



FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN FOBIA SOCIAL EN UNA
MUJER JOVEN

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Rojas Delgado, Leydi Pamela

Asesor:

Carlos Ventura, David Dionisio

ORCID: 0000-0001-7679-6330

Jurado:

Roca Paucarpoma, Favio Javie

Montes de Oca Serpa, Jesús Hugo

Casquero Zaidma, Miriam

Lima - Perú

2022

Referencia:

Rojas, D. (2022). *intervención cognitivo conductual en fobia social en una mujer joven* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5926>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN FOBIA SOCIAL EN UNA MUJER JOVEN

Línea de Investigación: Salud Mental

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

Autora:

Rojas Delgado, Leydi Pamela

Asesor:

Carlos Ventura, David Dionisio

Código ORCID: 0000-0001-7679-6330

Jurado:

Roca Paucarpoma, Favio Javier

Montes de Oca Serpa, Jesús Hugo

Casquero Zaidma, Miriam

Lima- Perú

2022

Pensamientos

“Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar”.

Eugene Ware

Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.

Albert Einstein

Dedicatoria

A Dios, por brindarme sabiduría, perseverancia, por ser el forjador de mi camino. A mis padres por su amor, guía y consejos; por ser el motivo principal para superarme día a día. A mi esposo por su paciencia, comprensión, amor, por sus consejos durante todo este largo camino de crecimiento profesional.

Agradecimiento

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional Federico Villarreal quien ha forjado mi vida profesional en cimientos de conocimiento científico, competencias profesionales y valores humanos durante mi formación profesional.

Al Mg. David Carlos Ventura quien me apoyo en el asesoramiento, siempre estuvo presto a escucharme y por su paciencia para lograr la meta

A mis amistades y colegas que me guiaron en la presente investigación durante cada etapa de su desarrollo.

Resumen

Se presenta el caso de una mujer, soltera de 28 años, quien presenta fobia social según los criterios del CIE-10 y confirmados mediante la entrevista y la aplicación de las pruebas psicológicas. El objetivo terapéutico fue lograr que la paciente sea capaz de emitir conductas cognitivas adecuadas que permitan desarrollarse óptimamente en su área personal, social y laboral. Se utilizó el diseño univariable bicondicional de caso único A-B con la finalidad de reestructurar los pensamientos desencadenantes de emociones y comportamientos perjudiciales. Para la evaluación se inició con la entrevista psicológica se utilizaron instrumentos como: autoregistro, cuestionario de personalidad de Eysenck – Revisado EPQ-R, inventario de pensamientos automáticos, inventario de escala de ansiedad de Zung. El programa constó de 10 sesiones e incluyó técnicas como psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática. Al finalizar, los resultados del programa de disminución del nivel de ansiedad, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales para la paciente.

Palabras clave: Ansiedad, fobia social, terapia cognitivo conductual

Abstract

The case of a 28-year-old single woman is presented, who presents social phobia according to the ICD-10 criteria. The therapeutic objective was to ensure that the patient is capable of emitting adequate cognitive behaviors that allow her to develop optimally in her personal, social and work area. The experimental design used was the single case A-B in order to restructure the thoughts that trigger harmful emotions and behaviors. Instruments such as self-registration, Eysenck personality questionnaire - Revised EPQ-R, automatic thoughts inventory, Zung anxiety scale inventory, were used for the evaluation. The program consisted of 10 sessions and included techniques such as psychoeducation, relaxation, cognitive restructuring and systematic desensitization. At the end, the results of the program to decrease the level of anxiety, reduction of thoughts, emotions and dysfunctional behaviors for the patient

Key words: Anxiety, cognitive behavioral therapy, social phobia

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras	x
I. Introducción	1
1.1. Descripción del Problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.2.1. Antecedentes Nacionales	3
1.2.2. Antecedentes Internacionales	7
1.2.3. Fundamentos teóricos	10
1.2.3.1 Fobia social	10
1.2.3.2 Terapia cognitivo conductual	17
1.3. Objetivos	22
1.3.1. Objetivo general	22
1.3.2. Objetivos específicos	22
1.4. Justificación	22
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	23
II. Metodología	24
2.1. Tipo y diseño de investigación	24
2.2. Ámbito temporal y espacial	24

2.3. Variables de la investigación	24
2.3.1 Variable independiente	24
2.3.2 Variable dependiente	25
2.4 Participante	25
2.5 Técnicas e instrumentos	25
2.5.1 Técnicas	25
2.5.2 Instrumentos	26
2.5.3 Evaluación psicológica	29
2.5.4 Evaluación psicométrica	36
2.5.5 Informe psicológico integrador	40
2.6 Intervención	48
2.6.1 Plan de intervención y calendarización	51
2.6.2 Programa de intervención	51
2.7 Procedimiento	53
2.8 Consideraciones éticas de la evaluación psicológica	60
III. Resultados	61
3.1 Análisis de los resultados	61
3.2 Seguimiento	69
3.2 Discusión de resultados	69
IV. Conclusiones	72
V. Recomendaciones	73
VI. Referencias	74
VII. Anexos	81

Índice de Tablas

Tabla 1.	Resultados del Cuestionario de Personalidad	37
Tabla 2.	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos	38
Tabla 3.	Resultados de evaluación de Personalidad de Eysenck	40
Tabla 4.	Resultados del Inventario de Personalidad de Pensamientos automáticos	40
Tabla 5.	Diagnóstico funcional	42
Tabla 6.	Análisis funcional	43
Tabla 7.	Diagnóstico cognitivo A-B-C	45
Tabla 8.	Criterios según el CIE-10 para la fobia social	46
Tabla 9.	Aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual	54
Tabla 10.	Jerarquía de ítems a sensibilizar	59
Tabla 11.	Línea Base. Registro de conducta: Frecuencia	61
Tabla 12.	Conducta/Frecuencia pre y post test	63
Tabla 13.	Registro de frecuencia del Pensamiento pre y post test	63
Tabla 14.	Registro de frecuencia de emociones pre y post test	64
Tabla 15.	Resultados comparativos de Personalidad de Eysenck	66
Tabla 16.	Resultados comparativos de Pensamientos Automáticos	67
Tabla 17.	Resultados comparativos de Ansiedad de Zung	68

Índice de Figuras

Figura 1.	Frecuencia de las conductas motoras	61
Figura 2.	Comparativos de la frecuencia de las conductas por fobia social	62
Figura 3.	Resultados comparativos de Pensamiento pre y post test	64
Figura 4.	Resultados semanales de frecuencia de emociones pre y post test	65
Figura 5.	Resultados comparativos de Personalidad de Eysenck	66
Figura 6.	Resultados comparativos de Pensamientos Automáticos	67
Figura 7.	Resultados comparativos del test de Ansiedad de Zung	68

I. Introducción

Los procesos de inhibición y ansiedad frente a situaciones nuevas, puede considerarse como un proceso natural que casi todas las personas pasan con regularidad, sin embargo, en algunas personas dicha situación se acompaña con episodios de ansiedad e inhibición excesiva. De acuerdo a ello, en algunas personas, la ansiedad acompaña a esa timidez y la persona se encuentra expuesta a situaciones de estrés y anticipación antes de enfrentar una situación determinada, experimentando episodios de ansiedad generalizada, que se visibiliza en la evaluación negativa de su comportamiento con la subsecuente posibilidad de ser evaluada de manera negativa por su entorno y sufrir consecuencias referidas a la humillación y rechazo por parte de otras personas y ser juzgada de manera negativa por las mismas ser considerada inferior. De acuerdo con ello, dichos individuos tienden a presentar sintomatología asociada a la inhibición ante situaciones sociales y conformándose una percepción negativa sobre sí mismo. En relación con ello, se presenta el caso de una paciente joven, de 28 años quien desde la adolescencia presentaba sintomatología asociada al trastorno de fobia social según el CIE-10, lo cual estaba interfiriendo negativamente su vida personal y laboral.

El presente caso se inicia con la evaluación general, la elaboración de una línea base la ejecución de una línea base, el análisis funcional y la aplicación de un programa específico de 10 sesiones, donde se utilizaron técnicas cognitivo conductuales como: Psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, restructuración cognitiva, desensibilización sistemática, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, refuerzo positivo, para finalmente pasar a describir los resultados obtenidos y la elaboración de las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

1.1. Descripción del Problema

La fobia social es sin duda uno de los trastornos más comunes en la actualidad, la cual se caracteriza principalmente por ser un miedo intenso en una o más situaciones sociales en las que la persona está expuesto al posible examen por parte de otras personas, generando en ella ansiedad. Dicha variable conduce a las personas que la padecen a evitar situaciones relacionadas con encuentros sociales. Y, las más graves usualmente se asocian con autoestima baja y un excesivo miedo a las críticas.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) menciona que las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser juzgado por las personas, pudiendo ser en grupo pequeño o amplio. Este trastorno no distingue sexo, pues se presenta tanto en varones y mujeres.

La fobia social es considerada uno de los trastornos más comunes en la actualidad, en uno de los estudios de mayor prevalencia de enfermedades mentales realizado en Estado Unidos, documentó que hasta un 12,1 % de los norteamericanos tienen fobia social a lo largo de la vida. Un segundo estudio más antiguo, informó de una prevalencia para la fobia social del 3,7 % en los últimos doce meses. La información anteriormente mencionada determina en base a su frecuencia estadística que el trastorno de ansiedad social se encuentra situado en el cuarto lugar de los trastornos mentales, solo por detrás de la depresión, el abuso de alcohol y las fobias simples. Por otra parte, en relación con las características culturales, se consideró que la fobia social tenía una mayor prevalencia en los países asiáticos, por sobre los occidentales, sin embargo, estudios epidemiológicos recientes demuestran lo contrario, afirmándose que la fobia social es más frecuente en América del Norte y Oceanía, seguido por

Europa, América del Sur y Sudáfrica, estando la menor frecuencia dentro de los países asiáticos.

En el Perú, estudios epidemiológicos de salud mental, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSMHN, 2021), refieren que los trastornos de ansiedad más prevalentes de vida que afectan a la población son: fobia social (miedo a exponerse al público) 2.2%; trastorno de ansiedad generalizada (temor crónico y sin control ante cualquier situación) 3%; y el trastorno de estrés postraumático (trastorno derivado de la experiencia de acontecimiento altamente traumático) 5.1%. Además, señalan que dichas enfermedades son más frecuentes en mujeres y pueden originarse por factores como experiencias tempranas negativas o conflictos familiares o estresores crónicos, estrés ambiental de la vida cotidiana, y también por factores genéticos o hereditarios. Por tanto, el presente estudio, tiende al abordaje de esta problemática a través del modelo cognitivo conductual y eficacia y efectiva en la literatura científica se dirige a mostrar estrategias terapéuticas con el fin de mejorar el desarrollo personal, social y laboral en una mujer de 28 años, cuyo diagnóstico es fobia social.

1.2. Antecedentes

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente en base de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc y otros encontramos que, aunque es escasa la información relacionada con la variable de estudio, tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan:

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Cornejo, en el año 2016, llevó a cabo una investigación con la finalidad de analizar los efectos de un programa cognitivo conductual en las habilidades sociales, el estudio se

desarrolló dentro del enfoque cuantitativo, asumiendo el tipo de investigación causal explicativa, diseño preexperimental, y muestreo no probabilístico. La muestra estuvo conformada por 32 estudiantes de organizaciones estudiantiles de la Institución Educativa Corazón de Jesús de Lima. El instrumento de recolección de datos fue: la Lista de evaluación de habilidades sociales, diseñado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Los resultados obtenidos evidenciaron que si existe influencia directa y significativa de la variable de estudio.

Jordán (2017) realizó una investigación con el objetivo de aplicar la Terapia Racional Emotiva a una mujer peruana de 26 años cuyo diagnóstico era de fobia social. A través de las técnicas y herramientas que la Terapia Racional Emotiva plantea la paciente al término de la terapia no solo ha modificó su sentido de vida, sino que fue consciente de que pueden existir emociones tanto positivas como negativas pero que de esas emociones no depende su bienestar y equilibrio personal también así aprende que los pensamientos serán los responsables de como la paciente se siente y no las situaciones. El paciente será responsable de su equilibrio emocional y de sus acciones; es decir de su bienestar personal.

Martínez (2021), en su investigación Ansiedad estado y ansiedad rasgo asociada a la ansiedad social en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur, cuyo objetivo fue determinar la relación existente, entre los cinco componentes de la ansiedad social, con la ansiedad estado (eventos estresantes) y con la ansiedad rasgo (carga hereditaria o biológica). Se utilizó una muestra de 449 jóvenes de ambos sexos, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO- A30). La investigación correspondió a una investigación descriptiva correlacional Mediante un tipo de investigación correlacional de enfoque cuantitativo y corte transversal. Los resultados

determinaron el grado de asociación entre las variables de estudio. Por lo tanto, se concluyó que existe correlación positiva y altamente significativa entre las tres variables de estudio; existiendo una mayor fuerza de asociación entre ansiedad estado y ansiedad social, en comparación con la ansiedad rasgo y ansiedad social

Rodríguez (2020) presentó un caso psicológico de un hombre adulto de 26 años con formación universitaria que presenta Ansiedad Social. El caso psicológico contó con la elaboración de un caso clínico con un diseño experimental de caso único A-B-A. Para la evaluación se inició con la entrevista psicológica, se aplicó el inventario de creencia de Ellis, el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan y la escala de ansiedad social de Liebowitz. En el plano operativo se aplicó la Terapia Cognitivo Conductual, en 17 sesiones, comenzando con el proceso de Psicoeducación: sobre los pensamientos, emociones, conducta y los objetivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Dentro del contenido de las sesiones se incidió en la detección y debate de creencias irracionales y el cumplimiento de tareas conductuales de exposición y evitación al escape. Los resultados obtenidos demostraron la reducción de las creencias irracionales y conductas de evitación. Se concluyó la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la Ansiedad Social.

Ita (2020) describió la efectividad de un programa de Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de Fobia Social de una paciente de sexo femenino de 29 años, con Licenciatura en Economía y actual estudiante de la carrera profesional de Psicología, y madre de dos hijas menores. Se técnicas e instrumentos de diagnóstico como: Entrevista, psicológica, observación conductual directa y aplicación de escalas: LSAS, registro de opiniones de Albert Ellis y hojas de control y registro sobre la conducta de evitación. Los resultados obtenidos permitieron demostrar la observación y conceptualización de la conducta evitativa. El diseño

de intervención del programa correspondió a un programa de diseño Cognitivo-Conductual para la reducción de la sintomatología de la paciente. Se concluyó que mediante las sesiones psicológicas las conductas evitativas disminuyeron en sus frecuencias y puntuaciones respectivamente.

Feria (2020) realizó una Intervención Cognitivo Conductual para la Fobia a leer en público en una mujer adulta de 42 años, cuyo objetivo fue la aplicación de un programa cognitivo conductual para lograr el cambio cognitivo conductual en una mujer adulta con síntomas manifiestos de fobia social dentro de la exposición lectora. Se utilizaron como instrumentos específicos de recolección de datos: la entrevista psicológica, el uso de registros conductuales, el Cuestionario de Personalidad PEN de Eysenk y el Registro de Opiniones - REGOPINA. Se utilizaron técnicas como la Terapia Racional Emotiva Conductual, Desensibilización sistemática imaginaria y en vivo, Role Playing y reforzamiento positivo. La evaluación y abordaje fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los resultados de la intervención demostraron una evolución positiva respecto a la línea base respecto a la eliminación y reestructuración de las creencias y pensamientos desadaptativos. Se concluyó que el resultado impacta positivamente en la paciente en el plano personal, familiar, laboral y social.

Arroyo y Millán (2020), en su investigación denominada Ansiedad Social en estudiantes universitarios, tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad social en los estudiantes del primer ciclo de la escuela profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes en la ciudad de Huancayo, durante el periodo académico 2020 – I. La población de dicho estudio correspondió a 94 estudiantes del primer ciclo, determinándose la muestra a 61 estudiantes. Los instrumentos de recolección de datos fueron la Escala de Ansiedad Social de

Liebowitz para la recolección de datos, mediante el formulario google doc por efectos de la pandemia. La metodología utilizada correspondió a una investigación de nivel descriptivo con un diseño descriptivo simple y corte transversal. Los resultados obtenidos demostraron que 26% de los estudiantes tienen ansiedad social leve, 25 % moderado y 49 % grave. Se concluye la presencia de desórdenes de ansiedad social.

Requena (2019) en una investigación denominada: Intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón adulto de San Juan de Lurigancho. El caso seleccionado correspondió a una persona de sexo masculino de 38 años que presentaba fobia social. Se realizó la evaluación respectiva y el abordaje terapéutico respectivo a través de un tratamiento cognitivo conductual diseñado bajo el modelo experimental de caso único bicondicional AB. Se utilizó como instrumentos autorregistros, historia psicológica, el registro de opiniones de Ellis, pensamientos automáticos y la Escala de ansiedad de Zung. Los resultados obtenidos mediante la intervención fueron exitosos mejorando las situaciones problemáticas de interacción social en un 80%.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Rosa et al. (2013) realizaron una investigación con el propósito de indagar la eficacia relativa del componente de reestructuración cognitiva (RC) dentro de la guía de tratamiento “Intervención en adolescentes con fobia social” (IAFS; Olivares, 2005) el cual ha resultado eficaz en adolescentes con fobia social generalizada. La muestra estuvo compuesta por 50 adolescentes españoles (74% chicas) de 14,60 años en promedio, quienes cumplían con los criterios requeridos por el DSM-IV-TR para el diagnóstico de fobia social generalizada. Además, los sujetos fueron establecidos aleatoriamente a dos condiciones experimentales: Guía IAFS completo versus guía IAFS sin reestructuración cognitiva. Los resultados mostraron

que no existían diferencias significativas entre ambos grupos tras la intervención ni en las medidas que evaluaban directamente las respuestas de ansiedad ni en correlatos relacionados (asertividad, autoestima y habilidades sociales). Por ello se puede concluir, aunque con cautela, que las sesiones centradas en reestructuración cognitiva no se muestran como un elemento clave en la mejora de los adolescentes fóbicos sociales tratados en este estudio.

Mendiburu et al. (2019), en su investigación realizada en México y Argentina compararon los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, con la disfunción física temporomandibular (DTM) en universitarios de México y Argentina. Este estudio fue de naturaleza cuantitativa, y diseño comparativo correlacional. La muestra correspondió a 2017 estudiantes de Odontología procedentes de una universidad mexicana y otra argentina. Para la recolección de los datos y su cuantificación, se empleó como instrumentos de medición, el IDARE para la medir los niveles de ansiedad, y el Índice de Amnésico de Fonseca, para determinar el grado de DTM. El estudio identificó que el 57.5% de estudiantes mexicanos y el 54.8% de estudiantes argentinos presentaban ansiedad patológica, porcentaje catalogado como muy significativo, tal como señalaron los autores. Este hallazgo sirvió para recomendar la implementación a nivel estudiantil de programas y estrategias preventivas para abordar la ansiedad y la depresión a nivel universitario.

Antona et al. (2012) realizaron una investigación en México cuyo objetivo fue la adaptación y validación de un programa de tratamiento para la fobia social en una muestra de 27 estudiantes mexicanos que presentaban fobia social. Se utilizaron la entrevista clínica ADIS-IV y diversas escalas para evaluación de la ansiedad y fobia social. Los resultados indicaban que los estudiantes que recibieron el tratamiento cognitivo conductual redujeron significativamente la fobia social. Este grupo al ser expuesto a una tarea de discurso se sintió

con mayor seguridad y un grado menor de inadaptación que el grupo control. El estudio concluye que el tratamiento adaptado y aplicado por primera vez a una muestra de jóvenes adultos mexicanos muestran eficaces resultados, lográndose mantener durante dos años de seguimiento.

Acevedo (2017) realizó una investigación en una población colombiana para adaptar e implementar una terapia cognitivo conductual basada en el programa para el tratamiento de la fobia social. Trabajó con una muestra de nueve personas de estudios universitarios, quienes presentaban temor a hablar en público y evitación a situaciones sociales. El programa cognitivo conductual consistió en la aplicación de diez sesiones en las que aplicó técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades y exposición. Los resultados mostraron una importante disminución del temor a hablar en público, la ansiedad social y las conductas de evitación en situaciones sociales, demostrando que las técnicas cognitivas conductuales tienen mejores resultados por ello son las más utilizadas.

Mendo et al. (2016), en España, efectuaron un estudio cuyo objetivo fue investigar los efectos de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios, trabajaron habilidades sociales en equipos de aprendizaje y la ansiedad social de los mismos. Asimismo, se analizó si el nivel de ansiedad social influye en el éxito del entrenamiento. Para esto, se diseñó una investigación de corte cuasi experimental con grupo de referencia, en la que participaron 149 estudiantes del Grado en Educación Social. Se tomaron medidas pretest-postest a través de auto informes que exploran las habilidades sociales básicas para trabajar en equipos de aprendizaje y la ansiedad social. Los resultados obtenidos demostraron la eficacia del entrenamiento en estudiantes universitario, y validaron el control de la variable ansiedad

social en entrenamientos en habilidades sociales, como limitadora de las capacidades y competencias de interacción social durante el entrenamiento.

López y Lozano (2016), en su investigación realizada en Colombia cuyo principal objetivo fue el de describir los niveles de ansiedad y su relación con las estrategias de afrontamiento en un grupo de estudiantes del primer año de la carrera de psicología de una universidad de Bello-Antioquía. Tuvo como muestra aleatorizada de 88 estudiantes, siendo 63 mujeres y 25 hombres, cuyas edades estaban entre los 17 y 42 años, se realizó a través de dos instrumentos: El inventario de Ansiedad Rasgo-estado (IDARE) y la escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M). El diseño de la investigación fue descriptivo y transversal. En los resultados hallados, tanto hombres como mujeres presentan niveles medio- alto y alto de ansiedad, es interesante observar que los hombres tuvieron una media superior en cuanto a ansiedad estado que las mujeres, mientras que la media con respecto a la ansiedad rasgo fue similar. De igual forma se evidencia, que estos altos niveles de ansiedad estado-rasgo, originan en los estudiantes alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales y psicósomáticas (el miedo, pensamientos negativos sobre sí mismo, agitación y sudoración, entre otras), que limitan su buen desempeño académico, social y su capacidad de adaptación ante escenarios inesperados.

1.2.3. Fundamento Teórico

1.2.3.1. Fobia social

A. Definiciones de Fobia Social. Arslan (2015), define la fobia social como un temor al entorno en el que se vive, donde la persona teme estimaciones negativas. Se puede decir que, las personas que tienen ansiedad social no pueden expresarse bien en público, tienden a no ir a restaurantes u otros locales, cuando se encuentran abarrotados de otras personas, presentando

problemas para conocer nuevas personas, por lo que tienden por norma general no participar en reuniones sociales.

Burguillos (2014) menciona que la fobia social es un miedo irracional y desproporcionado a un cierto número de situaciones de interacción social, es decir, la persona está totalmente convencida de que su actuación va a ser inadecuada, ridícula, embarazosa o humillante. Esa convicción se acompaña de sensaciones físicas como taquicardia, sudoración, temblores, etc. Para el afrontamiento de dichas situaciones la persona por norma utiliza la evitación de dichas situaciones o emplea una serie de procedimientos con el propósito que otras personas no logren percatarse de lo que sucede. Entre las situaciones sociales que más malestar provocan, están: asistir a reuniones sociales, hablar en público, pedir información, relacionarse con figuras de autoridad, conocer gente nueva, etc.

En relación con la ansiedad (Belloch et al., 2008) (Halgin y Whitbourne, 2009) es considerada una emoción en la que en reiteradas ocasiones es estimada adaptativa, ya que permite a las personas permanecer alertas y sensibles al ambiente, haciéndose posible el que puedan enfrentarse a las diversas situaciones que se presentan día a día. Al activarse esta alerta se logra afrontar mejor la situación de peligro, así como una óptima adaptación del sujeto al entorno en donde se encuentra. Sin embargo, estos autores refieren que podría existir un problema si es que esta alerta se presenta en niveles excesivos durante periodos de tiempo prolongados sin que exista un peligro real, creando así entonces una “falsa alarma” en el sujeto.

Según Fernández y Palmero (1999), la ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión, y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema

nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos interoceptivos o internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligroso y amenazante. Al respecto, Burguillos, en el año 2014, menciona que la fobia social es un miedo irracional y desproporcionado a un cierto número de situaciones de interacción social, es decir, la persona está totalmente convencida de que su actuación va a ser inadecuada, ridícula, embarazosa o humillante. Esa convicción se acompaña de sensaciones físicas como taquicardia, sudoración temblores, etc. Para afrontar las situaciones en las que se siente mal la persona las afronta evitándolas o si se encuentra en ellas pone en marcha una serie de maniobras con el fin de que los demás no se den cuenta de lo que le sucede. Entre las situaciones sociales que más malestar provocan, están: asistir a reuniones sociales, hablar en público, pedir información, relacionarse con figuras de autoridad, conocer gente nueva, etc.

Bados (2009) describe a la fobia social mencionando que se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. En relación a ello, la persona manifiesta temor a ser observada, pero sobre todo a desarrollar comportamientos que le resulten embarazosos e humillantes. Dichas situaciones permiten alterar de manera significativa su accionar social o en el caso de tener que vivirlas se soportan con elevados niveles de ansiedad y malestar intensos.

Así también, Fernández (2006) define como el miedo marcado, evitar situaciones en la que actúa de manera embarazosa, ridícula o humillante ante otros, notándose su síntoma de

ansiedad; cuando cree que se lo evalúa u observa al hablar o comer en público o escribir ante alguien. Siguiendo esta misma dirección, Toro (2012) menciona que la fobia social también llamada ansiedad social se constituye como el resultado emocional de complejas respuestas de naturaleza biopsicosocial con componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos, los cuales se enfocan hacia amenazas de evaluación negativa por parte de otras persona y presencia de crítica social que desencadena un deterioro personal y social clínicamente significativo. Por otro lado, el mismo autor señala que los trastornos de ansiedad se caracterizan por comportamientos anticipatorios hacia un daño posterior real o imaginario, que están acompañados por respuestas fisiológicas y cognoscitivas de malestar ante una situación o estímulos indicadores de peligro, derivados de una percepción de falta de control sobre sucesos futuros, con un evidente desajuste personal y psicosocial. En el caso de la anticipación ante las situaciones sociales dicha percepción se hace más evidente ante personas que representen figuras públicas y de autoridad, los que refuerzan de manera significativa la ansiedad social, por lo que se puede concluir que ante una sociedad actual netamente competitiva permite el fortalecimiento de la exclusión social y el estrés en personas a las que les cueste en demasía proseguir con el patrón social dentro de la exigente sociedad actual.

Ballesteros y Labrador (2018) señalan que la Fobia Social suele ser un trastorno de inicio temprano, en la adolescencia o incluso antes, manifestándose en un curso crónico de naturaleza evolutiva en muchas personas ante la carencia de un tratamiento psicológico especializado. Dichos factores concurrentes permiten el desarrollo de importantes problemas en la persona con FS, haciendo que destaque como uno de los trastornos que más malestar y atención psicológica generan, tanto en pacientes de clínicas privadas como públicas.

Ellis (2000) afirma que la presencia de la ansiedad ante un suceso que la afecta de manera significativa la irrupción de pensamientos irracionales que le estimula a emocionarse de manera innecesaria y alterarse psicológicamente, afirmando como factor de importancia el control de la propia ansiedad para que las personas que padecen ansiedad social puedan sobrellevar el control de sus propias creencias irracionales y el manejo de su propia asertividad para convivir con otras personas con un control adecuado de sus pensamientos y emociones. El autor propone por lo tanto como base del control de la ansiedad social el reconocimiento de sus propias creencias irracionales dentro de sus actividades cotidianas. En segundo lugar, Ellis propone la discusión con el paciente de sus propias creencias irracionales para que el mismo pueda confrontar de manera efectiva sus propios miedos ante las situaciones sociales.

La fobia social también conocida como ansiedad social es un temor a situaciones sociales basado en hechos irreales, ante ello la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) en el CIE 10, señala que:

La fobia social es un miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social. Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. La evaluada puede consultar por ruborización, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional y, en algunas ocasiones, puede estar convencido de que el problema primordial son estas manifestaciones secundarias de ansiedad. Los síntomas pueden progresar a crisis de pánico (1992, p. 111).

Como vemos, la fobia social o trastorno de ansiedad social se caracteriza por un deseo compulsivo de evitar situaciones en las cuales el individuo pueda verse expuesto a examen por parte de los demás. Para estas personas hablar, comer, actuar en público e incluso utilizar lavabos o transportes públicos, pueden provocarles niveles muy altos de ansiedad, además de

un temor persistente e irracional a dichas situaciones. Asimismo, la persona que presenta fobia social tiende a tener de manera regular la presencia de una baja autoestima. Por otra parte, tiende a autoexigirse en demasía, presentando además una baja tolerancia ante las críticas y opiniones ajenas. En términos de sexo no existe una prevalencia determinada respecto a la fobia social, teniendo tanto hombres como mujeres la misma probabilidad de desarrollar dicho trastorno, el cual normalmente comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia. La fobia social o trastorno de ansiedad social se caracteriza por «un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas». En conclusión, se puede determinar desde una perspectiva positiva a la ansiedad social como «una emoción no sólo normal, sino útil, necesaria y adaptativa: ya que implica y supone una motivación para comportarse y actuar de una determinada manera en situaciones interpersonales concretas, nuevas o importantes».

Zubeidat et al. (2006) señalaron que la fobia social está relacionado a diversos factores, los cuales han hecho a la persona ser más vulnerable a este trastorno. Entre ellos están los factores del desarrollo, es cual está asociado al miedo, considerado como una emoción básica que tiene como función primordial la de preparar al ser humano para la presencia de peligros amenazantes a la supervivencia del individuo, poniendo en marcha sistemas de alerta, los cuales fomentan la precaución y prudencia. Factores familiares, ambientales, evolutivos y temperamentales, en los que la aparición de determinados trastornos específicos necesita recurrir a otros factores de tipo familiar, y así diferenciar dichos trastornos; ya que por sí sola no puede exponer la aparición de determinados trastornos.

Asimismo, los factores de vulnerabilidad como los estilos de crianza, el abandono, el escaso contacto con los contextos sociales y el modelado como los mensajes verbales y la

comunicación de creencias que marcan un cometido espectacular en la ansiedad; mientras que los comportamentales dan lugar a sentimientos de disgusto en situaciones sociales y a las manifestaciones de muestras de ansiedad por parte de los progenitores, además, los encuentros sociales que lleva a los sentimientos de ineficacia por falta de familiaridad y sin hacer frente a dichos encuentros, ya que se los valora como difíciles y complejos. Factores neurobiológicos la fobia social tiene bases neuro-anatómicas en una red de alta sensibilidad de la región que conecta la amígdala con el hipocampo orientada hacia el córtex pre-frontal y así se ha asociado variaciones genéticas en la serotonina con síntomas severos y excitabilidad de la amígdala en pacientes con fobia social. Factores psicológicos, refieren que los postulados en la mayoría resaltan el importante papel que tiene la atención, la memoria y los juicios e interpretaciones en la vulnerabilidad y en el mantenimiento de la fobia social. Factores socioculturales, según dicha teoría, se ha dejado claro que el juicio de la propia persona, acerca de la impresión que causa en los demás para alcanzar las metas que desea, cobraría un papel central en la experiencia de la ansiedad social. Se dice que las personas podemos cometer errores cuando emitimos un juicio sobre la impresión que causamos en los demás. Solemos comparar el juicio o las reacciones que recibimos con nuestros estándares internos, dando lugar a diferencias significativas entre individuos que juzgan la misma situación. Entre las notables diferencias entre unas culturas y otras, unas fomentarían la soledad y el establecimiento escaso de contactos interpersonales de modo puntual, y otras concederían un valor al apoyo y la colaboración entre los miembros del grupo social (familia, grupo de iguales, vecindad, etc.). Del mismo modo, las creencias de una determinada cultura, asociadas a la sumisión a la autoridad (de los jefes, varones, progenitores, etc.) pueden tener una gran consideración. Esto determinaría a menudo los comportamientos de los individuos educados y criados en una cultura o sociedad determinada.

Bravo y Padrós, en el año 2014, realizaron un exhaustivo estudio en el que reunieron información acerca de los modelos más representativos que explican la fobia social. Estos son: El modelo de Barlow en el que se menciona que las personas, debido a su evolución biológica, somos sensibles a la desaprobación social, es decir cuando alguien nos critica o avergüenza. Sin embargo, no todas las personas llegan a desarrollar este trastorno, ya que esto depende de la vulnerabilidad biológica y psicológica de cada individuo. Asimismo, señalan como explicación a tres posibles opciones para la adquisición de la fobia social. El primero se refiere a heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad, es decir, la persona tiende a ser inhibido socialmente. La segunda explicación posible señala que una persona al estar bajo tensión podría experimentar un ataque de pánico, las cuales puede ser una falsa alarma. La tercera explicación posible refiere a un posible trauma que un sujeto haya pasado - alarma verdadera - originando una ansiedad condicionada a las mismas o similares situaciones. Es por esta razón que de esta manera se instaura una alarma aprendida, sea falsa o verdadera, la cual se impregnará de la aprehensión ansiosa, sobre todo ante situaciones sociales.

1.2.3.2. Terapia Cognitivo Conductual. Lega et al. (2002) refieren que la terapia cognitivo conductual de manera general se encuentran referidas a todas las intervenciones de naturaleza conductual que implican la reducción de las conductas y emociones disfuncionales a través de la modificación de conducta por una parte y por otra parte a los procesos referidos a la modificando de las apreciaciones y patrones de pensamiento disfuncional en la persona. Dichas formas de intervención se establecen dentro la denominada teoría del aprendizaje con el propósito de establecer la presencia de un aprendizaje disfuncional que provoca efectos desadaptativos, siendo el objetivo de la terapia la disminución de dichos efectos a través del reaprendizaje de nuevas experiencias más funcionales.

Acuña (2018), indica que el modelo cognitivo conductual se centra en investigación científica y está establecido en las prácticas científicas, las cuales han sido comprobadas a lo largo del tiempo.

Ruiz et al. (2012) señalan que el objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también se dirige a modificar los procesos cognitivos que están a base del comportamiento (p. 83).

Según la American Psychiatric Association (APA) (2014), en el DSM-V describe que para realizar el diagnóstico de ansiedad social debe cumplir con los siguientes criterios:

1. 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.
2. 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).
3. 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.
4. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

5. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
7. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
9. 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.
10. 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.

El modelo de Barlow (2002) en el que se menciona que las personas, debido a su evolución biológica, somos sensibles a la desaprobación social, es decir cuando alguien nos critica o avergüenza. Sin embargo, no todas las personas llegan a desarrollar este trastorno, ya que esto depende de la vulnerabilidad biológica y psicológica de cada individuo. Asimismo, señalan como explicación a tres posibles opciones para la adquisición de la fobia social. El primero se refiere a heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad, es decir, la persona tiende a ser inhibido socialmente. La segunda explicación posible señala que una persona al estar bajo tensión podría experimentar un ataque de pánico, las cuales puede ser una falsa alarma. La tercera explicación posible refiere a un posible trauma que un sujeto haya pasado - alarma verdadera - originando una ansiedad condicionada a las mismas o similares situaciones. Es por esta razón que de esta manera se instaura una alarma aprendida, sea falsa o verdadera, la

cual se impregnará de la aprehensión ansiosa, sobre todo ante situaciones sociales (Bravo y Padrós, 2014).

1. Intervención cognitivo conductual

A. *Terapia racional emotiva conductual.* Planteada por Albert Ellis, propone una explicación de naturaleza biológica, psicológica y social referida a la conducta y emociones humanas, planteando que casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado de las autopercepciones personales. Dicho modelo terapéutico propone de manera directa una serie de fases: la exposición de la terapia racional emotiva conductual, la identificación de los pensamientos irracionales y la confrontación con el paciente de dichos pensamientos irracionales (Magallanes, 2010).

B. *Técnica de reestructuración cognitiva.* Planteada por Ellis (2000), supone una técnica de autoayuda que puede ser utilizada por prácticamente todas las personas con el propósito de disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. Dicha técnica parte de la premisa que no son solamente las situaciones o acontecimientos los que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc., sino además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos. Así, existe una relación funcional entre: a) el acontecimiento, b) lo que se piensa o cree acerca de él, c) la emoción como resultado de tal apreciación, que va a afectar la manera en que la persona se comporte ante la situación a). Por ejemplo, a) Una muchacha y un muchacho están en una fiesta, él se fija en ella; b) él piensa que, si se acerca a ella y lo rechaza, será un fracasado; c) entonces él se siente nervioso e incómodo, lo que hace probable que su relación con la muchacha no sea la que él deseaba.

C. *Exposición en vivo.* Consiste en la toma de contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual o bien entrando en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se llama

inundación. Esta indicación básica consiste en mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad o menos (Ruiz et al., 2012).

D. *Relajación progresiva de Jacobson.* El objetivo de este entrenamiento es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. De acuerdo con ello, dicho procedimiento consiste en tensar y destensar los diferentes 16 grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones producidas en cada situación. No obstante, se requiere tener en cuenta una serie de indicaciones específicas a realizar (Ruiz et al., 2012).

E. *Desensibilización sistemática.* Magallanes (2010), señala que esta técnica fue desarrollada por el terapeuta conductual Joseph Wolpe en 1958, para el tratamiento de fobias simples, para descondicionar emociones de ira y pena, las fobias sociales y otros. Consta de cuatro fases:

- Relajación.
- Elaboración de una lista con todos los temores.
- Construir una jerarquía de escenas que producen la ansiedad
- Con el uso de la imaginación entrar a las escenas que producen ansiedad.

Gavino (2006) señala que la desensibilización sistemática es un procedimiento dirigido a tratamiento de problemas de ansiedad, especialmente, fóbicos. Este procedimiento se encuentra enfocado en primer lugar a la disminución primero y luego a la eliminación, de la ansiedad fisiológica condicionada, sin abordar de manera directa el componente conductual, propiamente dicho de la evitación.

F. *El Entrenamiento en habilidades sociales.* Son un conjunto de técnicas determinadas a la enseñanza de conductas interpersonales específicas referidas a mejorar la competencia interpersonal de los individuos en situaciones sociales. Su aplicación en los programas de tratamiento de la fobia social se basa en la idea de que las personas con fobia

social carecen de las habilidades sociales adecuadas, tanto verbales como no verbales. Se supone que las respuestas de ansiedad son secundarias a la presencia de estos déficits y, por lo tanto, se espera que una mejora de las habilidades sociales produzca una reducción de la ansiedad (Acevedo, 2017).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el abordaje de la fobia social en una mujer joven.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir los niveles de fobia social en una mujer joven durante el tratamiento de intervención.
2. Identificar los sesgos cognitivos – creencias irracionales en fobia social en una mujer joven.
3. Identificar las conductas disfuncionales en fobia social en una mujer joven.
4. Determinar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en fobia social en una mujer joven.

1.4. Justificación

Desde el punto de vista teórico, el presente trabajo permitirá que los profesionales de la salud tengan un mayor y mejor conocimiento, así también comprensión de la variable dependiente fobia social en una mujer joven. Asimismo, las técnicas empleadas y su eficacia para el caso. Basado en el enfoque cognitivo conductual.

Desde la perspectiva social, este estudio contribuirá a incrementar las investigaciones en el Perú y ayudará a establecer programas de intervención de corte cognitivo conductuales más efectivos que generen un mayor desarrollo personal y social en los adolescentes. Lo cual servirá a la comunidad científica – psicológica.

Desde el punto de vista práctico, el presente trabajo ha sido elaborado minuciosamente para aplicar las técnicas más adecuadas acordes al caso y al paciente con la finalidad de modificar pensamientos y conductas de la evaluada por unas adecuadas.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Esta investigación logrará beneficiar a la paciente abordada, así como el mejoramiento en su ámbito familiar, social y laboral. Asimismo, será de beneficio para los usuarios con similares características debido a que podrán prevenir, identificar y actuar a fin de que ello no se convierta en un problema mayor a medida que el individuo va creciendo, como el caso presentado. Además, se espera que tenga un impacto en los profesionales de la salud mental que pueden utilizar este estudio como un modelo de intervención.

II. Metodología

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El tipo de investigación es aplicada porque toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado (Kerlinger, 2002). El diseño de investigación es de tipo experimental, preexperimental, este tipo de investigación es caracterizado por usar un solo grupo experimental, carece de grupo de control por lo que su grado es mínimo (Hernández et al., 2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso fue realizado en Lima Metropolitana de manera presencial en el centro de salud en el Colegio Militar Leoncio Prado en julio del 2019.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1 Variable independiente

La variable independiente estará dada por la Terapia Cognitivo conductual. Lega et al. (2002) refieren que la terapia cognitivo conductual se encuentra referida a todas las terapias que implican intervenciones conductuales referidos a reducir las conductas y emociones disfuncionales a través de la modificación del comportamiento. Asimismo, la intervención cognitiva a través de la reducción de conductas y emociones disfuncionales modificando las percepciones y patrones de pensamiento de la persona). Dichas formas de intervención se establecen dentro de la teoría de un aprendizaje preliminar de carácter desadaptativo, siendo el objetivo de la terapia la disminución de la conducta en términos no deseados hacia el aprendizaje de nuevas experiencias más funcionales.

2.3.2. Variable dependiente

La variable dependiente estará dada por la Fobia Social. Arslan (2015) la define como un temor al entorno en el que se vive, donde la persona teme estimaciones negativas. Se puede decir que, las personas que tienen ansiedad social no pueden expresarse bien en público, no pueden asistir a almorzar en espacios con regular cantidad de gente, presentando dificultades para conocer gente nueva y participar en reuniones sociales. La operacionalización de esta variable estará dada por los puntajes obtenidos en la Escala de ansiedad de Zung.

2.4. Participante

Nombre y Apellidos : Isabella Lía. M. R.

Género : Femenino

Edad : 28 años

Estado civil : Soltera

Número de hermanos : 2

Lugar y fecha de nac. : Lambayeque - 21/04/1991

Grado de instrucción : Superior

Ocupación : Enfermera

Dirección : La Perla - Callao

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

La observación de conducta (Van Dalen y Meyer, 1981), consideran su importancia dentro de la investigación, ya que proporcionan elementos fundamentales percibidas a través de los sentidos del evaluador y la entrevista psicológica.

2.5.2. Instrumentos

1. Ficha técnica del cuestionario de personalidad de Eysenck – Revisado EPQ-R

Datos Generales

Autores: H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck (1985, 1991).

Adaptación: Adaptado a la población española por G. Ortet i Fabregat, M. I. Ibáñez Ribes, M. Moro Ipola y F. Silva (1997), 2.aed. Revisada y ampliada en 2001.

Aplicación: Individual y colectiva.

Edad de aplicación: A partir de los 16 años.

Duración de la prueba: Alrededor de 15 o 30 minutos aproximadamente.

Descripción: El EPQ-R evalúa tres dimensiones básicas de la personalidad: extraversión (E), emotividad (N) y dureza, escala de psicoticismo (P). Consta además de una escala de sinceridad (L). El concepto de neuroticismo se refiere a la hiperreacción emocional general y la predisposición a padecer trastornos distímicos o histéricos bajo los efectos de estrés. Los rasgos que forman parte de esta dimensión son: ansioso, deprimido, sentimientos de culpa, baja autoestima, tenso, irracional, tímido, triste y emotivo. La extraversión, en tanto que opuesta a la introversión, indica la tendencia sociable, vivaz, activa, asertiva, buscadora de sensaciones, el espíritu aventurero, la despreocupación y la no inhibición del individuo. La escala de psicoticismo (P) es concebida como una dimensión de la personalidad normal que, en puntuaciones extremas, predispone tanto a los trastornos psicóticos como al trastorno bipolar, la esquizofrenia, la conducta antisocial y la psicopatía. Los rasgos que forman parte de esta dimensión son: agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, baja empatía, creativo y rígido. El cuestionario consta de 83 ítems o elementos con dos opciones de respuestas (SÍ o NO).

Validez: La prueba presenta validez de constructo obtenida por el método de análisis de ítem-subtest. La relación entre los ítems y el subtest puede expresarse por coeficientes de

correlación. Producto-Momento de Pearson (r) en la dimensión extraversión los resultados mostraron significancia y oscilan entre ($r = ,590^{**} p < .05$ y $r = ,428^{**} p < .05$); asimismo, en neuroticismo ($r = ,706^{**} p < .05$ y $r = ,513^{**} p < .05$) y psicoticismo ($r = ,531^{**} p < .05$ y $r = ,260^{**} p < .05$), lo que confirma que el cuestionario presenta una validez de constructo.

Confiabilidad: La confiabilidad de la escala se obtuvo mediante el valor de coeficiente de confiabilidad global del cuestionario y respecto a sus dimensiones, mediante el índice de consistencia interna mediante Kuder – Richardson KR - 20. (Tabla 3) obteniendo un 0,827 en la dimensión Neuroticismo, al igual que la dimensión extraversión con un 0,785. Por otro lado, se observa que la dimensión psicoticismo presenta una confiabilidad de, 0528, (Guilford, 1954).

2. Test de Pensamientos Automáticos

Ficha Técnica

Nombre: Test de pensamientos automáticos

Autor: Aaron Beck

Tiempo: 40-45 minutos aproximadamente

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Población: A partir de los 15 años

Descripción del instrumento: El inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan es un instrumento psicométrico para medir el tipo de distorsiones cognitivas presentes en adolescentes entre 14 a 17 años, determina las distorsiones cognitivas más prevalentes en el adolescente. De entre 15 tipos de distorsiones que se plantean en el instrumento.

Confiabilidad: los resultados demuestran que existe índice de confiabilidad para el IPA, puntaje ,956 lo que indica la existencia de confiabilidad para lo cual se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Validez: Para la validez de constructo del IPA se determinó según KMO y Bartlett, y los resultados demuestran que es mayor a 0.70 por lo tanto indica la existencia de validez para evaluar los factores necesarios.

3. Ficha técnica de la Escala de Ansiedad de Zung – EAA

Datos Generales

Título Original De La Prueba: Self-Rating Anxiety Scale.

Título En español: Escala de autovaloración de ansiedad.

Año De Aplicación: 1971.

Autor: W. Zung.

Procedencia: Berlín.

Administración

Duración: 15 minutos.

Aplicación: Adolescentes y adultos.

Administración: Individual y colectiva

Aspecto Para Evaluar: Intensidad de ansiedad

Validez: La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65.

Fiabilidad: Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0.66.

Descripción de la prueba: La escala de autovaloración de la Ansiedad de Zung está compuesta por 20 ítems, de las cuales se le pide al encuestado que indique como se siente en ese momento y se le explica que no existe una respuesta invalida, así mismo evalúa los niveles de tensión, nerviosismo y la presión ambiental que atraviesa. La prueba constata de cuatro dimensiones que van de 1 a 4.

2.5.3. *Evaluación psicológica*

- **Entrevista**

Observación Psicológica. Paciente de sexo femenino, tez trigueña, aparenta edad cronológica, 1.60 m. de estatura y un peso de 60 kilos aproximadamente, de biotipo normosómico. Presenta adecuado aseo y cuidado personal, su vestimenta es acorde a su edad, género, estación y nivel socioeconómico. Ingresa a consulta con una marcha normal, adopta una postura rígida, presenta movimientos de piernas y manos, facies de intranquilidad y mantiene poco contacto visual; sin embargo, su actitud es colaboradora durante las sesiones. Se encuentra lúcida y orientada en cuanto a persona, espacio y tiempo. La atención es flexible, responde a todas las preguntas de la examinadora. Su memoria se ve conservada puesto que puede evocar información respecto a cómo era en el pasado y los temores que presentaba. No se observó alteraciones en la percepción puesto que no refiere oír voces ni ver cosas. Su pensamiento es de tipo catastrófico y pesimismo, por otro lado, el curso no presenta alteración. Presenta lenguaje coherente, fluido, de ritmo lento acompañado de un tono de voz bajo. En cuanto a la afectividad se puede observar que la paciente presenta preocupación e impaciente dándose una congruencia entre las expresiones faciales y su discurso.

Motivo de Consulta. La paciente refiere “vengo a consulta porque tengo miedo a exponer, me cuesta por más que intento” ... “y también entablar y mantener conversación con personas que conozco y con nuevas”. La madre manifiesta que le preocupa su hija, ya que en varias oportunidades que le contaba su dificultad, observaba vergüenza, dolor de cabeza, pensamientos constantes de la situación y dificultad para continuar con sus quehaceres.

Problema Actual. Isabella de 28 años, tenía una actividad que realizar una actividad por el día del niño en el centro de salud donde trabaja, donde se le había encargado hacer dinámicas con los padres de familia, ante esa situación ella piensa “no seré capaz de hacerlo” “fracasaré otra vez”, “se van a dar cuenta que voy a enrojecer y me voy a trabar”, sintiendo ansiedad (9), miedo

(10) y vergüenza (10), además, experimentando sudoración palmar, temblores en las piernas y manos, aceleración del ritmo cardíaco y respiración agitada, optando por pedirle a su compañera intercambiar roles, donde ella sea quien realice las dinámicas y la paciente reparta los trípticos. Al aceptar la compañera, los síntomas disminuyen, esto se da cada vez que hay una actividad en el centro de salud.

En otra ocasión Isabella, le tocaba realizar una charla sobre lavado de manos, donde tenía que exponer en la sala de espera del centro de salud, ante esa situación ella piensa “no podré hacerlo” “se van a reír de mí”, “voy a quedar mal”, “voy a hacer el ridículo” sintiendo ansiedad (10/10), miedo (10/10), vergüenza (10/10), experimentando sudoración a nivel palmar, temblor de piernas, taquicardia y aceleración respiratoria, ante ello opta por faltar ese día a su trabajo, por lo cual experimenta tranquilidad al no realizar la exposición, la ansiedad y el miedo disminuyen, esto ocurre toda vez que le designan una actividad donde tenga que hablar en público.

Asimismo, en una reunión de personal, el médico jefe del centro de salud empieza a preguntar acerca de las vacunas, a lo que Isabel piensa “me va a preguntar y no sabré responder”, “me voy a sonrojar, “hare el ridículo, “porque tengo que ponerme así” “de seguro van a pensar que no soy buena profesional”, por lo que ella siente ansiedad (10/10), miedo (10/10), Vergüenza (10/10) experimentando sudoración a nivel palmar, temblor de piernas, taquicardia y aceleración respiratoria, ante ello opta por pedir permiso para ir al baño, experimentando tranquilidad al evadir responder, la ansiedad y el miedo disminuyen, esta situación se da aproximadamente 3 veces por semana.

Por otro lado, sus compañeros de trabajo acuerdan salir a celebrar el cumpleaños del

médico jefe, a lo que ella piensa “ojalá no me propongan participar, no quiero ir” “seguro que me voy a sonrojar”, “si me llegan a preguntar algo no sabré como responder y se van a reír de mí” , “van a decir: es profesional y no sabe desenvolverse bien”, por lo que ella siente ansiedad(10), miedo(10), vergüenza(10) y cólera (10), experimentando aceleración respiratoria, sudoración palmar y, taquicardia, ante ello opta por mentir diciendo que tiene un problema familiar, por lo que aceptaron su justificación, experimentando tranquilidad, y la disminución de su ansiedad, esta situación se da aproximadamente 2 veces por mes. También, cuando Isabel tiene que trasladarse a su trabajo, piensa “otra vez tengo que subir al micro y sentir la mirada de las personas, no podré controlar la situación, voy a enrojecer y se van a dar cuenta de mi nerviosismo”, siente ansiedad(9/10), preocupación(9/10) y vergüenza(10/10) experimentando llanto, sensación de ahogo, aceleración cardíaca, sudoración palmar, temblores en las piernas y manos, optando por evitar subir al micro y abordar un taxi, el no subir al micro, hace que los síntomas fisiológicos disminuyan, esta conducta se repite todos los días. Además Isabella, cuando tiene que iniciar una conversación con alguien desconocido, piensa “qué tontería sentirme así” “mejor no debo salir” “es horrible ponerme nerviosa y no poder controlar la situación” “pensarán que no sé desenvolverse bien”, sintiendo ansiedad (9/10), preocupación(9/10), frustración (9/10), y vergüenza (9/10), asimismo, experimenta bochorno, sudoración palmar, temblores en las piernas y manos, aceleración cardíaca y enrojecimiento del rostro, optando por evitar iniciar una conversación con alguien , al evitar situación, los síntomas disminuyen, esta conducta se da aproximadamente 3 a 4 veces por semana.

Desarrollo cronológico del problema. A la edad de 11 años, la madre de Isabel en varias oportunidades ha comparado a su hija con otras niñas de su edad, en una ocasión, en la que Isabel saco nota “12” en un examen la madre le dijo: “tienes que ser como tus amigas que sacan buenas notas a pesar que ayudan en varias cosas en su casa a sus padres, sus mamás de muchas

de ellas no paran pendientes y mira como encima sacan muy buenas notas”, “además son atentas saludando a todos los vecinos, a las personas que pasan, conversan no se avergüenzan, así no sepan los temas ellas normal participan”, cada vez que esto sucedía la evaluada se sentía triste (8), desanimada (8), por lo que generalmente experimentaba sudoración palmar y aceleración cardiaca.

Cuando tenía 13 años, debiendo exponer en clases de inglés, se olvidó lo que iba a decir, por lo que la profesora la avergonzó delante de todas sus compañeras diciéndole: “por eso tienen que prepararse para que cuando salgan al frente, sepan que decir, ¿ahora que nota te colocó?, ¿qué nota crees que te mereces?”, razón por la cual sintió ganas de salir corriendo del aula, experimentando vergüenza (10). Después de esa situación, Isabel, cada vez que tenía clases de inglés, le sudaban las manos, temblor en el cuerpo, taquicardias, tenía enrojecimiento del rostro, evitaba mirar a los ojos a su profesora para que no la saque a exponer, se cambiaba de sitio cada vez que podía, evitaba exponer, mandándole a otra compañera de su grupo.

Cumplidos los 14 años, su profesora de comunicación comparó su trabajo con el de una compañera que estaba mal en ese curso, “me sentí tan avergonzada”, “me comenzaron a fastidiar mis compañeras”, ante ello se aislaba de sus amigas, “me fastidiaban cuando salía a exponer o participar en clases”, “me sentía muy avergonzaba que ya no quería hacerlo”, “tenía miedo dar respuesta a una pregunta por temor a que me molesten”, desde este incidente dejó de participar en actuaciones e intentaba no exponer ni participar en clases.

A los 16 años, trataba de no exponer “yo hacia los trabajos y dejaba que mis compañeros expongan”, “en algunas ocasiones exponía obligada, porque si no reprobaba el curso, cuando lo hacía me ponía roja, tartamudeaba, sentía que mis piernas me temblaban, sentía la mirada

tan fija de mis compañeras que me sudaban las manos, hablaba rápido para poder sentarme y en otras oportunidades no iba a clases”; cuando los profesores le hacían preguntas y no sabía responder, ella experimentaba vergüenza, ante ello sentía temblor en el cuerpo, enrojecimiento de su rostro, sudoración palmar, aceleración cardiaca y me decía “porque tengo miedo decir la respuesta, si es igual lo que dicen los demás”.

Cumplidos los 18 años, en quinto ciclo en el curso de farmacología en una exposición el profesor le hizo una pregunta, la evaluada no sabía cómo responder, por lo que el profesor la avergüenza delante de sus compañeros diciéndole “¿escuchaste lo que te pregunte? ¿Estás aquí, hija responde?”, lo cual provocó risas en el salón de clases; sintiendo sudoración palmar, enrojecimiento en el rostro y taquicardia. La evaluada recuerda que desde ese suceso comenzó a sacarse mejores notas en los exámenes para poder faltar a las exposiciones; si tenía trabajos grupales evitaba el exponer, si tenía que exponer pedía permiso para ir al baño y se quedaba el resto de la clase sin salir, ya que temía que le pregunten algo que no sepa o que sus compañeros se burlen de ella.

A la edad de 21 años, en los últimos ciclos de la carrera no exponía, intentaba sacar buenas notas en los exámenes y trabajos, si el profesor hacia preguntas, se escondía de tras de sus compañeros de carpeta y evadía la mirada; por otro lado, si tenía que presentar trabajos grupales y exposición se ofrecía hacerlo, para no salir a exponer, ya que cuando se encuentra en esas situaciones tiende a sudar mucho, se sonroja, siente nervios, temblor en todo su cuerpo y tensión muscular; se olvida las cosas, piensa que lo hará mal o que le preguntaran y no sabrá responder. Su primer trabajo fue a los 23 años empezando a trabajar en un centro médico, la examinada afirma que no tenía la sintomatología con sus pacientes, pero si ellos le preguntaban algo acerca de sus malestares con más detenimiento empezaba a sudar, sentía temblor en sus

piernas, y se sonrojaba, pensando “seguro está pensando que no soy una buena profesional”, “ojalá ya no me haga más preguntas”.

Su segundo trabajo fue a los 25 años, en un centro de estimulación, también presentaba la misma sintomatología: sudoración palmar, taquicardia, enrojecimiento, temblor en el cuerpo, cada vez que tenía que hablar en público o realizar las charlas a los papás de los bebés con los que trabajaba, por lo que evadía estas situaciones, al respecto pensaba “no voy a durar mucho tiempo aquí”, optando por renunciar debido a su problema de expresarse en público.

Más adelante empezó a interactuar con sus más amigas, ya tenía 27 años, la paciente mantiene un grupo de amigos con los cuales tiende a salir a bailar, pasear y reunirse, sin embargo, cuando tienen que ir a lugares donde habrá personas nuevas tiende a evitarlos, quedándose en su casa y pensando “mejor no voy, porque no voy a desenvolverme bien cuando hablo, se pueden reír de mí y no lo voy a tolerar”.

En la actualidad cuenta con 28 años, tiene miedo “mi miedo me ha impedido a permanecer estable en un trabajo, no puede pasar lo mismo en este”, su miedo a poder exponer en su trabajo al frente de sus compañeros que son de edad, le lleva a pensar “se van a burlar de mí, tengo que hacerlo perfecto, no puedo equivocarme, si me equivoco creerán que no soy una buena profesional, ante esto se muestra tensa, aceleración al corazón, sudoración palmar, enrojecimiento en su rostro.

Historia Personal

Desarrollo inicial. Embarazo planificado, en la etapa prenatal no hubo complicaciones. El parto fue normal, no hubo ningún tipo de complicaciones, madre se sintió muy nerviosa y con

miedo ante las contracciones ya que era primeriza. En cuanto a la lactancia no hubo dificultades, sus primeras palabras fueron al año y medio, respecto a la motricidad, sus primeros pasos se dieron a los 11 meses. No hubo evidencia de enuresis e hiperactividad.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia. Durante su infancia, refiere que fue una niña tranquila, pues no ocasionaba molestias, muy por el contrario, se mostraba tranquila, obediente, respetuosa, indica que ellos tenían que preguntarle si deseaba algo.

Actitudes de la familia frente al niño. En ocasiones los papás comparaban a Isabella con niñas de su edad concerniente al cuidado de su peso corporal, a la obediencia en los mandados de los quehaceres de la casa, en mejorar sus notas y tener notas sobresalientes; no permitían que salga y hacían hincapié en la selección de amistades.

Educación. Su inicial y primaria acabo satisfactoriamente, manifiesta que realizaba sola sus tareas, en algunas ocasiones sus padres la supervisaban y la motivaban cuando veía dificultades para realizar sus tareas. En la secundaria sus padres deciden que estudie en otra ciudad; solo permaneció medio mes, ya que no logró adaptarse, regresando a su anterior colegio a culminar sus estudios. Realizó estudios superiores.

Historia Laboral. A la edad de 23 años obtuvo su primer trabajo en un centro médico. A los 25 años decide cambiar de centro de labores, por lo que ingresa a trabajar a un centro de estimulación.

Accidentes y enfermedades. Informa que presenta buena salud. No ha tenido accidente.

Historia Familiar

Datos familiares. Padre Aladino M. G de 55 años de profesión Policía; su madre Fabiana R. B de 54 años, de ocupación ama de casa; y hermana Milagros M. R de 27 años, de profesión Odontóloga.

Relaciones familiares. La relación con el padre: la examinada señala que es la adecuada, tiende a confiar en él cuando tiene algún problema. Sin embargo, manifiesta que su padre es estricto, poco comunicativo. La relación con la madre: refiere que mantienen buena comunicación ante cualquier eventualidad, confía en ella para poder solucionar algún problema. Por otro lado, refiere que su madre es una persona muy preocupada por todas las cosas, ansiosa, siempre está pendiente de ella, y tiende a ser muy controladora negándole permisos para salir. La relación con la hermana: su relación es muy buena son contemporáneas en edad, y siempre están unidas coincidiendo con el mismo círculo de amistades. Isabel refiere que su hermana es ansiosa, también evidencia problemas para exponer. Manifiesta que su hermana es rebelde y no tiende a hacer mucho caso a sus padres en cuanto a los permisos.

Antecedentes familiares psicopatológicos. No hay antecedentes de consumo de drogas, problemas psiquiátricos y otros.

2.5.4. Evaluación Psicométrica

1. Informe psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck–Revisado EPQ-R

Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	:	Isabel F. M.
Edad	:	28 años
Fecha de evaluación	:	Julio 2019
Psicólogo	:	Leydi Rojas Delgado
Fecha del Informe	:	Julio 2019

Motivo de Evaluación. Perfil psicológico

Técnicas e Instrumentos Aplicados

- La entrevista psicológica

- Cuestionario de personalidad de Eysenck – revisado EPQ-R

Resultados

Tabla 1

Resultados del Cuestionario de Personalidad

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	11	30	Introversión
Neuroticismo	11	70	Neuroticismo
Psicoticismo	3	20	Tendencia al Ajuste conductual
Mentiras	3	15	La prueba se valida

Interpretación. La evaluada tiende a la introversión, es decir, se muestra retraída socialmente, reservada, prefiriendo más la actividad intelectual que de la práctica, llegando a sentirse incomoda estando rodeada de personas; esto se ha venido acentuado por el problema que presenta, pues comenta que prefería evitar reuniones sociales por temor a encontrarse con personas desconocidas o personas de su entorno laboral que vayan a hacerle alguna pregunta. Por otro lado, la evaluada es ansiosa, insegura, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, emitiendo conductas de evitación y escape, por ejemplo, asistir a reuniones laborales, realizar las charlas en su centro de labores, etc. Al respecto, su nivel de ansiedad se eleva en demasía debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad.

Conclusiones

- Características de personalidad introvertida
- Tendencia al Neuroticismo con sistema nervioso central lábil
- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares

Recomendaciones

- Entrenamiento en competencias personales – sociales
- Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)
- Seguir un tratamiento para la fobia específica.

2. Informe psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos

Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	:	Isabel F. M.
Edad	:	28 años
Fecha de evaluación	:	Julio 2019
Psicólogo	:	Leydi Rojas Delgado
Fecha del Informe	:	Julio 2019

Motivo de Evaluación

Perfil psicológico

Técnicas e Instrumentos Aplicados

La entrevista psicológica e Inventario de pensamientos automáticos

Resultados

Tabla 2

Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos

Pensamiento automático	Significado
<i>Filtraje</i>	Le afecta en su vida de manera importante
<i>Debería</i>	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos
<i>Sobre generalización</i>	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos
<i>Visión catastrófica</i>	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos

Interpretación. La evaluada presenta pensamientos automáticos que le generan sufrimiento emocional debido a la forma de interpretar los hechos, estos son el debería, sobregeneralización y visión catastrófica, esto se refleja por los síntomas y pensamientos que presenta al momento de enfrentarse a una situación social, por ejemplo, cuando va a dictar una charla, la evaluada piensa: ““No seré capaz de hacerlo” “fracasare otra vez”, “se van a dar cuenta que voy a enrojecer y me voy a trabar”, “No podré hacerlo” “se van a reír de mí”, “voy a quedar mal”, “voy a hacer el ridículo”, etc. (visión catastrófica) y que la van a avergonzar como en una ocasión le sucedió (sobregeneralización), asimismo cree que está obligada a no equivocarse (debería). Además, tiende a poner en relevancia los detalles negativos, en este caso la evaluada filtra las situaciones que suponen riesgo o peligro.

Conclusiones

- Presenta pensamientos automáticos tales como: Sobre generalización, Visión catastrófica, Debería y Filtraje.

Recomendaciones

Reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos distorsionados.

3. Informe psicológico del Inventario de Escala de Ansiedad de Zung

Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	:	Isabel F. M.
Edad	:	28 años
Fecha de evaluación	:	Julio 2019
Psicólogo	:	Leydi Rojas Delgado
Fecha del Informe	:	Julio 2019

Motivo de Evaluación

Perfil psicológico

Técnicas e Instrumentos Aplicados

- La entrevista psicológica
- Inventario de escala de ansiedad de Zung

Resultados

Los resultados de la prueba indican un puntaje total de 69, presenta un Grado máximo de Ansiedad.

2.5.5. Informe psicológico integrador

Cuestionario de Personalidad Eysenck

Tabla 3

Resultados de Evaluación del Cuestionario de Personalidad de Eysenck – Revisado EPQ-R

Dimensión	Puntaje Percentilar
Extraversión	30
Neuroticismo	70
Psicoticismo	20
Mentiras	15

Test De Pensamientos Automáticos

Tabla 4

Resultados de Evaluación del Inventario de Pensamientos Automáticos

Pensamiento automático	Significado
<i>Filtraje</i>	Le afecta en su vida de manera importante
<i>Debería</i>	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos
<i>Sobre generalización</i>	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos
<i>Visión catastrófica</i>	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos

Inventario de escala de la ansiedad de Zung

- Resultados de evaluación de la escala de la ansiedad de Zung

Los resultados de la prueba indican un puntaje total de 69, presenta un Grado máximo de Ansiedad

Interpretación. La evaluada tiende a la introversión, es decir, se muestra retraída socialmente, reservada, prefiriendo más la actividad intelectual que de la práctica, llegando a sentirse incomoda estando rodeada de personas; esto se ha venido acentuado por el problema que presenta, pues comenta que prefería evitar reuniones sociales por temor a encontrarse con personas desconocidas o personas de su entorno laboral que vayan a hacerle alguna pregunta. Por otro lado, la evaluada es muy ansiosa, insegura, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, emitiendo conductas de evitación y escape, por ejemplo, asistir a reuniones laborales, realizar las charlas en su centro de labores, etc. Al respecto, su nivel de ansiedad se eleva en demasía debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés. Por ello, dentro de su desenvolvimiento personal se encuentran presentes respuestas de ansiedad.

La evaluada presenta pensamientos automáticos que le generan sufrimiento emocional debido a la forma de interpretar los hechos, estos son el debería, sobre generalización y visión catastrófica, esto se refleja por los síntomas y pensamientos que presenta al momento de enfrentarse a una situación social, por ejemplo, cuando va a dictar una charla, la evaluada piensa: ““No seré capaz de hacerlo” “fracasare otra vez”, “se van a dar cuenta que voy a enrojecer y me voy a trabar”, “No podré hacerlo” “se van a reír de mí”, “voy a quedar mal”, “voy a hacer el ridículo”, etc. (visión catastrófica) y que la van a avergonzar como en una ocasión le sucedió (sobre generalización), asimismo cree que está obligada a no equivocarse

(debería). Además, tiende a poner en relevancia los detalles negativos, en este caso la evaluada filtra las situaciones que suponen riesgo o peligro.

Diagnóstico funcional

Tabla 5

Diagnóstico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Pedir a su compañera intercambiar roles, donde ella haga las dinámicas y la paciente reparta los trípticos • Faltar a su trabajo • Pedir permiso para ir al baño • Mentir un problema familiar • Evitar subir al micro • Evitar conversar 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca capacidad para expresar sentimientos. • Disminución de las habilidades para enfrenar el estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta autocontrol • No hay sentimientos de autoestima. • escasa comunicación asertiva. • carencia de habilidades sociales. • No habilidad para enfrenar el estrés.
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento de “no seré capaz de hacerlo” “fracasare otra vez”, “se van a dar cuenta que voy a enrojecer y me voy a trabar” • Pensamiento de “no podré hacerlo” “se van a reír de mí”, “voy a quedar mal”, “voy a hacer el ridículo” • Pensamiento de “me va a preguntar y no sabré responder”, “me voy a sonrojar, “hare el ridículo, “porque tengo que ponerme así” “de seguro van a pensar que no soy buena profesional” • Pensamiento de “ojalá no me propongan participar, no quiero ir” “seguro que me voy a sonrojas si me llegan a preguntar algo no sabré como responder y se van a reír de mí” “van a decir es profesional y no sabe desenvolverse bien” • Pensamiento de “otra vez tengo que subir al micro y sentir la mirada de las personas, no podré controlar la situación, voy a enrojecer, se van a dar cuenta de mi nerviosismo” • Pensamiento de “qué tontería sentirme así” “mejor no debo salir” “es horrible ponerme nerviosa y no poder controlar la situación” “qué pensarán de mí, de seguro que no sé desenvolverme bien” • Ansiedad (9), miedo (10) y vergüenza (10) • cólera (10) 		

-
- preocupación (9) y frustración (9)
 - sudoración palmar, aceleración del ritmo cardíaco, temblores en las piernas y manos, respiración agitada
 - Llanto, sensación de ahogo, taquicardia
 - Bochorno, enrojecimiento del rostro
-

Análisis funcional

Tabla 6

Análisis Funcional

Estímulo Discriminativo	Conducta	Estímulo Reforzador
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer las dinámicas • Pensamiento “no seré capaz de hacerlo” “fracasare otra vez”, “se van a dar cuenta que voy a enrojecer y me voy a trabar” • Ansiedad (9), miedo (10) y vergüenza (10) al hacer las dinámicas • Sudoración palmar, aceleración del ritmo cardíaco, temblores en las piernas y manos, respiración agitada • Exponer en la sala de espera del centro de salud • Pensamiento “no podré hacerlo” “se van a reír de mí”, “voy a quedar mal”, “voy a hacer el ridículo” • Ansiedad (10), Miedo (10) y Vergüenza (10) • Sudoración a nivel palmar, temblor de piernas, taquicardia y aceleración respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedirle a su compañera intercambiar roles, donde ella haga las dinámicas y la paciente reparta los trípticos • Faltar a su trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar la compañera • Disminución del nivel de ansiedad, miedo y vergüenza • Desaparición de las respuestas fisiológicas • Experimenta tranquilidad al no realizar la exposición, la ansiedad, miedo y vergüenza disminuyen • Desaparición de las respuestas fisiológicas

- Reunión de personal
- Pensamiento “me va a preguntar y no sabré responder”, “me voy a sonrojar, “hare el ridículo, “porque tengo que ponerme así” “de seguro van a pensar que no soy buena profesional”
- Ansiedad (10), Miedo (10) y Vergüenza (10)
- sudoración a nivel palmar, temblor de piernas, taquicardia y aceleración respiratoria
- La propuesta de los colegas de Celebrar el cumpleaños del médico jefe
- Pensamiento “ojalá no me propongan participar, no quiero ir” “seguro que me voy a sonrojas sí me llegan a preguntar algo no sabré como responder y se van a reír de mi” “van a decir es profesional y no sabe desenvolverse bien”
- Ansiedad (10), Miedo (10), Vergüenza (10) y Cólera (10)
- Aceleración respiratoria, sudoración palmar y, taquicardia
- Trasladarse a su trabajo
- Pensamiento “otra vez tengo que subir al micro y sentir la mirada de las personas, no podré controlar la situación, voy a enrojecer, se van a dar cuenta de mi nerviosismo”
- Ansiedad (9) y preocupación (9)
- vergüenza (10)
- Llanto, sensación de ahogo, aceleración cardíaca, sudoración palmar, temblores en las piernas y manos
- Pedir permiso para ir al baño
- Experimentando tranquilidad al evadir responder
- Disminución del nivel de ansiedad, miedo y vergüenza
- Desaparición de las respuestas fisiológicas
- Mentir diciendo tener un problema familiar
- No le insisten y no va a la reunión.
- Disminución del nivel de ansiedad, tranquilidad
- Desaparición de las respuestas fisiológicas
- Evitar subir al micro y abordar un taxi
- Transportarse en taxi hacia su trabajo
- Disminución del nivel de ansiedad, preocupación y vergüenza
- Desaparición de las respuestas fisiológicas

- Iniciar una conversación con alguien desconocido
- Pensamiento “qué tontería sentirme así” “mejor no debo salir” “es horrible ponerme nerviosa y no poder controlar la situación” “qué pensarán de mí, de seguro que no sé desenvolverme bien”
- Ansiedad (9), preocupación (9), frustración (9) y vergüenza (9)
- Bochorno, aceleración cardíaca, sudoración palmar, temblores en las piernas y manos, enrojecimiento del rostro
- Evitar conversar
- Exposición
- Disminución del nivel de ansiedad, preocupación, frustración y vergüenza
- Desaparición de las respuestas fisiológicas

Diagnóstico Cognitivo

Tabla 7

Diagnóstico Cognitivo A-B-C

N Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer las dinámicas 	<ul style="list-style-type: none"> • “No seré capaz de hacerlo” “fracasare otra vez”, “se van a dar cuenta que voy a enrojecer y me voy a trabar” 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (9) • Miedo (10), • Vergüenza (10) • Pedirle a su compañera intercambiar roles, donde ella haga las dinámicas y la paciente reparta los trípticos
<ul style="list-style-type: none"> • Exponer en la sala de espera del centro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • “No podré hacerlo” “se van a reír de mí”, “voy a quedar mal”, “voy a hacer el ridículo” 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (10) • Miedo (10) • Vergüenza (10) • Faltar a su trabajo • Experimenta tranquilidad al no realizar la exposición, la ansiedad y el miedo disminuyen
<ul style="list-style-type: none"> • Reunión de personal 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me va a preguntar y no sabré responder”, “me voy a sonrojar, “hare el ridículo, “porque tengo que ponerme así” “de seguro van a pensar que no soy buena 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (10) • Miedo (10), • Vergüenza (10) • Pedir permiso para ir al baño • Experimenta tranquilidad al evadir

	profesional”	responder
		<ul style="list-style-type: none"> Disminución del nivel de ansiedad y miedo
<ul style="list-style-type: none"> La propuesta de sus colegas de celebrar el cumpleaños del médico jefe 	<ul style="list-style-type: none"> “Ojalá no me propongan participar, no quiero ir” “seguro que me voy a sonrojar si me llegan a preguntar algo no sabré como responder y se van a reír de mi” “van a decir es profesional y no sabe desenvolverse bien” 	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad (10) Miedo (10) Vergüenza (10) Cólera (10) Mentir un problema familiar
<ul style="list-style-type: none"> Trasladarse a su trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> “otra vez tengo que subir al micro y sentir la mirada de las personas, no podré controlar la situación, voy a enrojecer, se van a dar cuenta de mi nerviosismo” 	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad (9) Preocupación (9), vergüenza (10) Evitar subir al micro y aborda un taxi
<ul style="list-style-type: none"> Iniciar una conversación con alguien desconocido 	<ul style="list-style-type: none"> “qué tontería sentirme así” “mejor no debo salir” “es horrible ponerme nerviosa y no poder controlar la situación” “qué pensarán de mí, de seguro que no sé desenvolverme bien” 	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad (9) Preocupación (9) Frustración (9) vergüenza (9) Evitar conversar Exposición

Diagnóstico Psicológico Tradicional: Cie-10

Tabla 8

Criterios según el CIE-10 para la Fobia Social

	Criterios Cie-10	Presentes en la Paciente
A	Debe darse alguno de los siguientes síntomas	<ul style="list-style-type: none"> Miedo a: <ul style="list-style-type: none"> - Exponer - Salir a fiestas - Reuniones de trabajo - Subir a trasportes públicos - iniciar conversación con desconocidos - Salir con amigos
	1.Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante	
	2.Evitación marcada de ser el foco de atención o a las situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante. Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (p.ej. fiestas, reuniones de trabajo o clases)	

<p>B Al menos dos de los 22 síntomas de ansiedad (tabla 4) ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tiene que estar entre los cuatro primeros de la lista, y además uno de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rubor facial 2. Miedo a vomitar 3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar 	<p>Presenta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rubor facial - Miedo a vomitar
<p>C Malestar emocional significativo, secundario a la conducta de evitación o a los síntomas de ansiedad, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a: <ul style="list-style-type: none"> - La crítica por su contextura física. - A ser rechazada por amistades y compañeros de trabajo. - A no ser aceptada en un nuevo trabajo - A ser criticada al trabajar en grupo
<p>D Los síntomas se limitan a, o predominan en, las situaciones temidas o al pensar en ellas</p>	<p>Si</p>
<p>E Criterios de exclusión más frecuentemente usados: los criterios A y B no son debidos a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas o trastornos tales como la esquizofrenia o trastornos relacionados, trastornos del humor o trastorno obsesivo-compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.</p>	<p>No aplica</p>

Conclusión Diagnostica

- El paciente presenta fobia social (ansiedad social) según el Cie-10.
- Tendencia al Neuroticismo con sistema nervioso central lábil.
- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares.
- Presenta pensamientos automáticos tales como: Sobregeneralización, Visión catastrófica, Debería, Filtraje
- Presenta un nivel de ansiedad intensa.

Recomendaciones

- Entrenamiento en competencias personales – sociales.
- Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad).
- Seguir un tratamiento para la Fobia Social.
- Reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados que presenta.

2.6. Intervención

Objetivos

Objetivo General

Aplicar un programa de intervención cognitiva conductual en un caso clínico de fobia social.

Objetivos Específicos

1. Modificar conductas distorsionadas a través de técnicas conductuales.
2. Identificar las conductas disfuncionales en fobia social en una mujer joven.
3. Identificar la fobia social a través del aprendizaje de la psicoeducación.
4. Identificar las conductas disfuncionales a través de la psicoeducación.
5. Reducir y controlar la fobia social mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
6. Reducir las creencias irracionales de dependencia, a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

Para llevar a cabo el procedimiento de desensibilización sistemática según el problema de la paciente, se elaboró una estrategia, la misma que tenía en cuenta disminuir la conducta de ansiedad que le producía fobia social a Isabel generándole conductas de evitación o escape, las mismas que se manifestaban en no ir a trabajar, no asistir a reuniones sociales, encuentros con pequeños grupos de amigos, o retirarse del lugar cuando se le pide que realice alguna actividad en público. Cuando no podía evitar o escapar de la situación problemática inmediatamente le venían conductas aversivas que se materializaban en sofocamientos, alteración de la respiración, sudoración, sensación de mareo, taquicardia, sensación de vértigos, temor a que le digan que su trabajo o actividad está mal hecha o le hagan críticas. Otras veces con solo imaginarse que iba a estar ante un grupo de personas su preocupación era tal que se olvidaba de la tarea que le habían encomendado; algunas veces le aconsejaban que escriba lo que tenga que decir, pero prefería no asistir y pagarles a sus amigos para que la reemplacen.

En el presente caso se ha utilizado la desensibilización sistemática en donde la principal característica está referida a la manera cómo es que Isabel fue entrenada a controlar su aspecto emocional, haciéndole entrar en razón que los pensamientos que tiene acerca de lo que le pueda ocurrir se pueden controlar mediante técnicas como la relajación, desensibilización así como imaginarse que está ante el hecho que le produce la ansiedad pero que la puede controlar a través de técnicas como la respiración, ejercicios, escuchar música, paseos, prepararse haciendo ensayos ante un espejo y hablar en voz alta lo que desea expresar en público. Se tuvo, desde el inicio mucha tolerancia porque Isabel estaba constantemente llamando por teléfono que los resultados no eran los que ella esperaba, a lo que se le respondía que si no hacía las indicaciones que se le daban su conducta ansiosa iba a incrementar; por otro lado, se le explicó que al inicio de la intervención la conducta fóbica va a incrementar pero que luego vendrá un proceso de disminución paulatina. A partir de aquí se empezó a etapa de mayor intervención, a la vez que ella se daba cuenta su mejoría. Al inicio de la disminución de la conducta problema la paciente llamaba para decir sus avances, es así como se le empezó a reforzar y hacer notar lo bien que estaba marchando; en las sesiones individuales se le hacía notar sus avances y ella se sentía mejor cuando su familia estaba viendo los cambios.

Para evitar la dependencia de parte de la paciente hacia la terapeuta se le enseñó, luego que empezó a disminuir la conducta ansiosa, que era necesario hacer frente al problema que le genera malestar, siempre encarándolo, sin evitarlo ni escapar de la situación; que es importante hacer frente a la adversidad, que ya los primeros resultados están presentándose, lo importante es avanzar, así sea de manera lenta pero ahí está el avance. Algo importante es que la relajación siempre estuvo presente, tanto antes, durante como después de la conducta problema, aunque paulatinamente se iba a ir retirando para hacer frente a la situación en vivo. Si en algún momento le sobreviene la ansiedad deberá relajarse mediante técnicas de respiración,

automotivación, tener conciencia que se ha preparado previamente para estos momentos; es decir, tener la seguridad plena que lo que va a hacer lo hará muy bien. También aprendió que lo que dice poder hacer lo demostrará y así se avanzará. Siempre se le hizo notar a Isabel que son cuatro pasos los más importantes para el éxito: relajación, hacer frente al problema (desde lo que le produce más ansiedad hasta los que les producen menos; practicar, y, finalmente, la desensibilización (al inicio imaginaria y después la real), siempre reforzando los avances que iba dando la paciente.

En lo que respecta a la relajación, se le preguntó qué es lo que más le agradaba hacer (respondió que escuchar música, cocinar, regar el jardín, caminar sola o con algunas amigas que la ayuden) de manera paralela se le hacía escuchar música de relajación previamente seleccionada y que se vaya imaginando la situación que le incomoda, que le haga frente para que está preparada cuando se presente la situación real; esto debe presentarse de manera frecuente y no debe dejar de hacerlo. Con relación a hacer frente al problema ya es el segundo paso, pero previamente debe haber superado completamente y así hacer frente a la situación real, siempre esta situación, real, se hacía por momentos muy breves, a inicio ella se presentaba ante el público para presentarles las actividades que va a hacer algún compañero; más adelante hablaba un poco más y así hasta exponer brevemente lo encomendado, siempre poco a poco hasta que se acostumbre a hacer sus responsabilidades. En lo referente a practicar ya ella hacía libremente sus responsabilidades en vivo y sin el control de nadie, ante lo cual ya debería estar preparada ya sea con ayuda de imágenes, audiovisuales, propaganda o con papelógrafos. La última actividad ya la paciente debería hacer frente a sus responsabilidades, asistir sin necesidad de ayuda de sus compañeros y a partir de ahí ya se desenvuelva libremente asistiendo a sus reuniones y a cuantas actividades sociales se le presenten.

Debo mencionar que el cambio, paulatino, de Isabel no solo trajo como consecuencia hacer frente al problema que le genera ansiedad con la respectiva respuesta fóbica sino que hubo cambios colaterales, no previstos necesariamente, como, por ejemplo, dormir con tranquilidad, comer sin preocupaciones, proyectar y planificar su trabajo adecuadamente, mejora en sus habilidades sociales, comunicarse mejor con sus amigos y superiores, hacer propuestas para mejorar el trabajo, así como aprender a trabajar en equipo porque ella prefería hacerlo sola.

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Se presentaron las sesiones terapéuticas, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado. Así mismo se describieron cada uno de los instrumentos, con sus respectivas fichas técnicas, de evaluación pertinentes utilizados en el estudio. El tratamiento se prolongó a lo largo de 10 sesiones, cada una con 60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana, sin embargo si ocurriera una contingencia se añadiría una sesión a la semana pertinente. La terapia tuvo una duración aproximada de seis meses, desde la demanda hasta la evaluación final. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento, el proceso de evaluación propiamente dicho (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y Diagnostico en sus diversas modalidades, finalmente la intervención propiamente dicha. Dichos procedimientos fueron registrados mediante el empleo de tablas estadísticas según frecuencia e intensidad.

2.6.2. Programa de intervención

A. Productos: Programa de Intervención cognitivo Conductual. Luego que se llevó a cabo la observación, entrevista y evaluación psicológica a Isabella, se han encontrado

evidencias de síntomas de ansiedad que manifiestan claramente, como, por ejemplo, dificultad para llevar a cabo dinámicas con niños y padres de familia las mismas que se manifiestan por el temor de estar frente a público a la vez que piensa que no va a poder lograr lo que le han encomendado; esto se acompaña con sudor en las manos, temblores en las piernas y manos, aceleración del ritmo cardíaco y respiración agitada, cuando le pide a algún compañero que la reemplace inmediatamente le desaparecen los síntomas. Todas estas conductas se presentan cuando tiene que hacer frente a público y cuando sus superiores le dicen que debe hacer el trabajo que le han encargado falta a su centro laboral buscando cualquier justificación sin importarle que le descuenten ese día. Cuando está en reunión grupal, formando parte del público, y al empezar las preguntas tiene temor hacerlas, cuando algún jefe le pide demostrar lo aprendido inmediatamente le viene sensación de mareos y siente que se va a desmayar, por lo que pide permiso para ir a los servicios higiénicos para no estar frente al público porque tiene temor fracasar. En las oportunidades de reuniones de camaradería le piden que diga algunas palabras alusivas al acontecimiento inmediatamente siente las molestias, por eso ya ha dejado de asistir a cualquier tipo de reunión que la inviten. Cuando está haciendo cola para ser atendida y alguien le busca conversación no responde. En las oportunidades que alguno de sus compañeros la invita a salir al inicio acepta, pero cuando llega la hora de salir de su casa para la cita le sobreviene la ansiedad y no va a la reunión.

El problema empeora porque siempre se capacita y cuando debe sustentar alguno de los puntos que el profesor le pide no lo hace, se siente desmayar y el maestro la avergüenza, luego de muchos esfuerzos lograba hacer su presentación, pero a la hora de responder las preguntas se desesperaba y le decía al profesor que no sabía a pesar de que sí conocía la respuesta. En fin, siempre ha tenido este tipo de problemas cuando ha tenido que presentarse en público o tener comunicación con personas desconocidas. Todo esto se acompaña con alteración en el

pensamiento porque considera que nada le va a salir bien y que siempre va a fracasar cada vez que se tenga que hacer frente a cualquier situación nueva, por lo que es necesario atender el problema para que lo supere. Como vemos, se le observan dificultades emocionales características en personas ansiosas las mismas que ya han sido descritas anteriormente y que la perjudican porque son producto de creencias irracionales que afectan su comunicación con su entorno, así como con sus compañeros de trabajo y también en los estudios. De ahí que se ha planteado el programa para que Isabella supere la fobia social que la están perjudicando; para esto es preciso hacer una intervención individual en donde se apliquen técnicas psicoeducativas y otras técnicas como la relajación.

2.7. Procedimiento

Para el objetivo específico: Reducir los pensamientos automáticos que le causan emociones negativas y conductas de evitación.

Pensamientos:

- “No seré capaz de hacerlo”
- “fracasare otra vez”
- “se van a dar cuenta que me voy a enrojecer y trabar”
- “se van a reír de mí”
- “Van a pensar que no soy buena profesional”
- “No podré controlar la situación del micro”
- “Qué pensarán de mí”.

Paso 1: Se llevó a cabo la psicoeducación explicando Qué son los pensamientos irracionales, las emociones y la conducta. Asimismo, se explica el modelo cognitivo a seguir. Por otra parte, se explica a la evaluada en cómo se convertirá en su propio terapeuta cognitivo.

- Se considera A al acontecimiento, situación que puede percibirse con positiva o adversa.

- Se considera B a los esquemas de las personas, es decir, las creencias instauradas y que a partir de ello el individuo percibe una situación, estas creencias pueden ser racionales o irracionales.
- Se refiere a C como las consecuencias que la persona realiza a causa de B, esta puede ser una emoción y/o conducta.

Paso 2: se aplica TREC

Tabla 9

Aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual

A	B	C	D	E
Hacer las dinámicas	Piensa: "No seré capaz de hacerlo",	Ansiedad (9), miedo (10) y vergüenza (10). Pedirle a su compañera intercambiar roles, donde ella haga las dinámicas y la paciente reparta los trípticos.	Debatir: ¿Qué te hace pensar que no eres capaz? ¿Qué pruebas tienes para estar segura de lo que dices? ¿Crees que la gente logra todo lo que desea hacer? ¿Qué es lo peor que pasaría si te equivocas? ¿Crees que evitando realizar tal situación es la mejor solución?	<ul style="list-style-type: none"> • No puedo afirmar que no soy capaz de realizar algo. • Es parte del ser humano equivocarse. • La solución no es evitar, sino intentarlo. • Ansiedad (5) • miedo (5) • vergüenza (5)
Hacer las dinámicas	"Fracasaré otra vez"	Ansiedad (9), miedo (10) y vergüenza (10). Pedirle a su compañera intercambiar roles, donde ella	¿Dónde está escrito, que vas a fracasar? ¿Es adecuado llegar a una conclusión a partir de una experiencia pasada? Entonces, ¿todas las	<ul style="list-style-type: none"> • No puedo anticiparme a pensar que fracasaré, solo porque en algún momento

	haga las personas en el mundo dinámicas y la que nos hemos paciente reparta equivocado o hemos los trípticos. fracasado en algo, . tendríamos que pensar que siempre será así?	sucedio. • Ansiedad (6) • miedo (6) • vergüenza (5)
Hacer las dinámicas “Se van a dar cuenta que voy a enrojecer y me voy a trabar”.	Ansiedad (9), ¿Tienes pruebas de que miedo (10) y sucederá lo que vergüenza (10). mencionas? Pedirle a su ¿Qué es lo peor que compañera pasaría si sucede lo que intercambiar mencionas? roles, donde ella ¿Todas las personas haga las que has visto exponer, dinámicas y la lo han hecho paciente reparta excelente? los trípticos. ¿Qué pensabas cuando . veías que se equivocaban exponiendo? Entonces, ¿Por qué crees que los demás te juzgaran si te equivocas?	• Yo no tengo pruebas de que siempre me sucederá lo que digo. • Es parte del ser humano ser imperfecto • No es terrible que al realizar la dinámica enrojecza o me trabe • Ansiedad (5) • miedo (6) • vergüenza (5)
Exponer en la sala de espera del centro de salud	“se van a reír de mí” Ansiedad (10), ¿Tienes pruebas de que miedo (10) y todos se van a reír? vergüenza (10). ¿Tienes pruebas de que no podrás dar una adecuada Mentir diciendo presentación? que se le presentó ¿Tú harías lo mismo un problema ¿(reírte)? familiar para (reírte)? faltar al trabajo. ¿El que la gente se ría es sinónimo de que lo estás haciendo mal? ¿Estás seguro de que la	• Yo no tengo pruebas de que siempre me sucederá lo que digo. • Si los demás se ríen, no quiere decir que lo esté haciendo mal. • La solución no es huir.

			mejor solución es evitar estar en este tipo de situaciones?	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (5) • miedo (5) • vergüenza (5)
Reunión con el personal de trabajo	“van a pensar que no soy buena profesional porque no puedo desenvolverme bien”	Ansiedad (10), miedo (10) y vergüenza (10). Pedir permiso para ir al baño, evitando así estar presente en la reunión.	¿Tienes pruebas de lo que dices? Ser buena profesional y desenvolverte socialmente ¿son cosas similares? ¿Es indispensable que los demás piensen cosas agradables de ti?	No es indispensable que los demás piensen cosas agradables de mí. El que me equivoque o tenga alguna dificultad para expresarme no me hace mala profesional. <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (6) • miedo (6) • vergüenza (5)
Trasladarse a su trabajo	“No podré controlar la situación del micro”	Ansiedad (9), preocupación (9) y frustración (9) y vergüenza (9) Evitar subir al micro y aborda un taxi	¿Qué tan segura estas de ello? ¿Recuerdas lo que conversamos sobre anticiparnos? ¿Qué tan mal te puede ir si utilizas el transporte público? ¿Evitar es la mejor solución?	No debo anticiparme a pensar que va a ir mal en alguna situación. La solución a nuestros problemas es enfrentarlos. <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (6) • miedo (6) • vergüenza (5)
Iniciar una conversación con una	“¿Qué pensará de mí?”	Ansiedad (9), Preocupación (9), Frustración (9),	¿Sabes que puede existen numerosas opciones de lo que	Lo más importante es lo que pienso

persona desconocid a	vergüenza (9) Evitar conversar	<p>pueden pensar de ti, cierto?</p> <p>¿Necesariamente tendría que ser negativas?</p> <p>¿Qué tan necesario es para ti que piense “bien de ti”? ¿Es indispensable?</p> <p>¿Qué es lo peor que te pasaría, si alguien piensa de “mal” de ti?</p> <p>¿La gente está obligada a pensar cosas positivas de ti?</p> <p>¿Tú estás obligada a pensar cosas positivas de los demás?</p> <p>¿Qué hay de lo que piensas tú, de sí misma?</p>	<p>yo acerca de mi persona.</p> <p>La gente no está obligada a pensar “bien o mal” de mi.</p> <p>No tengo pruebas de que la gente piense “mal” de mí.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (6) • Preocupación (5) • Vergüenza (6)
----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para lograr los objetivos; se le enseñará al evaluado a reducir y manejar el nivel de ansiedad en dichas situaciones, y realizar conductas temidas.

Paso 1: Se entrena a la evaluada en Relajación Progresiva de Jacobson. El paciente se echará de manera cómoda con los brazos a los lados de sus piernas y sin zapatos sobre la colchoneta y se harán los siguientes pasos:

- Cierre ambos puños, tensando los bíceps y los antebrazos. Relájese.
- Arrugue la frente. Al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás tanto pueda y gírela describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego al revés. Ahora arrugue los músculos de la cara como si quisiera parecer una pasa: frunza el

entrecejo, cierre los ojos con fuerza, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese.

- Separe los hombros arqueando la espalda como si fuera a hacer una inspiración profunda. Manténgase así. Relájese. Ahora haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostenga la respiración relájese.
- Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las espinillas. Manténgalo. Relájese. Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos y las nalgas. Relájese.

Esta técnica será de utilidad para la posterior aplicación de la técnica de Desensibilización sistemática.

Paso 2: Se explica sobre la técnica de Desensibilización Sistemática, en qué consiste y su utilidad en el tratamiento. Se proseguirá con la realización de una lista jerarquizada de menor a mayor de las sub-conductas que le produzcan ansiedad. Luego, se le aplicará la desensibilización sistemática en imaginación, con el objetivo de, primero, disminuir y, después, eliminar la ansiedad fisiológica condicionada. Esta técnica consiste en imaginar la situación tantas veces hasta que el nivel de ansiedad disminuya hasta cero, de acuerdo con la jerarquización realizada previamente.

Para ello se requiere:

- Elaboración de la jerarquía de los ítems a desensibilizar. Esto se realizará en conjunto terapeuta – evaluado.

Tabla 10*Jerarquía de los ítems a sensibilizar*

Ítems de la jerarquía	Usa 0 – 100
Caminar por la calle y saludar a sus vecinos	30
Entrar al trabajo y saludar a sus compañeros	35
Iniciar una conversación con algún compañero de trabajo, con quien mantenga escasa comunicación.	45
Iniciar alguna conversación con alguna persona desconocida.	55
Almorzar junto a sus compañeros de trabajo	50
Asistir a una reunión de fin de semana con sus compañeros de trabajo.	65
Asistir a una reunión en la que se encuentre su jefe.	70
Participar de las reuniones de personal.	75
Entablar una conversación directa con su jefe.	80
Exponer un comunicado frente a sus compañeros de trabajo.	85
Realizar una dinámica para los pacientes junto a su compañera.	90
Realizar sola una dinámica frente a los pacientes.	95
Realizar una charla en su centro de labores.	100

- Se le indicó que emplee la técnica de Relajación muscular de Jacobson, antes aprendido.
- Se llevó a cabo la aplicación del procedimiento de desensibilización sistemática.

Cada sesión se comienza repasando las actividades dejadas para la casa, con la finalidad de corroborar la práctica de la auto exposición en imaginación. Asimismo, se procedía a la desensibilización en imaginación de los ítems. Al finalizar cada sesión, se realizaba la retroalimentación de lo trabajado en sesión, además se dejaba actividades para la casa.

Paso 3: Después de la aplicación de la Desensibilización sistemática en imaginación, se procederá a la ejecución real y de manera gradual de la evaluada de las conductas antes evitadas. Esto se logrará a través de la técnica de Moldeamiento por aproximaciones sucesivas.

Paso 4: Durante la intervención se aplicará reforzamiento positivo, el cual consistirá en otorgar un refuerzo verbal (felicitaciones), especialmente cuando realice la conducta deseada.

2.8. Consideraciones éticas de la evaluación psicológica

Se cumplieron con los estándares éticos considerados según el código de ética del colegio de psicólogo. Se izó el consentimiento informado, se cumplió con la confidencialidad.

III. Resultados

3.1. Análisis de resultados

1. Resultados pre y post intervención

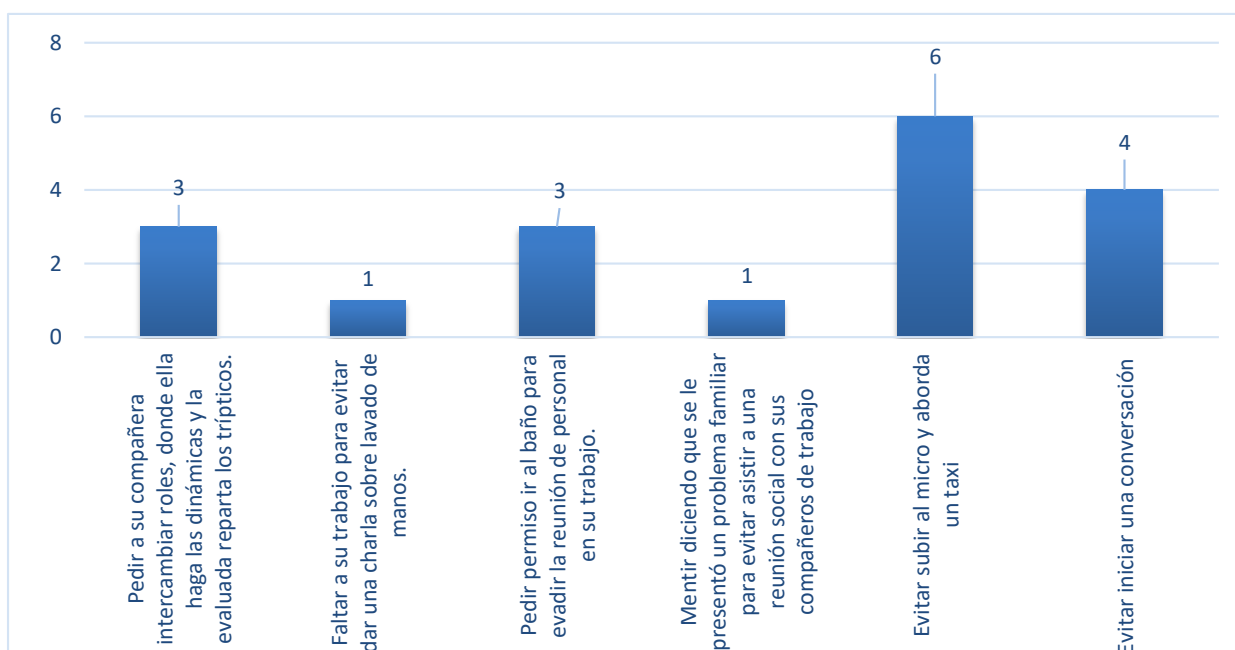
Tabla 11

Línea Base. Registro de Conducta: Frecuencia

Conducta	L	M	M	J	V	S	D	Total
Pedir a su compañera intercambiar roles, donde ella haga las dinámicas y la evaluada reparta los trípticos.	1		1		1			3
Faltar a su trabajo para evitar dar una charla sobre lavado de manos.			1					1
Pedir permiso ir al baño para evadir la reunión de personal en su trabajo.		1	1			1		3
Mentir diciendo que se le presentó un problema familiar para evitar asistir a una reunión social con sus compañeros de trabajo				1				1
Evitar subir al micro y aborda un taxi	1	1	1	1	1	1		6
Evitar iniciar una conversación		1	1	1		1		4

Figura 1

Frecuencia de las conductas motoras



En la Figura 1 se observa la línea base de la conducta motoras evidenciándose un incremento muy alto evitar subir al micro y abordar un taxi.

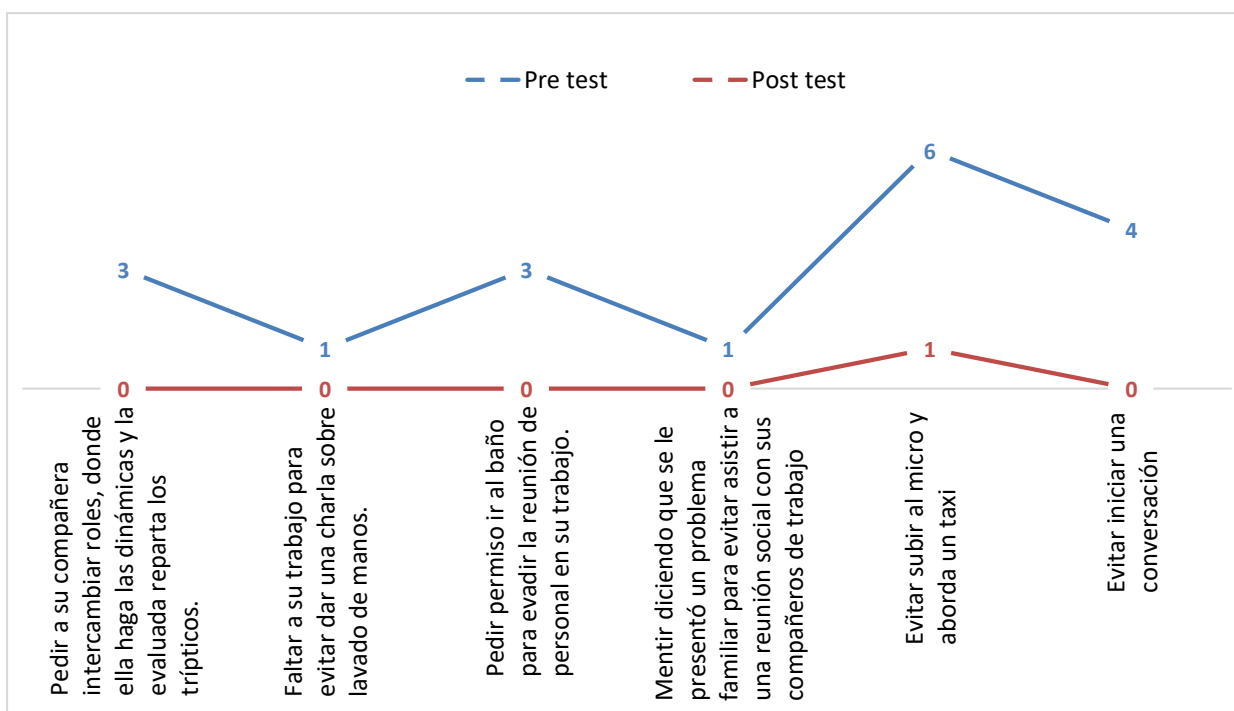
Tabla 12

Conducta / frecuencia pre y post test

Conductas	Pre Test	Post Test
Pedir a su compañera intercambiar roles, donde ella haga las dinámicas y la evaluada reparta los trípticos.	3	0
Faltar a su trabajo para evitar dar una charla sobre lavado de manos.	1	0
Pedir permiso ir al baño para evadir la reunión de personal en su trabajo.	3	0
Mentir diciendo que se le presentó un problema familiar para evitar asistir a una reunión social con sus compañeros de trabajo	1	0
Evitar subir al micro y aborda un taxi	6	01
Evitar iniciar una conversación	4	0

Figura 2

Resultados comparativos del Grado de Frecuencia de las Conductas por Fobia Social



Nota: En la Figura 2 se observa la disminución significativa de la frecuencia en 05 conductas problemas con SUD de 0/10 de las 6 presentadas por la paciente al inicio del programa evidenciándose una disminución significativa en casi todas las conductas.

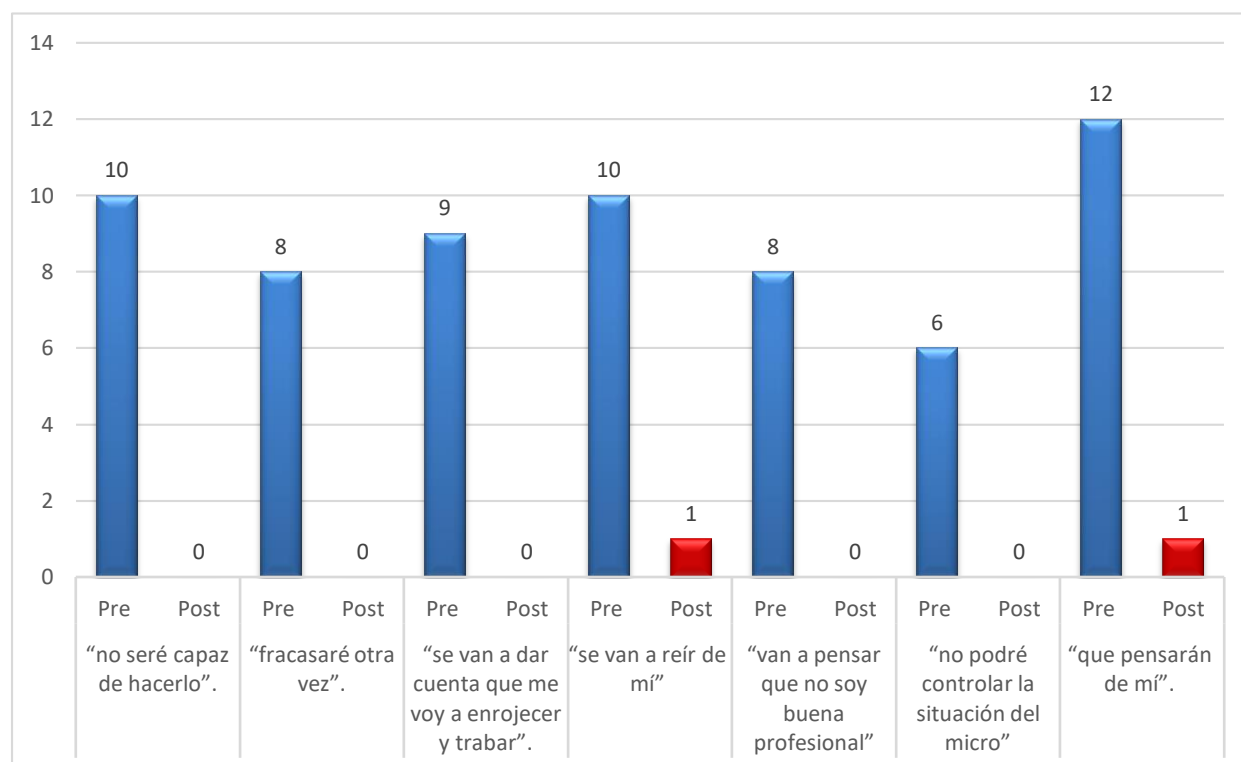
Tabla 13

Registro de Frecuencia de Pensamientos de la paciente pre y post test

Conducta / Problema	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
“no seré capaz de hacerlo”	Pre	3	1	2	1	2	1		10
	Post	0	0	0	0	0	0		0
“fracasaré otra vez”	Pre	1	1	2	2	1	1		8
	Post	0	0	0	0	0	0		0
“se van a dar cuenta que me voy a enrojecer y trabar”	Pre	2	1	2	1		3		9
	Post	0	0	0	0		0		0
“se van a reír de mí”	Pre	1	2	1	3	2		1	10
	Post	1	0	0	0	0		0	1
“van a pensar que no soy buena profesional”	Pre	2		3		3			8
	Post	0		0		0			0
“no podré controlar la situación del micro”	Pre	1	1	1	1	1	1		6
	Post	0	0	0	0	0	0		0
“que pensarán de mí”.	Pre	2	1	2	2	2	3		12
	Post	1	0	0	0	0	0		1

Figura 3

Resultados comparativos de frecuencia de pensamientos de la paciente pre y post test



Nota: Como se observa en la Figura 3 hay una disminución del pensamiento "no seré capaz de hacerlo" de 10 a 0, "fracasaré otra vez" de 8 a 0, "se van a dar cuenta que me voy a enrojecer y trabar" de 9 a 0, "se van a reír de mí" de 10 a 1, "van a pensar que no soy buena profesional" de 8 a 0, "no podré controlar la situación del micro" de 6 a 0, "que pensarán de mí" de 12 a 1.

Tabla 14

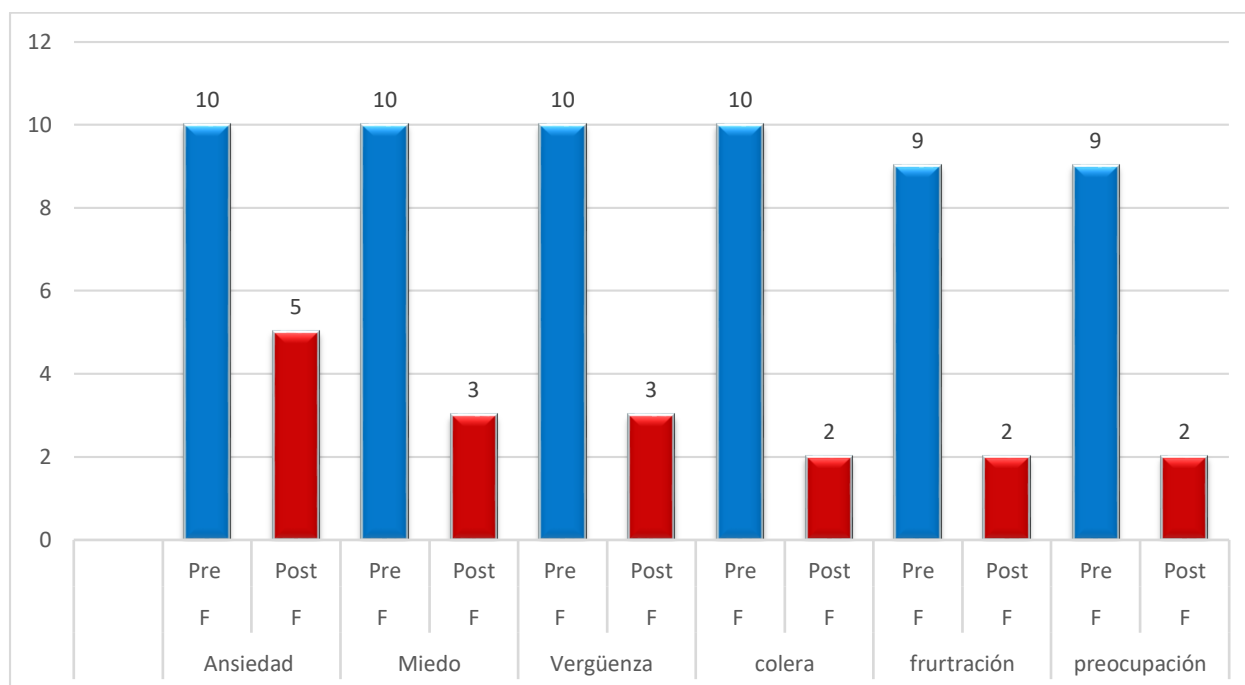
Registro de Frecuencia de Emociones de la paciente pre y post test

Conducta Problema	Period	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total Prom
Ansiedad (0-10)	Pre	2	1	2	2	1	1	1	10
	Post	2	0	1	1	1	0	0	5

Miedo	Pre	9	8	9	8	9	8	10	10
(0-10)	Post	1	1	0	1	0	0	0	3
Conducta	Period	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Problema									Prom
Vergüenza	Pre	5	5	6	7	5	7	8	10
(0-10)	Post	1	1	0	1	0	0	0	3
Cólera	Pre	5	7	7	6	5	6	4	10
(0-10)	Post	1	0	1	0	0	0	0	2
Preocupación	Pre	5	6	5	5	7	6	6	9
(0-10)	Post	1	0	1	0	0	10	0	2
Frustración	Pre	2	1	2	1	1	1	1	9
(0-10)	Post	1	0	1	0	0	1	0	2

Figura 4

Resultados semanales de Frecuencia de Emociones pre test y post test



Nota: Como se observa en la Figura 4 existe una disminución de la frecuencia de la ansiedad durante la semana (pre=10y post=5), respecto al miedo también se aprecia un descenso en la frecuencia (pre=10 y post=3), la vergüenza baja de frecuencia (pre= 10 y post=3) y la cólera una disminución en la frecuencia (pre=10 y post=2), respecto a la preocupación también se aprecia la frecuencia (pre=9 y post=2) y en la frustración una de frecuencia (pre= 9 y post=2)

Cuestionario de Personalidad de Eysenck – Revisado EPQ-R.

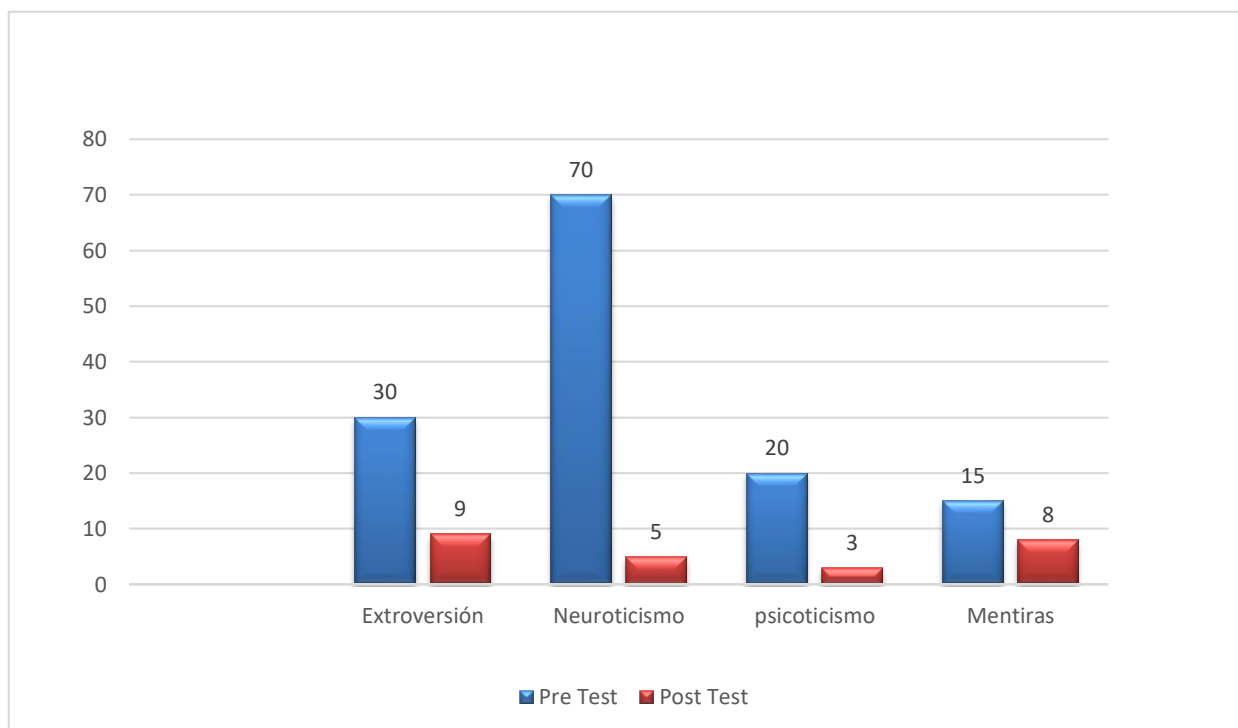
Tabla 15

Resultados comparativos del Cuestionario de Personalidad de Eysenck - Revisado EPQ-R

Dimensión	P p Pre	Pp Post
Extraversión	30	9
Neuroticismo	70	5
Psicoticismo	20	3
Mentiras	15	8

Figura 5

Resultados comparativos del Cuestionario de Personalidad de Eysenck - Revisado EPQ-R.



Nota: En la Figura 5 se observa el puntaje del pretest y post test, el examinado en el cuestionario de personalidad obtuvo antes de iniciar el tratamiento un puntaje de 30 en extraversión, neuroticismo 70, psicoticismo 20 y escala de mentira 15, y al finalizar la

intervención cognitivo conductual disminuyó obteniendo un puntaje de 9 en extroversión, neuroticismo 5, psicoticismo 3 y escala de mentira 8.

Test de Pensamientos Automáticos

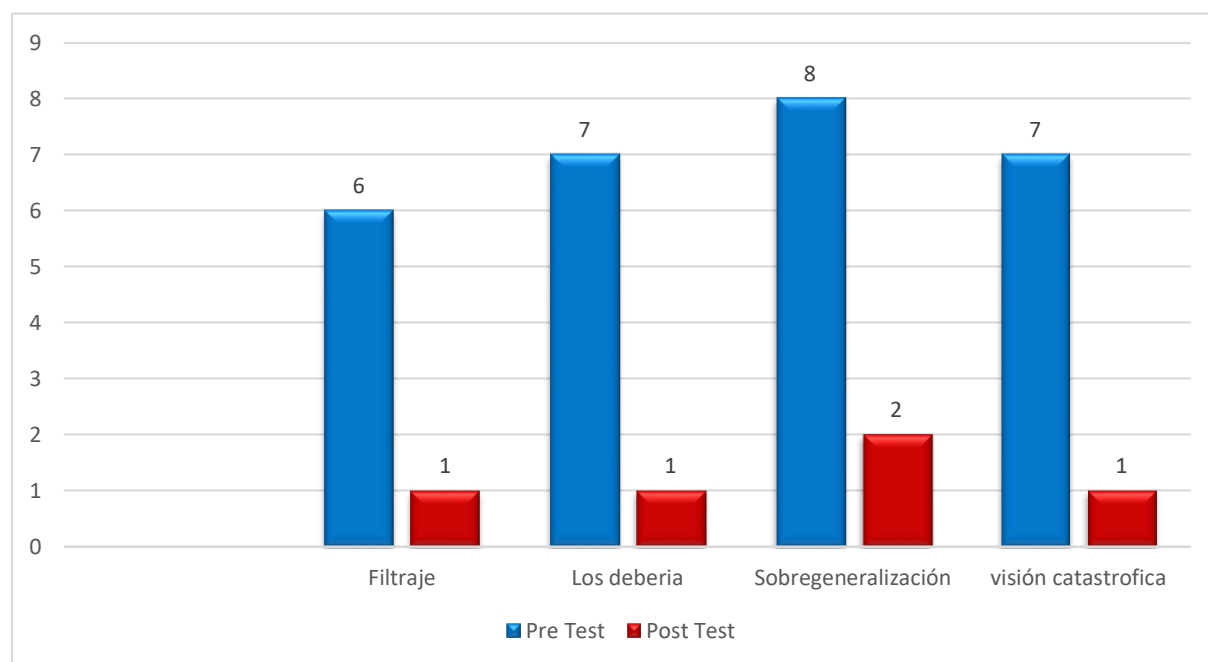
Tabla 16

Resultados comparativos del Inventario de Pensamientos Automáticos

Pensamiento automático	Pre-Test	Post Test
<i>Filtraje</i>	6 (medio)	1 (bajo)
<i>Debería</i>	7 (alto)	1 (bajo)
<i>Sobre generalización</i>	8 (alto)	2 (bajo)
<i>Visión catastrófica</i>	7 (alto)	1 (bajo)

Figura 6

Resultados comparativos del Inventario de Pensamientos Automáticos



Nota: En la Figura 6 se observa el puntaje del pretest y post test, el examinado en el inventario de pensamientos automáticos obtuvo antes de iniciar el tratamiento un puntaje de 6 en filtraje, los debería 7, sobregeneralización 8 y visión catastrófica 7, y al finalizar la intervención

cognitivo conductual disminuyó obteniendo un puntaje de 1 en filtraje, los debería 1, sobregeneralización 2 y visión catastrófica 1.

Inventario de escala de ansiedad de Zung

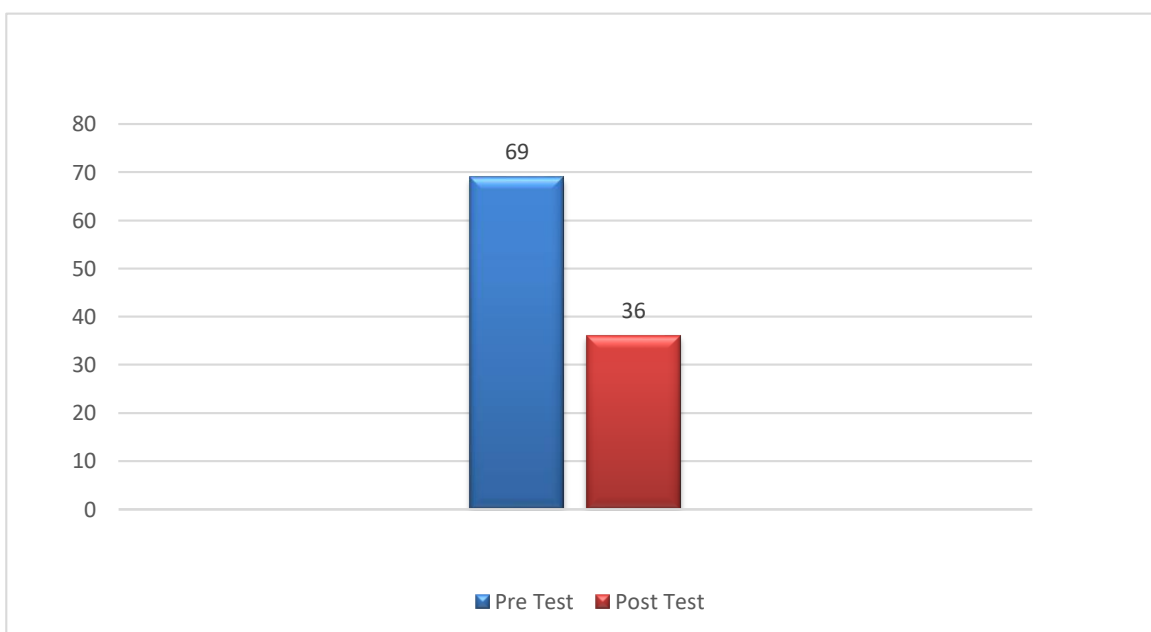
Tabla 17

Resultados comparativos del Inventario de Escala de la Ansiedad de Zung

Evaluación	Resultados
Pre - Test	69 Grado máximo de Ansiedad
Post – Test	36 Presenta Ansiedad Mínima

Figura 7

Resultados comparativos del Inventario de la Escala de Ansiedad de Zung



Nota: en la Figura 7 podemos apreciar los resultados del post test indican una disminución de 33 puntos los cuales indican una disminución significativa.

3.2. Seguimiento

Una vez culminada las 10 sesiones donde se concluye el programa de intervención se citará a la paciente cada 15 días durante dos meses y posteriormente una vez al mes por 4 meses.

3.3. Discusión de resultados

A continuación, se analiza los resultados obtenidos en el estudio del caso, primero se analizará el objetivo general y luego los objetivos específicos. Al abordar el caso se planteó como objetivo general determinar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el abordaje de la fobia social en una mujer, dicho objetivo se cumplió ya que se ha demostrado la eficacia de esta terapia ya que la paciente disminuyó significativamente las conductas y pensamientos disfuncionales en esta misma línea Requena (2019), Cornejo (2016), y Pomahuacre (2015), afirman el buen resultado que tiene la intervención cognitiva conductual en casos de fobia social, ya que ayuda a la paciente a actuar satisfactoriamente en situaciones sociales en donde antes temía ser evaluado negativamente.

Acevedo (2014), a nivel internacional, igualmente señalan la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales, porque permiten el desarrollo de pensamientos racionales y conductas adaptativas. En relación con los objetivos específicos, el primer objetivo era describir los niveles de fobia social en una mujer joven durante el tratamiento de intervención, habiendo identificado el nivel máximo de ansiedad se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva para reducir su nivel de ansiedad logrando su estabilidad. Como señala Magallanes (2010) que esta técnica fue desarrollada para el tratamiento de fobias, constando de cuatro fases: relajación, elaboración de una lista con todos los temores, construir una jerarquía de escenas ansiógenas, con la imaginación entrar a las escenas ansiógenas.

El segundo objetivo para trabajar fue identificar los sesgos cognitivos – creencias irracionales en fobia social en una mujer joven. Encontrando niveles altos en la evaluación practicada trabajando la técnica de desensibilización Sistemática, realizando la jerarquía de los ítems a desensibilizar. Sostiene Gavino (2006), que la desensibilización sistemática es un procedimiento dirigido a tratamiento de problemas de ansiedad, especialmente, fóbicos. Este procedimiento va dirigido a la disminución primero y luego a la eliminación, de la ansiedad fisiológica condicionada, sin abordar directamente el componente conductual, en este caso la evitación.

El tercer objetivo, era identificar las conductas disfuncionales en fobia social en una mujer joven. Siendo estas las más comunes que se presentan: faltar a su trabajo, pedir permiso para ir al baño, evitar subir al micro y abordar un taxi, y evitar conversar. Este tipo de conductas disfuncionales en fobia fue desarrollado por Magallanes (2010), quien menciona que Ellis, propone una explicación biopsicosocial de la conducta y las emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen. Este modelo terapéutico se presenta de manera didáctica donde incluye las siguientes fases: presentación al individuo de la filosofía de la terapia racional emotiva conductual, identificación de los pensamientos irracionales y la discusión o debate.

El cuarto objetivo, era determinar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en fobia social en una mujer joven. En la ejecución del programa que se utilizó se pudo comprobar su eficacia en el tratamiento, ratificando los hallazgos importante comparados a la investigación realizada por Jordán quien, en el 2017, realizó una investigación para valorar el aporte de la TREC, obteniendo un resultado positivo (Macia et al., 2012)

Además, se decidió reestructurarlos tal como lo señala Ellis (2000) para la disminución o eliminación de las reacciones emocionales no deseadas. La idea sobre la cual se encuentra basada es que no solo las situaciones o acontecimientos causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc., sino que además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos. Así, existe una relación entre: a) el acontecimiento, b) lo que se piensa o cree acerca de él, c) la emoción como resultado de tal apreciación, que va a afectar la manera en que la persona se comporte ante la situación.

IV. Conclusiones

- La intervención terapéutica basado en el enfoque cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento con la evaluada con fobia social.
- Las conductas motoras para evitar situaciones temidas en general han disminuido.
- La evaluada experimento una disminución de la frecuencia de pensamiento anticipatorio y catastrófico.
- La paciente logro afrontar, adecuadamente, situaciones sociales las cuales anteriormente evitaba y/o escapaba.

V. Recomendaciones

- Participar en diversos talleres de habilidades sociales con el objetivo de superar totalmente el problema, y obtener el bienestar emocional necesario para la superación de cualquier estímulo generador de estrés.
- Continuar con las prácticas de relajación progresiva para la superación de la situación problemática que le permita su propia superación personal y el mantenimiento de su propia tranquilidad.
- Participar en actividades sociales para fomentar la práctica de interacciones sociales nuevas, lo que le ayudará a tener éxito, así como la mejora en las relaciones con los demás.
- Continuar con la exposición frente a reuniones sociales, y asimismo su participación activa en su trabajo.
- Fortalecer la lectura de literatura especializada sobre la ansiedad social con el objetivo de mejorar su toma de decisión en situaciones similares y frente a sus episodios de fobia social.

VI. Referencias

- Acevedo, A. (2017). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. [Tesis de posgrado para Maestría, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio Institucional. <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/2079?mode=simple>
- Acuña, J. (2018). ¿En qué consiste el modelo cognitivo conductual? Informe. <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/en-que-consiste-el-modelo-cognitivo-conductual>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ª ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. https://www.academia.edu/40838674/DSM_5_Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales_copia
- Antona, C., Delgado, M., García, L. y Estrada, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48. <https://www.ijpsy.com/volumen12/num1/315/adaptacin-transcultural-de-un-tratamiento-ES.pdf>
- Arslan, M. (2015). *Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de fobia social* [Tesis de postgrado, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano] Bogotá, Colombia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>
- Arroyo, J.G. y Millán, K.M. (2020). Ansiedad Social en estudiantes universitarios-Huancayo-2020. [Tesis pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1922>

- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Ballesteros, F. y Labrador F.J. (2018). Análisis de las técnicas psicológicas utilizadas en el trastorno de fobia social en un centro sanitario de psicología. *Clínica y Salud*, 29 (2), 71-80. : <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a11>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press.
https://books.google.com.pe/books/about/Anxiety_and_Its_Disorders.html?id=Lx9hf-3ZJCQC&redir_esc=y
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) (2008). *Manual de Psicopatología, Volumen I*. McGraw-Hill.
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/187801/BellochA_Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.pdf?sequence=1
- Bravo, M. y Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_de_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo_conductual_Explanatory_models_of_social_phobia_An_approach_cognitive-behavioral/download
- Burguillos, A. I. (2014). Sentido de coherencia e inteligencia emocional: Efecto en la ansiedad social de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 295-302.
https://www.redalyc.org/pdf/3498/Resumenes/Resumen_349851787032_1.pdf
- Cornejo, M. (2016). *Efectos de un programa cognitivo conductual en las habilidades sociales de alumnos de secundaria de organizaciones estudiantiles de la institución educativa*

Corazón De Jesús de Lima [Tesis de Postgrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2123>

Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y depresión.* Paidós.
https://books.google.com.pe/books/about/Usted_puede_ser_feliz.html?id=U-6zAgAAQBAJ&redir_esc=y

Feria, M.E. (2020). Intervención cognitivo conductual para la fobia a leer en público en una mujer adulta [Trabajo académico para obtener el Título de Especialista en Terapia Cognitivo Conductual, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4073>

Fernández, M.J. (2006). Fobia social: Del psicoanálisis a la psiquiatría. V Jornadas científicas sobre las fobias sociales: Psicopatología, génesis y tratamiento. (Madrid, 29 y 30 de septiembre del 2006). <file:///C:/Users/gorki/Downloads/Fobiasocial.pdf>

Fernández, E. G. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud.* Ariel.
https://books.google.com.pe/books/about/Emociones_y_salud.html?id=IRAWAAAACAAJ&redir_esc=y

Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta.* Ediciones Pirámide.
https://books.google.com.pe/books/about/Gu%C3%ADa_de_t%C3%A9cnicas_de_terapia_de_conduct.html?id=tcT_PAAACAAJ&redir_esc=y

Halgin, R. P. y Whitbourne, S. K. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos.* McGraw Hill.
<https://idoc.pub/documents/psicologiadelaanormalidadpdf-6nq8k50kgqnw>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6ª Ed.). McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Salud Mental (2021). Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la Covid-19. *Anales de Salud Mental*, XXXVII (2), 43-52
https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/EESM_Ninos_y_Adolescentes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf

Ita, H.L. (2020). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social*. [Trabajo académico de Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4129>

Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4ª ed.). McGraw-Hill.
<https://idoc.pub/documents/kerlinger-2002-kerlinger-investigacion-del-comportamiento-vnd15jqkdjnx>

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. (2ª ed.). Siglo XXI.

López, J.J. y Lozano, J.G. (2016). Niveles de Ansiedad y Estrategias de Afrontamiento de un Grupo de Estudiantes Universitarios en el Valle de Aburrá [Proyecto de Tesis de Pregrado para el Título de Psicólogas, Corporación Universitaria Minuto de Dios-Sede Bello, Antioquía]. Repositorio
https://repository.uniminuto.edu/xmlui/bitstream/handle/10656/5164/TP_LopezRestrepoJannyJohana_2016.pdfEstrategias%20de

- Jordán, A. (2017). *Estudio de caso clínico: Terapia racional emotiva en un caso de fobia social* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres] Perú.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan_ra.pdf
- Macià, D., Olivares, P. y Amorós, M. (2012). Detección e intervención conductual-cognitiva en adultos-jóvenes con fobia social generalizada. *Anales de psicología*, 28(1), 19-27.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16723161003.pdf>
- Magallanes, M. (2010). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclee De Brower, S.A.
https://www.academia.edu/34912914/manual_de_la_terapia_cognitiva_conductual
- Martínez, P.E. (2021). Ansiedad estado y ansiedad rasgo asociada a la ansiedad social en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur [Tesis posgrado en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Ricardo Palma].
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/4073>
- Mendiburu, J.C., Mendiburu, C.E., Ugalde, A.L. y Fernández, J. (2019). Niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en médicos residentes del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga, de México. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma].
<https://www.semanticscholar.org/paper/Niveles-de-ansiedad-y-disfunci%C3%B3n-temporomandibular-Mendiburu-Zavala/e75834128cd64b3f8a114544a80f30dde4262183>
- Mendo, S., León, B., Felipe, E. & Polo, M. (2016). Entrenamiento en habilidades sociales en el contexto universitario: efecto sobre las habilidades sociales para trabajar en equipos y la ansiedad social. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(3), 423-438.
https://www.researchgate.net/publication/316951807_Entrenamiento_en_habilidades

_sociales_en_el_contexto_universitario_Efecto_sobre_las_habilidades_sociales_para_trabajar_en Equipos_y_la_ansiedad_social/download

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Méditor.

Pomahuacre, J. (2015). *Tratamiento Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4582?show=full&locale-attribute=es>

Requena, F.H. (2019). *Intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón adulto*. [Trabajo Académico para obtener el Título de Especialista en Terapia Cognitivo Conductual, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3450>

Rodríguez, G. (2020). *Terapia cognitivo conductual para un hombre adulto con ansiedad social* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal] Perú. <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4367/RODRIGUEZ%20DIAZ%20GLORIA%20DIANA%20%20TITULO%20DE%20SEGUNDA%20ESPECIALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rosa, A., Amorós, M. y Olivares, P. (2013). Aportaciones de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 5-23. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729482720140001000

Ruiz, A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid. Desclée De Browser.
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>

Toro, R. A. (2012). Terapia cognitiva para fobia social: Consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2), 118-125.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v8n2/v8n2a07.pdf>

Van Dalen, D. y Meyer, W. (1981). *Manual de técnica de la investigación educacional*. Paidós Ibérica Ediciones S.A.

Zubeidat, I., Sierra, J.C., y Fernández, A. (2006). Ansiedad y fobia social: Comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79/80, 9-21.

VII. Anexos

Anexo A

EPQ-R

H. J. Eysenck et al

Por favor, conteste cada pregunta poniendo un aspa sobre el SÍ (SI) o el NO (NO) que le siguen. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa. Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.

Edad. años	Sexo (V o M).....
Profesión.	Fecha.

¡POR ¡FAVOR, NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!

1. ¿Realiza muchas actividades de tiempo libre?.....SÍ NO
2. ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?SÍ NO
3. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?.....SÍ NO
4. ¿Es una persona conversadora?..... SÍ NO
5. ¿Se siente a veces desdichado/a sin motivo? SÍ NO
6. ¿Daría dinero para fines caritativos?..... SÍ NO
7. ¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto? SÍ NO
8. ¿Es usted una persona más bien animada o vital?..... SÍ NO
9. ¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño/a o a un animal?..... SÍ NO
10. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?..... SÍ NO
11. Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importar le las molestias que ello le podría ocasionar?..... SÍ NO
12. ¿Habitualmente, es capaz de liberarse y disfrutar en una fiesta animada?..... SÍ NO
13. ¿Es una persona irritable?..... SÍ NO
14. ¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?..... SÍ NO
15. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted? SÍ NO
16. ¿Se siente fácilmente herido/a en sus sentimientos?..... SÍ NO
17. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?..... SÍ NO
18. ¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?..... SÍ NO

POR FAVOR, VUELVA LA HOJA

19. A menudo, ¿se siente hart/a?..... SÍ NO
20. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?..... SÍ NO
21. ¿Para usted, los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?..... SÍ NO
22. ¿Le gusta salir a menudo?..... SÍ NO
23. ¿Es mejor actuar como uno/a quiera que seguir las normas sociales?..... SÍ NO
24. ¿Disfruta hiriendo a las personas que ama?..... SÍ NO
25. ¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?..... SÍ NO
26. ¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada?SÍ NO
27. ¿Prefiere leer a conocer gente?..... SÍ NO
28. ¿Diría de sí mismo/a que es una persona nerviosa?.....SÍ NO
29. ¿Tiene muchos amigos/as?..... SÍ NO
30. ¿Se ha enfrentado constantemente a sus padres?..... SÍ NO
31. ¿Es usted una persona sufridora?..... SÍ NO
32. Cuando era niño/a, ¿hacía en seguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar?..... SÍ NO
33. ¿Se ha opuesto frecuentemente a los deseos de sus padres?..... SÍ NO
34. ¿Se inquieta por cosas terribles que podrían suceder?..... SÍ NO
35. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona? SÍ NO
36. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades? SÍ NO
37. ¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?.....SÍ NO
38. ¿Diría de sí mismo/a que es una persona tensa o muy nerviosa?..... SÍ NO
39. Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?..... SÍ NO
40. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?..... SÍ NO
41. ¿Es usted más indulgente que la mayoría de las personas acerca del bien y del mal? SÍ NO
42. ¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?..... SÍ NO
43. ¿Se siente intranquilo/a por su salud?..... SÍ NO
44. ¿Alguna vez ha dicho algo malo o desagradable acerca de otra persona?SÍ NO
45. ¿Le gusta cooperar con los demás?.....SÍ NO
46. ¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos/as?.....SÍ NO
47. ¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?.....SÍ NO
48. De niño/a, ¿fue alguna vez descarado/a con sus padres?.....SÍ NO
49. ¿Le gusta mezclarse con la gente?SÍ NO
50. ¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?.....SÍ NO
51. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?..... SÍ NO

POR FAVOR, VUELVA LA HOJA

52. ¿Casi siempre tiene una respuesta «a punto» cuando le hablan?..... SÍ NO
53. ¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?..... SÍ NO
54. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?..... SÍ NO
55. ¿Le gusta hacer cosas en las que tiene que actuar rápidamente? SÍ NO
56. ¿Es (o era) su madre una buena mujer?..... SÍ NO
57. ¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?.....SÍ NO
58. ¿A menudo siente que la vida es muy monótona?..... SÍ NO
59. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?..... SÍ NO
60. ¿Le preocupa mucho su aspecto?..... SÍ NO
61. ¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?..... SÍ NO
62. ¿Alguna vez ha deseado morir?.....SÍ NO
63. ¿Evadiría impuestos si estuviera seguro/a de que nunca sería
descubierto/a?..... SÍ NO
64. ¿Puede organizar y conducir una fiesta?..... SÍ NO
65. ¿Trata de no ser grosero/a con la gente?..... SÍ NO
66. Después de una experiencia embarazosa, ¿se siente preocupado/a durante mucho tiempo? ...SÍ NO
67. Generalmente, ¿reflexiona antes de actuar?..... SÍ NO
68. ¿Sufre de los “nervios”?..... SÍ NO
69. ¿A menudo se siente solo/a?..... SÍ NO
70. ¿Hace siempre lo que predica? SÍ NO
71. ¿Se siente fácilmente herido/a cuando la gente encuentra defectos en usted o en su
.trabajo?..... SÍ NO
72. ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?..... SÍ NO
73. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?..... SÍ NO
74. ¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?..... SÍ NO
75. ¿Frecuentemente improvisa decisiones en función de la situación?..... SÍ NO
76. ¿Se siente a veces desbordante de energía y otras muy decaído/a? SÍ NO
77. ¿A veces se deja para mañana lo que debería hacer hoy?..... SÍ NO
78. ¿La gente piensa que usted es una persona animada?..... SÍ NO

79. ¿La gente le cuenta muchas mentiras?..... SÍ NO
80. ¿Se afecta fácilmente por según qué cosas?..... SÍ NO
81. Cuando ha cometido una equivocación, ¿está siempre dispuesto a admitirlo?..... SÍ NO
82. Cuando tiene mal humor, ¿le cuesta controlarse?..... SÍ NO
83. ¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?..... SÍ NO

POR FAVOR, VUELVA LA HOJA

Anexo B

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso

1= Algunas veces lo pienso

2= Bastantes veces lo pienso

3= Con mucha frecuencia lo pienso

	0- nunca pienso eso	1- algunas veces	2- bastantes veces	3- con mucha frecuencia
1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2. Solamente me pasan cosas malas.				
3. Todo lo que hago me sale mal.				
4. Sé que piensan mal de mí.				
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6.Soy inferior a la gente en casi todo				
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8!No hay derecho a que me traten así !.				
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.				
10. Mis problemas dependen de los que me rodean.				
11.Soy un desastre como persona.				
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14. Sé que tengo la razón y no me entienden.				
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16.Es horrible que me pase esto				
17. Mi vida es un continuo fracaso.				
18.Siempre tendré este problema				
19. Sé que me están mintiendo y engañando.				
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21.Soy superior a la gente en casi todo				
22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.				
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.				
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.				
26.Alguien que conozco es un imbécil				
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa.				
28. No debería de cometer estos errores				
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30.Ya vendrán mejores tiempos				
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.				
32. Soy incompetente e inútil.				
33.Nunca podré salir de esta situación				

34. Quieren hacerme daño				
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36. La gente hace las cosas mejor que yo				
37. Soy una víctima de mis circunstancias.				
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41. Soy un neurótico.				
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43. Debería recibir más atención y cariño de otros				
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

Anexo C

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG – EAA

CARRERA PROFESIONAL.....EDAD:.....SEXO:.....

ESTADO CIVIL:.....FECHA:.....(M) (F)

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Sup. Técnico ()

Sup. Universitario ()

Marque con una Aspa (X)

SITUACION QUE ME DESCRIBE	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES
1.Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre				
2. Me siento con temor sin razón				
3. Despierto con facilidad o siento pánico				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas				
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura				
8. Me siento débil y me canso fácilmente				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11. Sufro de mareos				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14. Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies				
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión				
16. Orino con mucha frecuencia				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes				
18. Siento bochornos				
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche				
20. Tengo pesadillas				

Anexo D

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACION PSICOLOGICA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Asisto a una consulta psicológica privada para recibir terapia, las mismas que serán brindadas por un profesional psicólogo.

Tengo plena seguridad que 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, orientación sexual, lo relacionado a mi intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha..... Hora..... N° Historia Clínica.....

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto.....

..... el mismo que es realizado por el psicólogo.....

....., en condición de investigador de.....

Yo declaro haber sido informado de los procedimientos de la intervención del trabajo académico que se realizara y se han resuelto todas mis inquietudes de preguntas al respecto, 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..... mediante una evaluación pre y post tratamiento.

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma o huella digital del paciente D.N.I.....</p>

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma o huella del profesional Psicólogo que informa y toma el consentimiento D.N.I.....</p>

REVOCATORIA /DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

Fecha.....de.....del.....20.....

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma o huella digital del paciente D.N.I.....</p>

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma o huella del profesional Psicólogo que informa y toma el consentimiento D.N.I.....</p>
