, con diagnóstico de ansiedad social, de tez trigueña, estatura aproximada de 1.60, orientado en tiempo, espacio y persona.

Motivo de consulta

Paciente asiste a consulta refiriendo que en los últimos diez meses sentimientos de ansiedad (9/10), miedo (9/10), preocupación (8/10), fatiga (8/10), culpa (9/10), estrés (8/10), vergüenza (9/10) e incertidumbre (8/10) al estar rodeado de otras personas, especialmente en situaciones en las que tenga que mantener una conversación. Así mismo, manifiesta tener sueño interrumpido (se levanta en medio de la noche y le toma 2 a 3hr volver a dormir) con una frecuencia de (3/7), siente hormigueos y temblor en manos y pies frecuencia de (5/7), sensación de ahogo frecuencia de (3/7), presión en el pecho frecuencia de (5/7), taquicardia frecuencia de (5/7), cefalea frecuencia de (4/7), dolor estomacal frecuencia de (2/7), sudoración excesiva en manos frecuencia de (6/7), náuseas frecuencia de (2/7), desvanecimientos frecuencia de

(1/7), en situaciones sociales como conversar, exponer o dar su opinión, rechina los dientes, juega con sus manos, se mueve de un lado a otro, por lo que ha comenzado a evitar lugares concurridos, se encierra en su cuarto, se ha alejado de amigos y no acepta invitaciones o llamadas, da excusas como que tiene que ayudar en su casa, evita participar en exposiciones o trabajos grupales para no dar su opinión. Piensa recurrentemente: “nos soy bueno en nada”, “soy una mala persona”, “no merezco ser amigo de nadie”, “soy muy dejado”, “me voy a morir”, “los demás son mejores que yo”, “todo va a salir mal”, “estaré loco”, “¿cómo será mi vida”, “no sé por qué soy así”, “no sé qué decir”, “los demás son más capaces, simpáticos”, “la gente se burlará de mí”, “el suicidio sería el fin del dolor, pero solo Dios da y quita la vida”, “mi papá siempre me menosprecia, tal vez tenga razón”, “no quiero platicar con los demás”, “van a pensar que soy tonto”, “van a pensar que no sé nada”, “es mi culpa que los demás se alejen”, “mi familia no está bien porque no ayudo”, “no voy a mejorar”, “cada vez me sentiré peor”. “ya comenzaré a sentirme mal y se van a dar cuenta”, “mi papá me va a gritar si se da cuenta de que me desperté”, “mi papá va a comenzar a compararme”.

Técnicas e instrumentos utilizados

Evaluación conductual

Autorregistro de conductas

Observación psicológica

Entrevista psicológica

Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA)

Cuestionario de Esquemas desadaptativos de Young

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS; Liebowitz, 1987)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario Eysenck de Personalidad EPI – Forma B Adultos

Interpretación de Resultados

El paciente presenta conductas en exceso a nivel fisiológico, motor y cognitivo. Así mismo presenta conductas en debilitamiento como pasar tiempo de ocio con su familia, participar en exposiciones en la escuela, asistir a reuniones familiares o amicales, participar en reuniones de trabajo o académicas. Y conductas déficit tales como la resolución de problemas, toma de decisiones y asertividad.

Presenta creencias irrationales como: que es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno, debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles, ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada, es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran, si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando. También presenta esquemas desadaptativos como: deprivación emocional, abandono, aislamiento social, imperfección / vergüenza, fracaso, dependencia / incompetencia, vulnerabilidad, dependiente / enmarañamiento, subyugación, inhibición emocional, grandiosidad, autocontrol insuficiente.

Tiene una personalidad ensimismada y tranquila, sus procesos emocionales son inflexibles con tendencia a obsesiones y fobias, puede ser pesimista y compararse con otros constantemente, así mismo, presenta ansiedad social severa, evita participar en situaciones sociales, ser el foco de crítica, atención o mostrar síntomas temidos, con el objetivo de disminuir su ansiedad. Presentando conductas fisiológicas como hormigueos, temblor en manos y pies, sensación de ahogo, presión en el pecho, taquicardia, cefalea, dolor estomacal, sudoración excesiva en manos, náuseas, insomnio. A nivel motor ve videos en la noche para no dormir por temor a despertarse en la madrugada y que su padre le grite, se encierra en su

cuarto para evitar tener contacto con su familia, no responde llamadas o mensajes de sus amigos para evitar tener contacto con ellos, evita reunirse con sus amigos dando excusas de tener quehaceres. Pensamientos distorsionados de tipo catastrófico; “¿cómo será mi vida”, “no sé por qué soy así”, “la gente se burlará de mí”, “ya comenzaré a sentirme mal y se van a dar cuenta”, Pensamientos distorsionados de tipo culpabilidad; “es mi culpa que los demás se alejen”, “mi familia no está bien porque no ayudo”, Pensamientos distorsionados de tipo minusvalía; “nos soy bueno en nada”, “soy una mala persona”, “no merezco ser amigo de nadie”. Pensamientos distorsionados de tipo derrotista; “no voy a mejorar”, “cada vez me sentiré peor”. Así mismo presenta un alto nivel de neuroticismo, con tendencia a la introversión.

Conclusiones

Paciente con ansiedad social

Recomendaciones

Recibir tratamiento psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual

Fecha 30 de julio del 2024



Psicóloga

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 9

Plan de Intervención y Calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participantes	Técnicas de tratamiento
1	1/01/2024	60 min	Semanal	El usuario	Entrevista psicológica Observación psicológica
2	8/01/2024	60 min	Semanal	El usuario	Evaluación conductual Autorregistro de conductas Evaluación psicométrica
3	15/01/2024	60 min	Semanal	El usuario	Evaluación conductual Autorregistro de conductas Evaluación psicométrica
4	22/01/2024	45 min	Semanal	El usuario Madre del usuario	Psicoeducación Respiración diafragmática
5	29/01/2024	60 min	Semanal	El usuario Madre del usuario	Psicoeducación Relajación muscular progresiva de Jacobson
6	5/02/2024	45 min	Semanal	El usuario	Psicoeducación Relajación muscular progresiva de Jacobson Jerarquización de ítems
7	12/02/2024	60 min	Semanal	El usuario	Entrenamiento en desensibilización sistemática

8	19/02/2024	45 min	Semanal	El usuario	Entrenamiento en desensibilización sistemática
9	26/02/2024	45 min	Semanal	El usuario	Debate socrático Reestructuración cognitiva.
10	4/03/2024	45 min	Semanal	El usuario	Debate socrático Reestructuración cognitiva.
11	11/03/2024	45 min	Semanal	El usuario	Debate socrático Reestructuración cognitiva.
12	18/03/2024	45 min	Semanal	El usuario	Modelado Autoinstrucciones
13	25/03/2024	45 min	Semanal	El usuario	Modelado Autoinstrucciones
14	1/04/2024	45 min	Semanal	El usuario	Psicoeducación Solución de Problemas
15	8/04/2024	45 min	Semanal	El usuario	Psicoeducación Solución de Problemas
16	6/05/2024	45 min	Quincenal	El usuario	Psicoeducación Solución de Problemas Formato de Auto registro
17	13/05/2024	45 min	Quincenal	El usuario	Psicoeducación Solución de Problemas Formato de Auto registro
18	3/06/2024	45 min	Quincenal	El usuario	Confrontación al problema Debate Socrático Reforzamiento Positivo

19	17/06/2024	45 min	Quincenal	El usuario	Confrontación al problema
					Debate Socrático
					Reforzamiento Positivo

2.6.2. Programa de intervención

Tabla 10

Sesión de Evaluación

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
1, 2 y 3	Elaborar la línea base del tratamiento.	Evaluación conductual psicológica	Se realiza la entrevista psicológica para la obtención de datos sobre las conductas.	Llenado del autorregistro de las conductas.
		Observación psicológica	Autorregistro de la historia del problema, así como la observación que le sucede diariamente, psicológica de la conducta del evaluado y su madre.	Llenado de un diario con lo así como la observación que le sucede diariamente, psicológica de la conducta del evaluado y su madre. Énfasis en los momentos en los que sienta ansiedad.

Tabla 11

Cuarta sesión de Intervención

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
--------	----------	----------	---------------	-----------------------

Disminuir los Psicoeducación. Se comienza con la Escibir en su diario. síntomas Respiración psicoeducación, Meditar 10 minutos al día fisiológicos diafragmática. señalando la (antes de ir al colegio o al asociados a la Modelado. importancia de la regresar de este). ansiedad social técnica, así como los en un adolescente beneficios a nivel varón mediante fisiológico. Así como la técnica de los pasos concernientes 4 respiración a la respiración diafragmática.

Para ello, se le muestra un video de ejemplo (persona realizando la respiración), luego la psicóloga realiza la técnica junto al paciente.

Tabla 12*Sesión de Intervención*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
5	Disminuir los Psicoeducación. síntomas fisiológicos asociados a la Jacobson. ansiedad social Modelado. en un	Relajación progresiva de referente a las tres fases ir al colegio. Hacer de la técnica: (tensión - estiramiento de relajación, repaso y extremidades mientras relajación mental).	Se empieza con la psicoeducación de referente a las tres fases ir al colegio. Hacer de la técnica: (tensión - estiramiento de relajación, repaso y extremidades mientras relajación mental).	Escribir en su diario. Meditar 10 minutos antes de ir al colegio. Hacer de la técnica: (tensión - estiramiento de relajación, repaso y extremidades mientras relajación mental). respira profundamente.

adolescente varón mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Luego, se trabaja por medio del modelado, la tensión relajación de los grupos musculares: rostro, cuello, nuca, hombros, cuello, brazos y manos, piernas.

Tabla 13*Sesión de Intervención*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
6	Disminuir los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad social en un adolescente varón mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.	Psicoeducación. Relajación de la progresiva de Jacobson. Modelado.	Por medio del modelado, la tensión relajación de los músculos pertenecientes al tórax. Se continúa con la tercera fase (relajación mental).	Escribir en su diario. Meditar 10 minutos antes de ir al colegio. Realizar la tensión - relajación de los músculos pertenecientes al tórax. Se continúa con la tercera fase (repaso) y profundamente. Ver una película en compañía de una persona (familiar o amigo).

Tabla 14*Sesión de Intervención*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
7	Disminuir las conductas motoras de evitación en un adolescente varón	Psicoeducación. Jerarquización de ítems y el entrenamiento en desensibilización sistemática.	Se comienza con un Llenado de un diario con lo que le sucede diariamente, diafragmática, luego se elabora una lista de situación que le causa ansiedad y Realizar ejercicios de meditación o yoga por diez minutos al día. evita (acorde a la dimensión evitación de social), para asignarle una escala de ansiedad al 10, apoyándose del diario para la obtención de información, se obtiene la jerarquía de las situaciones.	Llenado de un diario con lo que le sucede diariamente, diafragmática, luego se asignarle a cada adolescente varón Desensibilización a través de la jerarquización de ítems y el entrenamiento en desensibilización sistemática. Se elabora una lista de situación que le causan ansiedad y Realizar ejercicios de meditación o yoga por diez minutos al día. evita (acorde a la dimensión evitación de social), para asignarle una escala de ansiedad al 10, apoyándose del diario para la obtención de información, se obtiene la jerarquía de las situaciones. Después se comienza con un ejercicio para la imaginación, se le pide que imagine estar en una reunión con

amigos, brindándole instrucciones sobre los detalles de la situación. Finalmente, se realiza un ejercicio de respiración diafragmática.

Tabla 15

Sesión de Intervención

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
8	Disminuir las conductas motoras de evitación en un adolescente varón a través de la jerarquización de ítems y el entrenamiento en desensibilización sistemática.	Psicoeducación. Desensibilización sistemática. Psicoeducación. Desensibilización sistemática.	Primero se le menciona que puede levantar la mano o sus dedos durante el ejercicio en caso de sentirse ansiedad o relajado. Luego se realiza la respiración diafragmática, se le pide que levante la	Realizar ejercicios de meditación o yoga por diez minutos al día. Exponer sobre un tema en clase (a elección).

mano en señal de relajación, luego se le solicita que imagine la primera situación en la jerarquía, el ejercicio de imaginación debe durar entre 40 a 50 segundos, se realiza 3 repeticiones para la situación imaginada.

Tabla 16

Sesión de Intervención

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
9, 10 y 11	Modificar los pensamientos distorsionados asociados a la ansiedad social en un adolescente varón mediante la técnica debate socrático y de reestructuración cognitiva.	Debate socrático. Reestructuración cognitiva.	Primero, se evalúa el autorregistro realizado, autorregistro y diario. se identifican los tipos de pensamientos plaza o parque distorsionados, acompañado de una persona de confianza. mediante el uso de fichas psicoeducativas sobre los tipos de pensamientos distorsionados, luego se le explica la técnica del ABC (se abaliza la situación, la distorsión	Llenado del

cognitiva y la conducta) para luego plantear preguntas que cuestionen su utilidad y validez. Después se plantean pensamientos alternativos.

Tabla 17*Sesión de Intervención*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
12 y 13	Incrementar conductas de interacción social en un adolescente varón mediante la técnica de modelado y autoinstrucciones.	Modelado	Se le explica al paciente la diferencia entre autorregistro y diario autoinstrucciones racionales e irracionales, galerías de arte y para ello se revisa el material de la sesión anterior (pensamientos sobre las actividades alternativas). Luego la terapeuta realiza la actividad con un ejemplo (autoinstrucción irracional: "debo ser el	Llenado del autorregistro y diario. Visitar tiendas o galerías de arte y solicitar información a los encargados, (pensamientos sobre las actividades alternativas). Luego la terapeuta realiza la actividad con un ejemplo (autoinstrucción irracional: "debo ser el

mejor - autoinstrucción
racional: me gustaría
sacar una mejor
calificación"),
posteriormente el
paciente realiza la
actividad.

Tabla 18*Sesión de Intervención*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
Instaurar habilidades sociales como la comunicación assertiva y la toma de decisiones en un adolescente varón a través de técnicas de psicoeducación y la técnica de solución de problemas.	Psicoeducación	Se le explica al paciente de las ventajas de la técnica de la solución de problemas en situaciones cotidianas, para luego mostrarle las fichas con actividad de su agrado los pasos para la resolución del problema (de preferencia un grupo mayor a 3 personas).	Realizar el monitoreo de las ventajas de la técnica de la solución de problemas en situaciones cotidianas, para luego Salir con amigos a una actividad de su agrado los pasos con un ejemplo)	Realizar el monitoreo alternativa planteada. Salir con amigos a una actividad de su agrado (se le explica cada uno de los pasos con un ejemplo)

Después se elabora el plan de acción para llevar a cabo la alternativa planteada y como evaluar los resultados durante la semana

Tabla 19*Sesión de Intervención*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
Realizar el Psicoeducación seguimiento del tratamiento	Solución Problemas brindado.	Psicoeducación Formato de Auto registro	Primero se revisan los autorregistros y el diario. Después se escoge un problema presentado juntos. durante la semana, para proceder a usar la ficha de técnica de solución de problemas y el plan de acción.	Salir con su familia a una reunión de su localidad o comer fuera juntos.

Tabla 20*Sesión de Intervención*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
			Se comienza explicándole	
			Identificar la Confrontación al al paciente que la Hacer una lista de efectividad del problema	confrontación del actividades
			tratamiento Debate Socrático problema busca darle otra gratificantes que	cognitivo Reforzamiento perspectiva a la situación involucren pasar
			conductual. Positivo que afronta. Para luego tiempo a solas y con	que afronta. Para luego tiempo a solas y con
			escuchar las amigos, luego usar	escuchar las amigos, luego usar
			preocupaciones dichas actividades	preocupaciones dichas actividades
			recurrentes y luego como reforzadores.	recurrentes y luego como reforzadores.
			comenzar con el debate	comenzar con el debate
			socrático al plantearle	socrático al plantearle
18 y 19			preguntas como "¿crees	preguntas como "¿crees
			que habitualmente haces	que habitualmente haces
			algo que corresponda a las	algo que corresponda a las
			características de un mal	características de un mal
			amigo?". Finalmente, se	amigo?". Finalmente, se
			le enseña a reforzar las	le enseña a reforzar las
			conductas esperadas de	conductas esperadas de
			manera positiva	manera positiva
			(gratificaciones inmediatas).	(gratificaciones inmediatas).

2.7 Procedimiento

Se llevó a cabo el proceso terapéutico, en 19 sesiones de entre 45 a 60 minutos cada una, que incluyeron las sesiones de evaluación, intervención, prevención de recaídas y seguimiento. Se hizo uso de diversas técnicas cognitivos conductuales para lograr cumplir con los objetivos propuestos.

Durante las tres primeras sesiones, se llevó a cabo la entrevista psicológica con el fin de recaudar información referente a los datos de filiación, motivo de consulta y la historia del problema, así como para establecer el vínculo terapéutico. También se firmó el consentimiento informado y la aplicación de pruebas psicométricas. Luego se llevó a cabo la devolución de los resultados y se estableció la línea base para el planteamiento de los objetivos de la intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad social en un adolescente varón.

Posteriormente se realizaron las sesiones de intervención terapéutica, durante este proceso se emplearon diversas técnicas cognitivas conductuales con el fin de cumplir los objetivos terapéuticos, las técnicas empleadas fueron: la psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, jerarquización de ítems, desestabilización sistemática, debate socrático, reestructuración cognitiva, modelado, activación conductual y resolución de problemas.

Las sesiones de prevención de recaídas fueron realizadas en dos sesiones con una duración de una hora cada una, se emplearon las técnicas de psicoeducación, solución de problemas y el autorregistro. El seguimiento se llevó a cabo en dos sesiones de una hora de duración, las técnicas empleadas fueron el debate socrático, confrontación al problema y reforzamiento positivo.

2.8 Consideraciones éticas

En conformidad con el artículo N° 24 capítulo 3 del código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú y la ley 30702 del año 2017, que refieren la aplicación del

consentimiento informado, el artículo 25 que informa sobre los riesgos para el participante, así como anteponer el bienestar psicológico del usuario por sobre el interés de la sociedad y la ciencia. El presente estudio, también se amparó en la ley N° 1090 del 2006, que hace referencia a la aceptación voluntaria del usuario durante el proceso de intervención, luego de habersele descrito el proceso, alcances, beneficios, riesgos, entre otros.

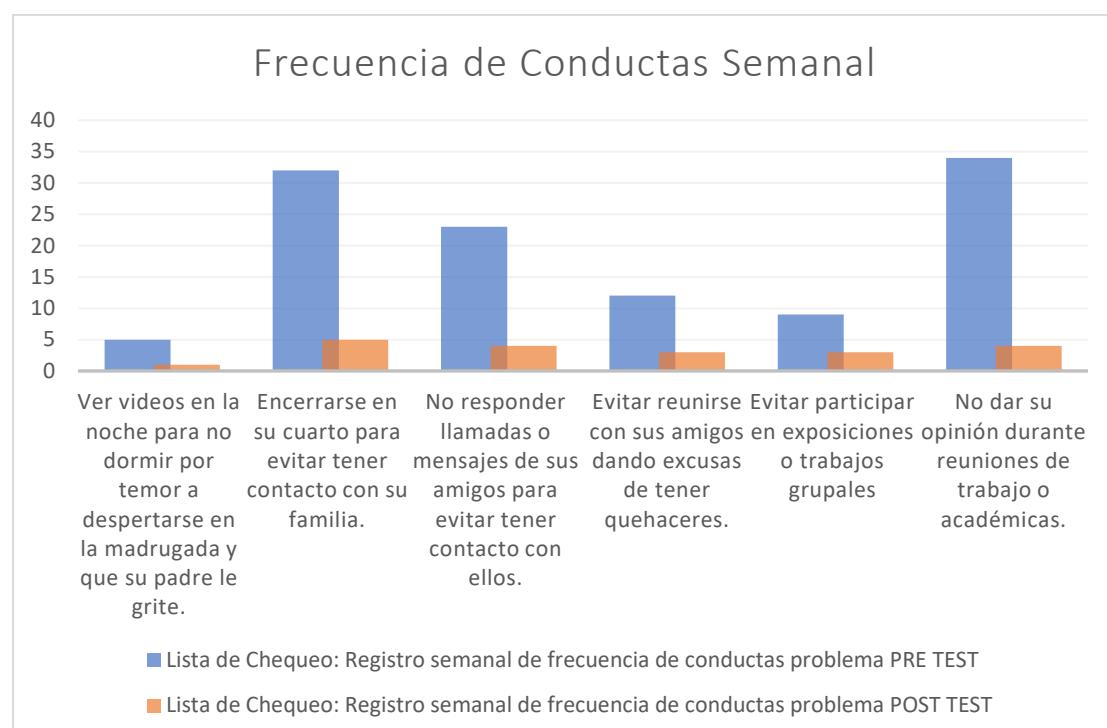
III. RESULTADOS

3.1 Análisis de los resultados

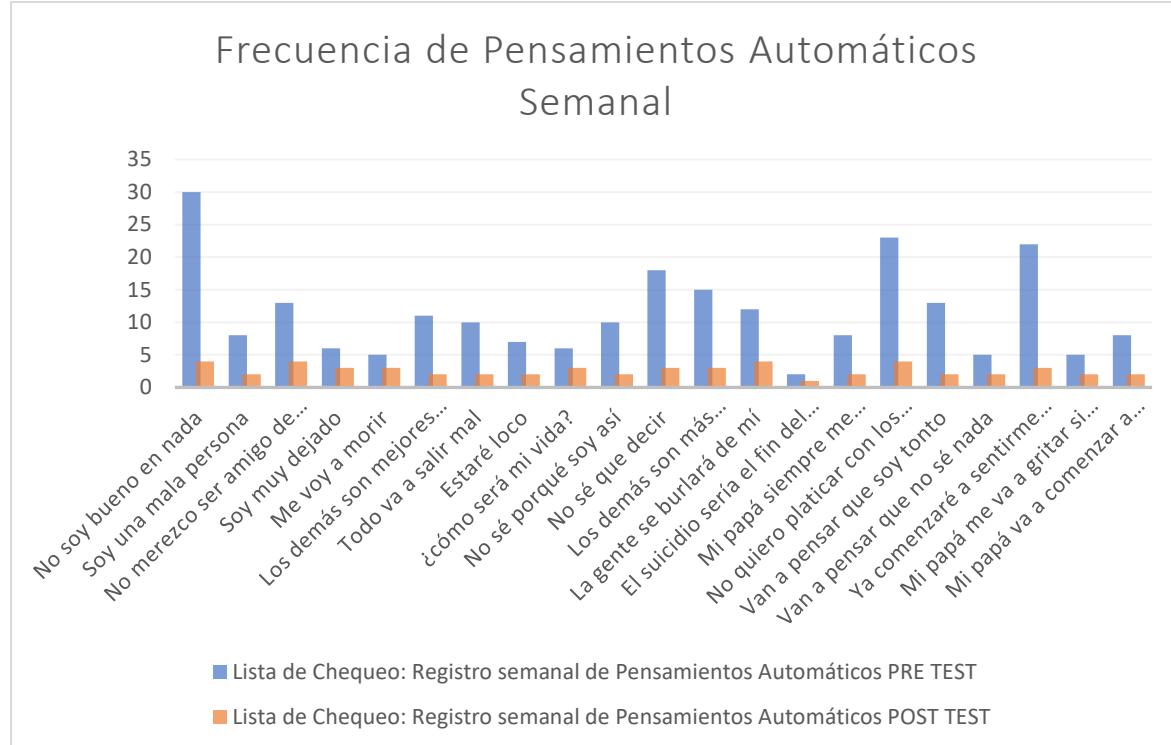
Se exhibe el resultado de la aplicación de las pruebas psicológicas, también las conductas problema, emociones, pensamientos automáticos y la síntesis del análisis cognitivo.

Figura 1

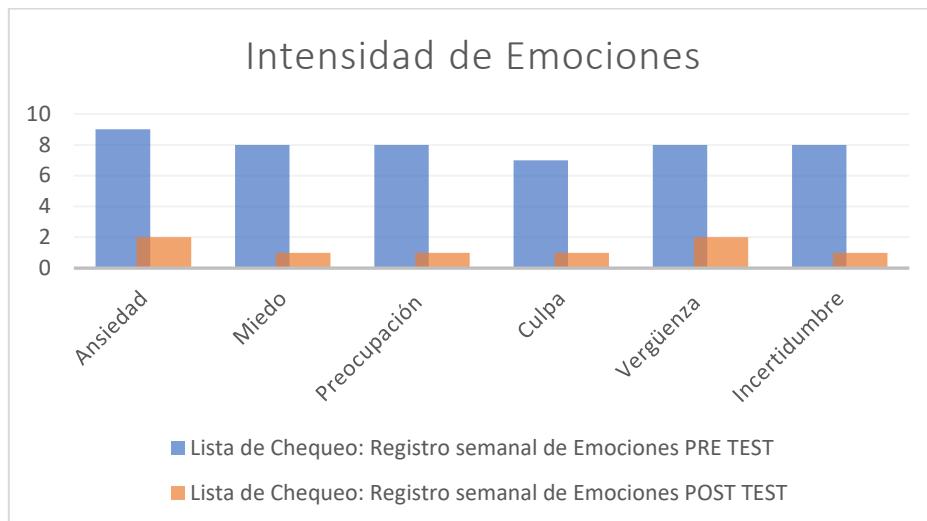
Frecuencia de conductas semanal



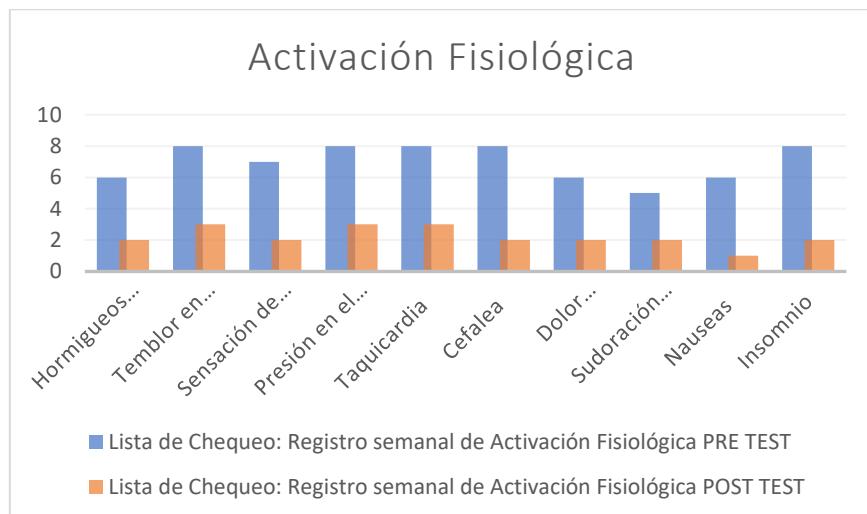
En la figura 1 se logra visualizar una disminución significativa en la frecuencia de las conductas motoras, teniendo en cuenta el pre y post test. Cabe señalar que la conducta de ver videos se mantuvo en frecuencia uno, debido a que cuando el padre lo visitaba sin previo aviso, él aún se mantenía despierto en la madrugada viendo videos.

Figura 2*Frecuencia de pensamientos automáticos semanal*

En la figura 2 se logra visualizar una disminución significativa en la frecuencia de los pensamientos automáticos, teniendo en cuenta el pre y post test. Cabe resaltar que el primer pensamiento automático “no soy bueno en nada”, es en el que se notó una disminución más significativa porque además de la reestructuración cognitiva, se abordó con técnicas de activación conductual y registro diario de logros del día, logrando así un mayor nivel de autoconfianza.

Figura 3*Intensidad de emociones*

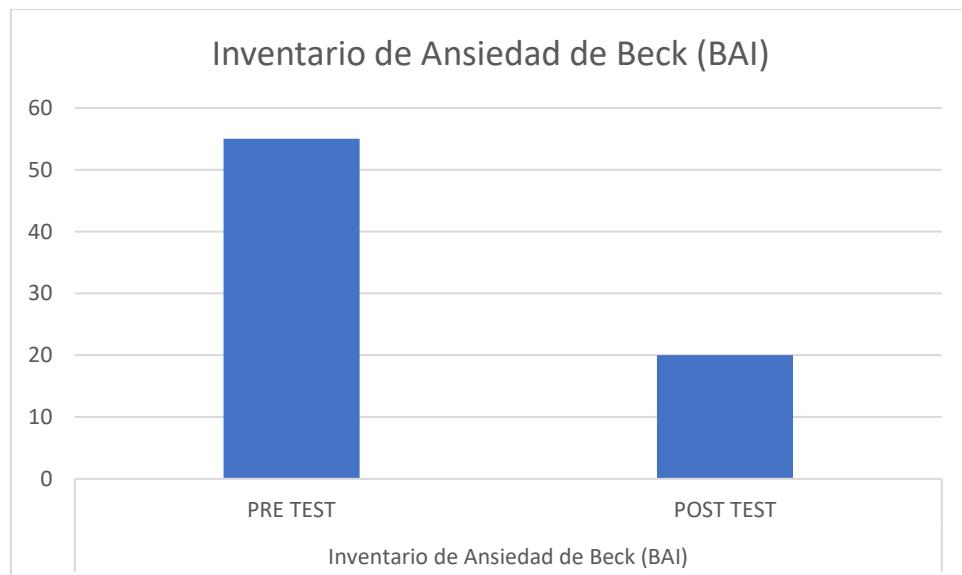
En la figura 3 se logra visualizar una disminución significativa en la intensidad de las emociones, teniendo en cuenta el pre y post test. Cabe resaltar que la primera emoción, se notó mayor disminución porque se abordó con técnicas de relajación, reestructuración cognitiva e instauración de habilidades sociales como la comunicación asertiva.

Figura 4*Intensidad de activación fisiológica*

En la figura 4 se logra visualizar una disminución significativa en la intensidad de la activación fisiológica relacionada a la ansiedad, teniendo en cuenta el pre y post test. Se resalta que tanto el insomnio como la cefalea, se notó mayor disminución porque se abordó con técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

Figura 5

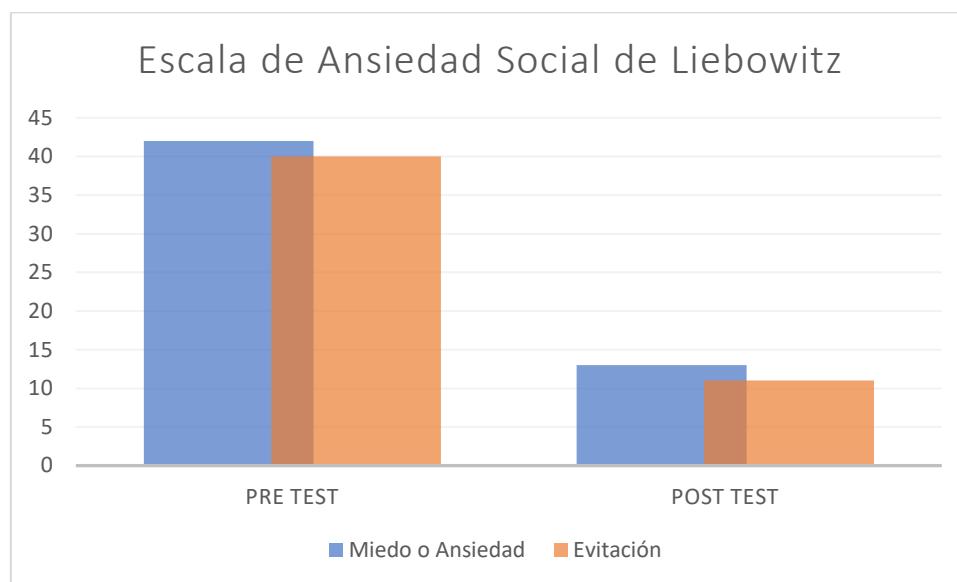
Nivel de ansiedad



En la figura 5 se logra visualizar una disminución significativa en el nivel de ansiedad experimentada por el paciente, teniendo en cuenta el pre y post test, de un nivel de ansiedad severa a un nivel de ansiedad muy baja. Para obtener este resultado, se emplearon técnicas de relajación y reestructuración cognitiva.

Figura 6

Escala de ansiedad social de Ñiebowitz



En la figura 6 se logra visualizar una disminución significativa en la dimensión miedo o ansiedad y evitación, teniendo en cuenta el pre y post test, de un nivel de ansiedad social severa a un nivel de leve ansiedad social. Resaltando que el nivel de evitación obtuvo una disminución mayor, porque fue abordada por técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, activación conductual, comunicación asertiva y toma de decisiones.

3.2 Discusión de resultados

En el objetivo general, se disminuyeron los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad social, como temblor en las manos y pies, presión en el pecho, taquicardia, cefalea, insomnio, pensamientos intrusivos, ansiedad, incertidumbre, miedo, culpa, evitar reunirse con sus amigos dando excusas de tener quehaceres, evitar participar en exposiciones o trabajos grupales, encerrarse en su cuarto para evitar tener contacto con su familia; a través de un programa cognitivo conductual. Esto concuerda con lo concluido por Pesantes (2022) en su intervención cognitivo conductual en un hombre de 32 años con ansiedad social, quien empleó diversas técnicas cognitivo-conductuales como: psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, modelado, análisis de

beneficio coste, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y solución de problemas. Los efectos mostraron una participación social voluntaria por parte del usuario, siendo satisfactoria y efectiva durante situaciones sociales, disminuyendo las respuestas de evitación, también los niveles de ansiedad social, exponiendo la eficacia del tratamiento sugerido, logrando evidenciar la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual en ese paciente. Esto es respaldado por Beck et al., (2012) refieren que la terapia cognitiva, utiliza estrategias cognitivas y conductuales para abordar creencias y pensamientos disfuncionales, con el objetivo de identificar y poner a prueba falsas creencias y supuestos desadaptativos del paciente, lo que incluye métodos de control de pensamientos automáticos, la evaluación de la relación entre cognición, afecto y conducta, y el reemplazo de cogniciones distorsionadas por interpretaciones más realistas. Se concluye que la terapia cognitiva conductual es efectiva para disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad social.

En lo correspondiente al primer objetivo específico, se consiguió disminuir los síntomas fisiológicos como temblor en las manos y pies, presión en el pecho, taquicardia, cefalea, insomnio, a través de la respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson, logrando que vuelva a un estado de calma y la intensidad de la activación fisiológica disminuya, esto tuvo efecto en el área social, aumentando su sensación de autocontrol sobre sus síntomas. Los resultados coinciden con lo expuesto por Pabuena (2019) quien intervino en un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual, por medio de técnicas como la psicoeducación, respiración y relajación muscular progresiva; demostrando una disminución significativa de la sintomatología ansiosa, como la disminución en la sensación de presión de pecho, cefalea y taquicardia. Así mismo, estos resultados son respaldados por la teoría de Clark y Wells (2001), sobre cómo las personas con este trastorno experimentan y procesan las situaciones sociales temidas, haciendo énfasis en que las personas

con ansiedad son hipervigilantes hacia los signos de la misma. Por ello se concluye, que las técnicas de respiración diafrágmática y relajación progresiva de Jacobson son efectivas para la disminución de los síntomas fisiológicos relacionados a la ansiedad social.

En el segundo objetivo específico, se logró disminuir las conductas motoras de evitación tales como evitar reunirse con sus amigos dando excusas de tener quehaceres, evitar participar en exposiciones o trabajos grupales, encerrarse en su cuarto para evitar tener contacto con su familia, a través de la jerarquización de ítems, el entrenamiento en desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva, logrando que ahora se reúna con amigos, participe en las exposiciones de trabajos grupales en la escuela y el trabajo, pase tiempo con su familia durante las comidas y tiempo de recreación. Esto tuvo repercusión en el área social y familiar del usuario, aumentando su sensación de autoeficacia. Estos resultados concuerdan con lo expuesto por Mendoza (2020) en su estudio de caso referente a terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente de 15 años con trastorno de ansiedad social, siendo una de las técnicas que empleó, la exposición graduada, en dicho estudio se observó mayor contacto social y que la usuaria logró incluirse en su grupo de pares, evidenciando la eficacia del tratamiento. Estos resultados se respaldan en la Teoría Bifactorial de Mowrer (1960), que afirma que las situaciones sociales son el estímulo condicionado que provoca ansiedad condicionada en el individuo, manteniendo la fobia social por condicionamiento operante, una vez que se ha adquirido la fobia, el individuo tiende a evitar las situaciones que provocan ansiedad (evitación), esta a su vez, actúa como un efecto reforzador negativo. Concluyendo que las técnicas de jerarquización de ítems, el entrenamiento en desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva son efectivas para la disminución de conductas de evitación, en casos de fobia social.

En lo concerniente al tercer objetivo específico, se consiguió modificar los pensamientos distorsionados asociados a la ansiedad social, tales como “los demás son más

capaces”, “no sé qué decir”, “ya comenzaré a sentirme mal y se van a dar cuenta”, “no merezco ser amigo de nadie”, entre otros, a través de la técnica de debate socrático y de reestructuración cognitiva, consiguiendo pensamientos alternativos como “todos tenemos habilidades y capacidades diferentes”, “si me siento mal puedo tranquilizarme y seguir con mis actividades” “hay características buenas en mí que los demás aprecian”. Los resultados coinciden con lo sustentado por Linares (2022) en su tesis sobre un caso psicológico: intervención cognitivo conductual en ansiedad generalizada en un adolescente, empleó la técnica de psicoeducación y reestructuración cognitiva de Ellis, lo que evidenció la disminución en la frecuencia de las ideas irracionales. Dichos resultados se apoyan en la teoría de Clark y Beck (2010) refieren que la manera en que pensamos influye directamente en la manera en que nos sentimos emocionalmente, las personas con fobia social presentan creencias disfuncionales que hacen que las situaciones sociales sean percibidas como peligrosas y anticipen un fracaso en la actuación social, provocando ansiedad significativa. Por lo mismo, se concluye que las técnicas de debate socrático y reestructuración cognitiva son efectivas para modificar los pensamientos distorsionados.

Referente al cuarto objetivo específico, se lograron incrementar las conductas de interacción social como participar en reuniones con amigos dentro y fuera del colegio, pasar tiempo de ocio con su familia, participar en las reuniones laborales, a través de la técnica de modelado y autoinstrucciones, logrando una adecuada autoeficacia y autoestima, así como un incremento en las interacciones sociales. Los resultados concuerda con lo sustentado por Pesantes (2022) en su caso psicológico de intervención cognitivo conductual en un hombre de 32 años con ansiedad social que haciendo uso de técnicas como el modelado y autoinstrucciones, incrementó la participación social voluntaria por parte del paciente. Siendo respaldado por la teoría de Olivares y Caballo (2003) que refiere que el individuo con ansiedad social establece una asociación disfuncional entre la situación social y las respuestas del

individuo, por lo que son percibidas con temor excesivo, reforzando la preocupación anticipatoria del sujeto sobre la ocurrencia de tales estados, resultando en evitación y aislamiento social. Se concluye que las técnicas de modelado y autoinstrucciones son efectivas para el incremento de la interacción social en casos de ansiedad social.

Respecto al quinto objetivo específico, se logró instaurar habilidades sociales como la comunicación asertiva y la toma de decisiones, a través de técnicas de psicoeducación y solución de problemas, consiguiendo que el paciente comunique sus necesidades y emociones a otros, así como tomar decisiones respecto a su futuro. Esto concuerda con Reguera (2021) en su estudio de caso en un estudiante universitario de 21 años, consideró técnicas de psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales, consiguió el incremento del bienestar y funcionamiento general, así como, un incremento de autoconfianza y de las relaciones sociales. Apoyado por la teoría de Clark y Wells (2001), que afirman que las personas con ansiedad social, después de ser expuestas a la situación social, presentan rumia post-evento, revisando la interacción social de manera negativa, centrándose en los aspectos que confirman sus creencias negativas sobre sí mismos. Así como, confirmación de creencias negativas: la experiencia negativa se suma a una lista de fracasos previos, reforzando la creencia de inadecuación social. Con ello se concluye que la técnica de solución de problemas es efectiva para instaurar habilidades sociales como la comunicación asertiva y toma de decisiones, logrando la adecuación social.

3.3 Seguimiento

Las sesiones de seguimiento se llevaron a cabo en dos sesiones con una frecuencia quincenal, durante las cuales, primero se hizo uso de la confrontación al problema, para lo cual se realizó, junto al usuario, una lista de “auto consejos” que lo ayuden a afrontar los problemas que puedan presentarse, para la posterior revisión de su eficacia. Posteriormente se empleó el debate socrático, planteando las preguntas qué, cómo y para qué, como inicio del debate, así

mismo se llevó a cabo una videollamada de 30 minutos a final de mes de junio, para guiar el debate socrático ante las dudas presentadas. El reforzamiento positivo, se llevó a cabo a través del llenado y revisión del diario de logros, se observó junto con el usuario la hoja de inicio del diario y se resaltó la manera como se fueron dando los logros y la facilidad con la que el usuario notaba los mismos.

IV. CONCLUSIONES

- a. A través de un programa cognitivo conductual, se logró disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad social en un adolescente varón, mediante técnicas de reestructuración cognitiva, relajación, habilidades sociales.
- b. Se disminuyeron los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad social, tales como hormigueos, temblor en manos y pies, sensación de ahogo, presión en el pecho, taquicardia, cefalea, dolor estomacal, sudoración excesiva en manos, náuseas e insomnio, mediante la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.
- c. Se disminuyeron las conductas motoras de evitación, tales como ver videos en la noche para no dormir por temor a despertarse en la madrugada y que su padre le grite, encerrarse en su cuarto para evitar tener contacto con su familia, no responder llamadas o mensajes de sus amigos para evitar tener contacto con ellos, evitar reunirse con sus amigos dando excusas de tener quehaceres, a través de la jerarquización de ítems y el entrenamiento en desensibilización sistemática.
- d. Se modificaron los pensamientos distorsionados asociados a la ansiedad social, como pensamientos distorsionados de tipo catastrófico, culpabilidad, minusvalía, derrotista, mediante la técnica debate socrático y de reestructuración cognitiva.
- e. Se incrementaron las conductas de interacción social, tales como reunirse con amigos y familia, participar en exposiciones en la escuela y el trabajo, dar su opinión en reuniones, mediante la técnica de modelado y activación conductual.

- f. Se instauraron habilidades sociales como la comunicación asertiva y la toma de decisiones en un adolescente varón a través de técnicas de psicoeducación y la técnica de resolución de problemas.

V. RECOMENDACIONES

- a. Asistir a terapia familiar para mejorar la dinámica intrafamiliar, la comunicación con su parente y afrontar los desacuerdos de manera asertiva, con el objetivo de contribuir a su bienestar.
- b. Asistir a actividades culturales o deportivas tales como oratoria y fútbol, con adolescentes de su edad, que aumenten las conductas de interacción social para fortalecer las habilidades sociales adquiridas.
- c. Participar en terapia de grupo con jóvenes, con el fin de fortalecer las habilidades de resolución de problemas para el aumento de las interacciones sociales.
- d. Utilizar protocolos de evaluación estandarizados y adaptados, en futuros estudios de caso, para medir la ansiedad social, específicamente para grupos de adolescentes, ya que, en la literatura, los instrumentos están dirigidos para población adulta.
- e. Revisar más a profundidad los estudios epidemiológicos dirigidos a población adolescente, específicamente ansiedad social, porque la mayoría de los datos estadísticos son referentes a población general.

VI. REFERENCIAS

- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. Pearson.
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. <https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/40798>
- Castillo, O. (2000). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Trabajo de segunda especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Domínguez, I. (2023). *Intervención psicológica en un caso de ansiedad social mediante aplicaciones en Terapia Cognitiva Conductual*. [Tesis Pregrado]. Universidad Autónoma de México.
- Durand, A. (2019). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4071>
- Gómez, M. (2023). *Efectividad de un Tratamiento Cognitivo Conductual por medio de terapia Online a pacientes con trastorno de Ansiedad Generalizada*. [Tesis Pregrado]. Universidad Vasco de Quiroga.
- Linares, S. (2002). *Caso Psicológico: Intervención cognitivo Conductual en Ansiedad Generalizada en un Adolescente*. [Trabajo académico de segunda especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Larragoitia, I.A., Menéndez, R. G., Cabrera, A. C., Pérez, Y. M. L., y Menéndez, R. G. (2017). Depresión generalidades y particularidades. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36 (2), 234-245.

Pabuena, M. (2019). *Evaluación e Intervención clínica de un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el Modelo Cognitivo Conductual*. [Tesis Posgrado]. Universidad Pontificia Bolivariana.

Paz, S. y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. (1.^a ed., Vol. 1). Universidad Politécnica Salesiana.

Zapata, A. (2020), *Intervención Cognitivo Conductual para la reducción de la Ansiedad en Adolescentes de un Centro Psicológico Privado*. [Tesis pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULima.

<https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/11325>

Zarraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(3), 183-197.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1397796>

VIII. ANEXOS

Anexo A

PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN

REGISTRO DE OPINIONES (REGOPINA)

FORMA A

M.Davis, M.Mckay y E.Eshelman

(2009)

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Señale si considera verdadero (**V**) o falso (**F**) en cada afirmación. Asegúrese de contestar lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.
2. Odio equivocarme en algo.
3. La gente que se equivoca, debe recibir su merecido.
4. Generalmente acepto los acontecimientos desagradables con tranquilidad.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
6. "Árbol que crece torcido, nunca su tronco endereza"
7. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo que sentirme obligado a manifestar respeto a nadie.
8. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
9. Las personas malas deben de ser castigadas.
10. Las frustraciones y decepciones no me perturban.
11. A la gente no la transforman los acontecimientos, sino la imagen que tiene de estos.
12. Es casi imposible superar las influencias del pasado.
13. Quiero gustar a todos.
14. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
15. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
16. Las cosas deberían ser distintas a como son.
17. Yo mismo me provoco mi mal humor.
18. Si algo afecta tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.
19. Me puedo gustar a mí mismo, aun cuando no lo guste a los demás.
20. Me gustaría triunfar en algo, pero pienso que no estoy obligado a hacerlo.
21. La inmoralidad debería castigarse severamente.
22. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
23. Las personas desdichadas, generalmente, se provocan ese estado así mismas.
24. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
25. Si no le gusto a los demás, es su problema, no el mío.
26. Para mí es extremadamente importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.
27. Pocas veces culpo a la gente por sus errores.
28. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.

29. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.
30. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
31. Creo que es difícil ir en contra de lo que piensan los demás.
32. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean en ellas.
33. El miedo al castigo es lo que hace que la gente sea buena.
34. Si las cosas me desagradan, elijo ignorarlas.
35. Cuantos más problemas tiene una persona, menos feliz es.
36. Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
37. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no la necesito realmente.
38. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
39. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
40. Hago todo lo que puedo para conseguir lo que quiero; y después, dejo de preocuparme.
41. Nada es perturbador por sí mismo; si lo es, se debe al modo que lo interpretamos.
42. Somos esclavos de nuestro pasado.
43. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
44. Me trastorna cometer errores.
45. No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto"
46. Yo disfruto tranquilamente de la vida.
47. No pedo evitar sentirme muy alterado ante ciertos hechos.
48. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
49. Usualmente me preocupo por lo que la gente piensa de mí.
50. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
51. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
52. La gente es más feliz cuando tienes metas y problemas que resolver para alcanzarlas.
53. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
54. Básicamente, la gente nunca cambia.
55. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.
56. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
57. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
58. Raras veces me perturban los errores de la demás.
59. El hombre construye su propio infierno interior.
60. No miro atrás con resentimiento.
61. Si cometo un error lo acepto con tranquilidad.
62. Los acontecimientos negativos pueden ser superados.
63. Hay gente que me altera de humor.
64. Acepto con calma que otros sean mejores que yo en algo.
65. Hay tristeza que jamás se superan.

Anexo B

Cuestionario de Esquemas desadaptativos de Young

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de frases que las personas podrían utilizar para describirse a sí mismas. Por favor, lea cada frase y luego puntuélas basándose en el grado de exactitud con que éstas lo describen. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que **emocionalmente siente, no en lo que piense que es verdad.**

Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas. Si en la actualidad no tiene pareja, pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y/o significativa.

Escoja la puntuación desde el 1 al 6 que mejor lo describe y márguela en la columna de la derecha con un círculo.

ESCALA DE PUNTUACIONES	
1 = Totalmente falso.	4 = Apenas más verdadero que falso.
2 = La mayoría de veces falso.	5 = La mayoría de veces verdadero.
3 = Apenas más falso que verdadero.	6 = Me describe perfectamente.
1. La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.	1 2 3 4 5 6
2. Me afiero mucho a las personas cercanas porque tengo miedo que me abandonen.	1 2 3 4 5 6
3. Siento que la gente se aprovechará de mí.	1 2 3 4 5 6
4. No encajo en ningún lugar.	1 2 3 4 5 6
5. Ningún hombre/mujer que yo deseé podría amarmi cuando viese mis defectos.	1 2 3 4 5 6
6. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en lo académico) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.	1 2 3 4 5 6
7. No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.	1 2 3 4 5 6
8. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.	1 2 3 4 5 6
9. No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	1 2 3 4 5 6
10. Pienso que si hago lo que quiero en vez de hacer lo que quieren los demás, me encontraré en problemas.	1 2 3 4 5 6
11. Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.	1 2 3 4 5 6
12. Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, interés, preocupación...).	1 2 3 4 5 6
13. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo ser el segundo mejor.	1 2 3 4 5 6
14. Me cuesta mucho aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.	1 2 3 4 5 6
15. Parece que no puedo disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.	1 2 3 4 5 6
16. Tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso.	1 2 3 4 5 6
17. Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es solamente algo temporal.	1 2 3 4 5 6
18. Si cometo un error, merezco ser castigado.	1 2 3 4 5 6
19. En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.	1 2 3 4 5 6
20. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	1 2 3 4 5 6
21. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.	1 2 3 4 5 6
22. Soy básicamente diferente de las otras personas.	1 2 3 4 5 6
23. Nadie que yo deseé, quería estar cerca de mí si me conociese realmente.	1 2 3 4 5 6
24. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	1 2 3 4 5 6

ESCALA DE PUNTUACIONES

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 = Totalmente falso. | 4 = Apenas más verdadero que falso. |
| 2 = La mayoría de veces falso. | 5 = La mayoría de veces verdadero. |
| 3 = Apenas más falso que verdadero. | 6 = Me describe perfectamente. |

25.	Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	1 2 3 4 5 6
26.	Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).	1 2 3 4 5 6
27.	Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en los suyos.	1 2 3 4 5 6
28.	Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.	1 2 3 4 5 6
29.	Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.	1 2 3 4 5 6
30.	Me da vergüenza tener que expresar mis sentimientos a los demás.	1 2 3 4 5 6
31.	Intento hacer las cosas lo mejor que puedo, no puedo aceptar un "bastante" bien.	1 2 3 4 5 6
32.	Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.	1 2 3 4 5 6
33.	Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.	1 2 3 4 5 6
34.	Los logros son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta:	1 2 3 4 5 6
35.	Si algo bueno ocurre, me preocupo por qué es probable que algo malo le siga.	1 2 3 4 5 6
36.	Si no lo intento con todas mis fuerzas, merecería ser un perdedor.	1 2 3 4 5 6
37.	Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.	1 2 3 4 5 6
38.	Me preocupa que las personas cercanas a mí, me dejen o me abandonen.	1 2 3 4 5 6
39.	Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.	1 2 3 4 5 6
40.	No me siento unido a nadie, soy un solitario.	1 2 3 4 5 6
41.	No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.	1 2 3 4 5 6
42.	La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y rendimiento.	1 2 3 4 5 6
43.	No tengo sentido común.	1 2 3 4 5 6
44.	Me preocupa que alguien pueda atacarme físicamente.	1 2 3 4 5 6
45.	Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.	1 2 3 4 5 6
46.	En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa para no salir perjudicado.	1 2 3 4 5 6
47.	Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.	1 2 3 4 5 6
48.	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1 2 3 4 5 6
49.	Debo cumplir todas mis responsabilidades.	1 2 3 4 5 6
50.	Odio que me contradigan, limiten o no se me deje hacer exactamente lo que yo quiero.	1 2 3 4 5 6
51.	Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.	1 2 3 4 5 6
52.	Si no recibo mucha atención de los demás, me siento menos importante.	1 2 3 4 5 6
53.	Aunque tenga mucho cuidado, casi siempre algo saldrá mal.	1 2 3 4 5 6
54.	Si no hago un buen trabajo, debería sufrir las consecuencias.	1 2 3 4 5 6
55.	La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1 2 3 4 5 6
56.	Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.	1 2 3 4 5 6
57.	Soy bastante desconfiado respecto a los motivos o intenciones de los demás.	1 2 3 4 5 6
58.	Me siento alejado o aislado del resto de las personas.	1 2 3 4 5 6

ESCALA DE PUNTUACIONES

- 1 = Totalmente falso.
 2 = La mayoría de veces falso.
 3 = Apenas más falso que verdadero.
 4 = Apenas más verdadero que falso.
 5 = La mayoría de veces verdadero.
 6 = Me describe perfectamente.

59.	Siento que no soy querible.	1 2 3 4 5 6
60.	No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.	1 2 3 4 5 6
61.	No se puede confiar en mi juicio o criterio en las situaciones cotidianas.	1 2 3 4 5 6
62.	Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.	1 2 3 4 5 6
63.	A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí, no tengo vida propia.	1 2 3 4 5 6
64.	Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.	1 2 3 4 5 6
65.	Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.	1 2 3 4 5 6
66.	Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.	1 2 3 4 5 6
67.	Siento una presión constante para lograr y finalizar las cosas.	1 2 3 4 5 6
68.	Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.	1 2 3 4 5 6
69.	No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten.	1 2 3 4 5 6
70.	Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, me importa obtener reconocimiento y admiración.	1 2 3 4 5 6
71.	No importa lo duro que trabaje, me preocupa arruinar mis finanzas y perderlo casi todo.	1 2 3 4 5 6
72.	No importa si cometo un error. Cuando me equivoco, debo pagar las consecuencias.	1 2 3 4 5 6
73.	Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.	1 2 3 4 5 6
74.	Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que las aparte de mí.	1 2 3 4 5 6
75.	Normalmente estoy pendiente de las intenciones ocultas de los demás.	1 2 3 4 5 6
76.	Siempre me siento poco integrado en los grupos.	1 2 3 4 5 6
77.	En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrime a los demás.	1 2 3 4 5 6
78.	No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que refiere al trabajo (o los estudios).	1 2 3 4 5 6
79.	No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.	1 2 3 4 5 6
80.	Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.	1 2 3 4 5 6
81.	A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.	1 2 3 4 5 6
82.	Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	1 2 3 4 5 6
83.	Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.	1 2 3 4 5 6
84.	La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.	1 2 3 4 5 6
85.	No me permite eludir fácilmente mis responsabilidades y/o buscar excusas para mis errores.	1 2 3 4 5 6
86.	Siento que lo que tengo para ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.	1 2 3 4 5 6
87.	Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis decisiones o propósitos.	1 2 3 4 5 6
88.	Recibir muchos halagos y cumplidos me hace sentir una persona valiosa.	1 2 3 4 5 6
89.	Una decisión equivocada me puede llevar al desastre.	1 2 3 4 5 6
90.	Soy una mala persona que merece ser castigada.	1 2 3 4 5 6

Anexo C

Instrumentos

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK

FORMATO B CUESTIONARIO

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un sí o con una No, según sea su caso.

Trate de decir Si o No representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o haz en el círculo debajo de la columna Si o No de su hoja de respuestas.

Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos.

Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones correctas ni incorrectas y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista a la mano cuando se le habla?
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
5. ¿Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?
6. Cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
7. ¿Se enfada o molesta a menudo?

8. Cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿Es usted triste, melancólico (a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado (a)?
13. ¿Se catalogaría a si mismo (a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo (a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón? ¿es por lo contrario animado(a) y jovial?
17. ¿Se ríe a menudo de chistes groseros?
18. ¿Se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
19. ¿Se siente incómodo (a) con vestidos que no son del diario?
20. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
21. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
22. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
23. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
24. ¿Le gustan las bromas?
25. ¿Piensa a menudo en su pasado?
26. ¿Le gusta mucho la buena comida?
27. Cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
28. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
29. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
30. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
31. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
32. ¿Se pone a menudo tan inquieto (a) que no puede permanecer sentado (a) durante mucho rato en una silla?
33. ¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
34. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?

35. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leido?
36. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo (a) que hablando a otra persona sobre ello?
37. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
38. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
39. ¿Sufre de los nervios?
40. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
41. ¿Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy día?
42. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
43. ¿Cuándo hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
44. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?
45. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglaran por si solas y que terminaran bien de algún modo?
46. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
47. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
48. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
49. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
50. ¿Se mantiene usualmente encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
51. ¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?
52. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
53. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?
54. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con sus superiores?
55. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
56. ¿Siente "sensaciones" en el abdomen, antes de un hecho importante?

Anexo D

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

CUESTIONARIO

	No	Leve	Moderado	Bastante
1. Torpe o entumecido -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acalorado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con temblor en las piernas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relajarse -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mareado, o que se le va la cabeza -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inestable -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atemorizado o asustado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervioso -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Con sensación de bloqueo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Con temblores en las manos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inquieto, inseguro -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Con miedo a perder el control -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con sensación de ahogo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Con temor a morir -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Con miedo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Con problemas digestivos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Con desvanecimientos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con rubor facial -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Con sudores, fríos o calientes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo E

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

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

Anexo F

Formato de consentimiento informado para actividades de Investigación

Al amparo de la Ley N° 20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, ideologías, lo relacionado a mi intimidad sexual, religión hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____, Hora _____

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto _____ el mismo que es realizado por la psicóloga _____ en condición de investigadora.

Yo, _____ declaro haber sido informado de los procedimientos de la intervención del trabajo académico que se realizará y se han resuelto todas mis inquietudes de preguntas al respecto, en pleno uso de mis facultades mentales, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de la información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos, a mi menor hijo, identificado con DNI _____, que permitan ratificar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual, mediante una evaluación de pre y post tratamiento.

Paciente DNI N°

Psicóloga DNI N°

Anexo G

Formato de consentimiento informado para actividades de Investigación

Al amparo de la Ley N° 20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, ideologías, lo relacionado a mi intimidad sexual, religión hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____, Hora _____

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto _____ el mismo que es realizado por la psicóloga _____ en condición de investigadora.

Yo, _____ declaro haber sido informado de los procedimientos de la intervención del trabajo académico que se realizará y se han resuelto todas mis inquietudes de preguntas al respecto, en pleno uso de mis facultades mentales, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de la información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitan ratificar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual, mediante una evaluación de pre y post tratamiento.

Paciente DNI N°

Psicóloga DNI N°