



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO CLINICO DE  
ANSIEDAD SOCIAL

**Línea de investigación:**

**Salud Mental**

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

**Autora:**

Lopez Leyva, Karina Catalina

**Asesora:**

Casquero Zaidman, Miriam Estela

ORCID: 0000-003-0214-481X

**Jurado:**

Vallejos Flores, Miguel

Cirilo Acero, Ingrid

Correa Aranguren, Iris

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Lopez, L. (2022). Intervención cognitivo conductual en un caso clínico de ansiedad social [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5962>



**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 UN CASO CLINICO DE  
ANSIEDAD SOCIAL**

Línea de investigación: Salud Mental

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

**Autora:**

Lopez Leyva, Karina Catalina

**Asesora:**

Casquero Zaidman, Miriam Estela

Código ORCID: 0000-003-0214-481X

**Jurados:**

Vallejos Flores, Miguel

Cirilo Acero, Ingrid

Correa Aranguren, Iris

**Lima- Perú**

**2022**

## **Pensamientos**

“Las personas no se ven perturbadas por los acontecimientos que les suceden, sino por su visión de ellos”.

Albert Ellis

“Si nuestro pensamiento queda empantanado por significados simbólicos distorsionados, razonamientos ilógicos e interpretaciones erróneas, nos volvemos, en verdad, ciegos y sordos”.

Aaron Beck

### **Dedicatoria**

**A mi padre**, aunque muy pronto partiste, siempre tendré presente “si piensas que estas vencido, lo estas; si piensas que no te atreves, no lo harás...”, gracias por tu ejemplo y tu amor incondicional.

**A mis hijos**, por ser mi mayor motivación y orgullo, gracias por su comprensión.

### **Agradecimientos**

A Dios, por brindarme salud y por permitir seguir siendo su instrumento de sanación desde mi ejercicio profesional.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, que me acogió en su prestigiosa casa de estudio y me permitió seguir la segunda especialidad.

A mi asesora Miriam Casquero por su paciencia y apoyo que me ha guiado en la elaboración del presente trabajo Académico.

## Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Antecedentes Nacionales	14
1.2.2 Antecedentes Internacionales	16
1.2.3 Fundamentación Teórica	19
1.3 Objetivos	28
1.4 Justificación	29
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	30
II. Metodología	
2.1 Tipo y diseño de Investigación	31
2.2 Variables de Investigación	32
2.2.1 Variable independiente	32
2.2.2 Variable dependiente	32
2.3 Participante	32
2.4 Técnicas e intervención	32
2.4.1 Técnicas	32

2.4.2 Instrumentos	37
2.4.3 Evaluación psicológica	43
2.4.4 Evaluación psicométrica	49
2.4.5 Informe psicológico integrador	57
2.5 Intervención	63
2.5.1 Plan de intervención y calendarización	63
2.5.2. Programa de intervención	70
2.6 Consideraciones éticas	70
III. Resultados	
3.1 Resultados pre y post intervención	71
3.2 Discusión de Resultados	78
3.3 Seguimiento	79
IV. Conclusiones	81
V. Recomendaciones	83
VI. Referencias	
VII. Anexos	



**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1.</b> Registro de línea base de la semana 1 según frecuencia de conductas	55
<b>Tabla 2</b> Registro de línea base de la semana 1 según intensidad de pensamientos	56
<b>Tabla 3.</b> Autorregistro en el esquema ABC	64
<b>Tabla 4.</b> Jerarquía de situaciones que le causan ansiedad	66
<b>Tabla 5.</b> Registro de conductas según su frecuencia-semanalmente	75
<b>Tabla 6.</b> Registro de pensamientos según su intensidad de ansiedad-la última semana	76

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> Escala de ansiedad de Zung pre test- post test	73
<b>Figura 2</b> Inventario de pensamientos automáticos pre test- post test	73
<b>Figura 3</b> Cuestionario de personalidad de Eysenck pre test- post test	74
<b>Figura 4</b> Frecuencia de conductas pre test - post test	75
<b>Figura 5</b> Intensidad de pensamientos pre test - post test	76

## Resumen

El presente trabajo es un caso único de ansiedad social, realizado en un consultorio particular en una persona de 25 años, de sexo femenino, que fue referida por el servicio de medicina general, por presentar dolor de cabeza e insomnio; debido a experiencias negativas que padeció, llega a adquirir episodios fuertes de ansiedad y miedo, acompañado de pensamientos anticipatorios negativos, llegando a desencadenar respuestas fisiológicas, motoras, emocionales, cognitivas y reacciones de intenso miedo que se presentan al encontrarse fuera de casa, llegando a generar limitaciones en sus actividades diarias. La intervención cognitivo conductual (ICC), se realizó en 10 sesiones, en un periodo de dos meses y medio, de 60 minutos cada sesión. Se realizó la Historia Clínica Psicológica y se recabaron datos para la determinación de la intervención cognitivo conductual. El programa de intervención se inicia con el registro de conductas y pensamientos distorsionados, se aplicaron las técnicas cognitivo conductual e instrumentos para la recolección de datos. La investigación es de tipo experimental aplicada, con diseño de caso único, con mediciones pre test, aplicación programa de intervención cognitivo conductual y post test. La variable dependiente fue el nivel de ansiedad social y la variable independiente fue el programa de intervención cognitivo conductual. Se administró las pruebas psicológicas que demostraron indicadores altamente significativos en el cuadro clínico de ansiedad social, se aplicó el programa de intervención cognitivo conductual, se realizó el post test y los indicadores del cuadro de ansiedad social, disminuyo significativamente.

*Palabras claves:* Ansiedad, ansiedad social, terapia cognitivo conductual, intervención cognitivo conductual.

### **Abstract**

The present work is a unique case of social anxiety, carried out in a private office on a 25-year-old female, who was referred by the general medicine service for presenting headache and insomnia; Due to negative experiences that he had, he gets to acquire strong episodes of anxiety and fear, accompanied by negative anticipatory thoughts, triggering physiological, motor, emotional and cognitive responses, these reactions of intense fear appear when being away from home, reaching generate in the patient limitations in their daily activities. The cognitive behavioral intervention (ICC) was carried out in 10 sessions, in a period of two and a half months, of 60 minutes each session. The Psychological Clinical History was performed and data were collected to determine the cognitive behavioral intervention. The intervention program begins with the registration of distorted behaviors and thoughts, cognitive behavioral techniques and instruments for data collection were applied. The research is of an applied experimental type, with a single case design, with pre-test measurements, application of a cognitive-behavioral intervention program and post-test. The dependent variable was the level of social anxiety and the independent variable was the cognitive behavioral intervention program. The psychological tests that demonstrated highly significant indicators in the clinical picture of social anxiety were administered, the cognitive-behavioral intervention program was applied, the post-test was carried out and the indicators of the social anxiety table, decreased significantly.

*Keywords:* Anxiety, social anxiety, Cognitive behavioral therapy, Cognitive behavioral intervention

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso único, es de una mujer adulta, de 25 años de edad, con un diagnóstico clínico de ansiedad social, el cual se manifiesta con una sintomatología desproporcionada y el temor persistente ante la anticipación a diversas situaciones sociales que puede desembocar en crisis de pánico, en casos más extremos en aislamiento social casi absoluto; siendo estos indicadores debido al creciente aumento de la inseguridad que lleva a las personas a sentirse desprotegidas, temerosas y en estado de alerta, generando miedo, ansiedad, frustración y angustia. Situación que debe ser de atención primordial para los psicólogos, así como aplicar el tipo de intervención eficaz para estos casos (Revista IUS 2014).

La adultez es quizá el momento más complejo en la vida de la persona, debido a la responsabilidad familiar y compromiso social que tienen, sumando a esto la inseguridad y crecimiento delincuencial que no diferencia edad, sexo ni estatus social, poniendo muchas veces en riesgo su vida e integridad física. Las mujeres con o sin hijos por razón de su edad, estado físico, mental o por circunstancias sociales, económicas, étnicas o culturas, se muestran vulnerables frente a esta parte de la sociedad delincuencial (Ministerio de Salud, 2014).

Según el diario El Peruano (2021), actualmente en Lima el 21.2% de la población fue víctima de algún hecho delictivo, y en el Callao el 23.1% , razón por el cual este último fue declarado en estado de emergencia en noviembre del 2021, es de esperarse que parte de esta población víctima de la delincuencia se sienta vulnerable, debido al miedo y frustración de no poder emitir alguna conducta de protección ante el hecho delictivo, que trae como consecuencia la evitación de situaciones sociales, presentando posteriormente cuadros de ansiedad social.

El presente estudio tiene por objetivo describir un caso clínico de ansiedad

social y la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual en la reducción del nivel de ansiedad social ante una situación específica.

En el apartado I, se describe la descripción del problema, los antecedentes nacionales e internacionales, fundamentación teórica, técnicas cognitivo conductual, objetivos, justificación e impacto esperado en el trabajo académico.

En el apartado II, se establece la metodología, el tipo y diseño de investigación, que es de tipo experimental aplicada, con diseño de caso único ABA, se establece las variables de investigación, presentación del caso, la evaluación psicológica que se realizó mediante las pruebas psicológicas del Cuestionario de personalidad de Eysenck, Test de ansiedad de Zung y el Inventario de pensamientos automáticos, se presenta el programa de intervención cognitivo conductual para el cuadro clínico de ansiedad social.

En el apartado III se menciona los resultados pre y post de las pruebas psicológicas administradas, discusión de los resultados y seguimiento.

En el apartado IV capítulo se menciona las conclusiones del estudio de caso.

En el apartado V se realiza las recomendaciones necesarias a partir del presente trabajo.

## **1.1 Descripción del problema**

Según el análisis de Elsevir (2012) el 25% de la población sufrirá algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, siendo la prevalencia en la mujer el doble con respecto al varón, refiere que toda persona experimenta ansiedad ante situaciones de incertidumbre, el problema surge cuando esa ansiedad aparece ante un peligro que no es real, cuando su intensidad y duración son muy superiores con relación a la causa que lo origino; para Organización Mundial de la Salud (2017) el trastorno de ansiedad ocupa la 6ta posición de factores que contribuyen en la discapacidad mundial,

considerando que la ansiedad aumento en casi el 50% en los últimos años.

Actualmente en España, considerado uno de los países más seguros, cada vez la sensación de inseguridad se apodera de los ciudadanos, por la difusión de noticias de casos delictivos, situación que hace que los ciudadanos vivan en alerta permanente, provocando cuadros de ansiedad. Las personas que se dejan influenciar por las informaciones de los delitos cometidos, generan reacciones emocionales negativas e intentan protegerse con mecanismos de defensa de manera exagerada, como el cambio radical en los hábitos rutinarios y si pasaran por un suceso delictivo la persona tiende a buscar detalles de lo ocurrido y desde el punto de vista psicológico solo alargan y repiten el recuerdo y la vivencia de lo que se imagina que pudo pasar o vivirlo de una manera exageradamente emocional (la Vanguardia, 2020).

Según la encuesta del Instituto de Estudios Peruanos (IEP) la percepción de ciudadana frente la inseguridad se ha mantenido inalterable entre el 2015 y el 2019, siguiendo en el mismo nivel de ansiedad frente al delito. El Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (setiembre 2018 a febrero 2019), informa que el 86.6% de la población cree que será víctima de algún hecho relacionado con la criminalidad y el miedo a la victimización es mayor en especial en los departamentos de Tacna, Arequipa, Lima, Madre de Dios, Huancavelica, Tumbes y Callao (Gestión 2019).

En el Perú, actualmente el miedo que se evidencia en la población es alarmante, de cada 10 personas 8 piensas que serán víctimas de la delincuencia en los siguientes doce meses; el temor al delito es objetivo y subjetivo, ya que se construyen en base a miedos reales (cognitivos) como en base a reacciones emocionales (RPP Noticias, 2020).

Para el Instituto Nacional de Salud Mental (2017), las personas que tienen síntomas de ansiedad o miedo a ciertas situaciones sociales, estarían presentando

síntomas del trastorno de ansiedad social, ya que el temor que sienten estas personas es tan fuerte, que piensan que controlarlo va más allá de su capacidad, interfiriendo en su desempeño normal, como ir al trabajo, asistir a la escuela y/o reuniones.

El presente estudio de caso, se trata de una persona de sexo femenino de 25 años de edad, que presenta un cuadro clínico de ansiedad social, manifestando los siguientes signos y síntomas: dolor de cabeza, insomnio y presión en el pecho al encontrarse fuera de casa, debido al miedo a la inseguridad y delincuencia, no logrando controlar su nivel de ansiedad.

## **1.2 Antecedentes**

En los últimos años se han llevado a cabo trabajos clínicos de ansiedad social que han sido orientadas a indagar causas y consecuencias, otros estudios han realizado estudios epidemiológicos y otros a proponer programas de tratamiento.

En el presente trabajo académico, se realizó la búsqueda de presentación de casos clínicos, en bibliotecas, revistas e investigaciones ya realizadas.

### **1.2.1 Antecedentes nacionales**

Jordán (2017), realizó un *estudio de caso clínico de terapia cognitivo conductual, en un caso de fobia social*, en una mujer de 26 años, llega a consulta por recomendación de su psiquiatra, por presentar problemas al socializar, exponer, conocer gente nueva, ir en micros y hablar con personas de autoridad, se realizó una evaluación psicológica completa para la medición de personalidad, ansiedad, depresión, autoestima y creencias irracionales, teniendo como resultado inclinación hacia una personalidad evitativa y auto derrotista, la intervención se inició con la psicoeducación, reestructuración cognitiva, registro de pensamientos, aproximación sucesiva, ataque a la vergüenza, frases racionales emotivas e imágenes racionales emotivas, finalmente el seguimiento; teniendo en cuenta los pre test y post test,



concluyó que el programa de intervención cognitivo conductual fue eficaz en el paciente.

Riveros (2019) realizó *un estudio de caso clínico en fobia social*, en una adolescente de 16 años, después de la entrevista y evaluación psicológica se consideró que se trataba de un caso de fobia social, se aplicó 25 sesiones un tratamiento cognitivo conductual que incluyó auto registro, entrenamiento en respiración controlada, relajación progresiva, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y entrenamiento en habilidades sociales, en el presente estudio de caso único se planteó bajo las líneas de la investigación de la psicología aplicada, donde se desea comprobar los efectos de una intervención específica, para lo cual se utilizó el diseño Univariable multicondicional ABA, los resultados obtenidos indicaron una mejoría clínicamente significativa.

Requena (2019) realizó una *Intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón adulto*, que acude a consulta manifestando que tenía problemas en sus interacciones sociales en especial al conocer a personas del sexo opuesto, la evaluación realizada y el abordaje cognitivo conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA, las técnicas e instrumentos utilizados, respectivamente son auto registros, historia psicológica, test psicológicos, como: Registros de opiniones de Albert Ellis, Pensamientos automáticos, Ansiedad de Zung, luego de 5 meses de tratamiento el paciente mejoró notablemente y se pudo desenvolver adecuadamente en el ámbito social como personal.

Aliaga (2020) realizó un trabajo de investigación sobre la *Percepción de inseguridad ciudadana e inseguridad urbana en estudiantes de una universidad privada de lima*, de tipo cuantitativo de estrategia asociativa comparativa, de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la percepción de

inseguridad ciudadana e inseguridad urbana; la muestra estuvo conformada por 423 estudiantes entre varones y mujeres, del distrito de surco, chorrillos y Miraflores, hallándose evidencias psicométricas de validez y confiabilidad para el cuestionario de inseguridad ciudadana y del cuestionario de inseguridad urbana, concluyendo que la percepción de inseguridad se asocia a mayores respuestas frente al estrés de la inseguridad urbana y viceversa, las mujeres presentaron mayor respuesta afectiva y de activación fisiológica (temor, miedo), mientras que los hombres más respuestas por evitación.

Ita (2020) realizó una *intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social*, en una mujer de 29 años, utilizó técnicas e instrumentos como la entrevista, historia psicológica, observación conductual directa, la escala de ansiedad social de LSAS, registro de opiniones de Albert Ellis, hojas de control y registro sobre la conducta de evitación, que confirmaron el diagnóstico de ansiedad social, el diseño del programa de intervención estuvo conformada por la psicoeducación, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática; concluyendo la efectividad del programa de intervención, reduciendo las conductas evitativas.

### **1.2.2 Antecedente internacional**

En España Ortega et al. (2012) llevaron a cabo "*Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico*"; el caso es de una mujer de 27 años que consultó por ataques de pánico que comenzaron año y medio antes de acudir a terapia y que se agudizaron en el mes previo a la consulta, después de cuatro sesiones de evaluación y una entrevista con una amiga se consideró que se trataba de un trastorno de ansiedad social, donde los ataques eran desencadenados por situaciones sociales y la paciente temía vomitar delante de otros y ser evaluada negativamente. Se aplicó a lo largo de 21 sesiones un tratamiento cognitivo conductual que incluyó auto registros,

entrenamiento en respiración controlada, entrenamiento en atención, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y entrenamiento en asertividad. Con respecto a su pareja, presentaba sintomatología ansiosa asociada con las discusiones y maltrato por parte de la pareja. El resultado obtenido en las escalas administradas a lo largo del proceso indicó una mejora progresiva y clínicamente significativa.

En la ciudad de Medellín-Colombia, Sotelo (2018) realizó un *“Estudio de caso basado en la evidencia”*, donde intervino a una paciente con diagnóstico de ansiedad social, con quien aplicó la terapia cognitivo conductual y la terapia de exposición; asimismo empleó el inventario de ansiedad de fobia social, escala de ansiedad y evitación social, por último, una entrevista clínica; para la intervención aplicó las técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento asertivo y técnicas de exposición. El tratamiento redujo los síntomas ansiosos y depresivos y se evidenciaron cambios frente a la exposición en público y la interacción social.

Castillo et al. (2019) en España, realizaron una *“Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad”*, en una mujer de 22 años con diagnóstico de fobia social, durante la consulta identificaron un cuadro permanente de elevada ansiedad ante situaciones sociales, presentando un intenso miedo a la evaluación negativa de los demás, después de la evaluación, se realizó el diagnóstico de fobia social según el DSM-5, diseñándose un tratamiento cognitivo conductual, que consistía en dieciséis sesiones de tratamiento, después de la evaluación post tratamiento se evidenciaron cambios favorables en la problemática, constatados objetivamente y a nivel de cambios en su vida.

Vélez (2019) en la Universidad Católica Boliviana, realizó un estudio *“Presencia dentro mi propio cuerpo: caso de fobia social”*, donde describe las intervenciones

terapéuticas realizadas en un caso de fobia social, donde una joven de 20 años acude a recibir tratamiento bajo el diagnóstico de fobia social, las pruebas aplicadas fueron escalas de ansiedad y fobia sociales, en la intervención terapéutica se sigue el modelo de la terapia breve estratégica aplicado a fobias y pánico, utilizado por Giorgio Nardone, las técnicas utilizadas fueron el auto registro, prescripciones paradójicas, redefinición del problema y connotación positiva, a pocas semanas de la intervención se evidenció grandes cambios en la joven, extinguiendo los síntomas de activación fisiológicas y realizando actividades por sí misma fuera de casa.

Mora (2019) en España, realizó un “*Análisis de caso de un sujeto con trastorno de ansiedad social*”, el caso clínico es de un hombre de 21 años, quien recibió la intervención basada en el protocolo IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*), en su versión para jóvenes adultos (IJAFS, 2006), el análisis funcional fue la herramienta para determinar el plan de tratamiento, que se llevó a cabo en 12 sesiones con periodicidad semanal, el objetivo era reducir la sintomatología de la ansiedad social en su nivel conductual, psicofisiológico y cognitivo, disminuyendo a su vez las conductas de evitación y escape y la sintomatología asociada al trastorno principal, para ello, se administraron técnicas de reestructuración cognitiva, psicoeducación, exposición (en vivo e imaginada), focalización de la atención, entrenamiento en habilidades sociales y exposiciones simuladas. Los resultados demostraron la eficacia terapéutica evidenciada en la reducción significativa de la sintomatología de ansiedad social, como la intolerancia a la incertidumbre y la remisión del trastorno de ansiedad generalizada.

### 1.2.3 *Fundamentación teórica*

#### **Ansiedad**

Carrillo (2011) considera a la ansiedad como una emoción natural, por ser parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de ansiedad como respuesta adaptativa, su implicación e impacto no son sencillos, siendo estudiado como: reacción emocional, respuesta, estado, rasgo de personalidad, síntoma y síndrome.

Cano (2003) la ansiedad es una reacción emocional, producida por situaciones percibidas como amenaza, esta reacción emocional es más frecuente en situaciones estresantes, las cuales conlleva a respuestas: *cognitivas*, que se refiere a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo; *fisiológicas* como consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano, como palpitación, sofoco, náuseas, enuresis, tensión muscular y sudoración, como respuestas *conductual* como consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica, siendo la hiperactividad, tartamudeo, movimientos repetitivos y paralización motora.

López (2021) la ansiedad es una respuesta emocional, porque describe los sentimientos y reacciones que surgen cuando nos sentimos amenazados, antes de identificar el peligro; la ansiedad no es buena o mala, es adaptativa y necesaria, tiene la función de movilizarnos ante situaciones considerados preocupantes, manteniendo a nuestro organismo alerta y dispuesto a intervenir frente a las amenazas, para que no se produzcan o minimicen sus consecuencias; el problema surge cuando los síntomas de la ansiedad aparecen en ausencia de un riesgo o amenaza grave, o son de mucha intensidad por un tiempo largo; cuando la preocupación es desproporcionada, excesiva, concurrente o irracional, y no permite continuar con las actividades de la vida cotidiana o afecta la calidad de vida, se considera a la ansiedad como patológica.

Considero importante para el trabajo académico realizar la diferenciación de algunos conceptos:

**Ansiedad y angustia:** en la angustia existe un predominio de síntomas físicos, exteriorizando de manera de inhibición o inquietud psicomotriz e incapacidad para estar sentado; mientras que en la ansiedad el predominio son los síntomas psíquicos, que se manifiesta por el temor a volverse loco o morir, dificultad de concentración y sobresaltos (Sierra et al. 2003).

**Ansiedad y miedo:** la ansiedad se define como un estado emocional desagradable, con sensación de peligro, malestar y tensión, sin reconocer claramente la causa; en el miedo existe una similar respuesta fisiológica, sin embargo, hay una causa, un peligro real (Reyes, 2005).

**Ansiedad y estrés:** el estrés coloca a un estado de máxima alerta al organismo, formando modificaciones psicofísicas (tensión, taquicardia, etc.) para afrontar situaciones demandantes; la ansiedad además de las manifestaciones corporales, involucra un conjunto de comportamientos y emociones, que se pueden observar y experimentar cuando el organismo se enfrenta a situaciones de amenaza (Sierra et al. 2003).

Beck (1985) refiere que la ansiedad es la percepción a nivel incorrecta que hacen los individuos, basándose en falsa premisas; estas percepciones son contenidos amenazantes sobre los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos (citado por, Virues, 2005).

Para Ellis (2000) la ansiedad son sensaciones molestas, que nos lleva a la acción, nos permite darnos cuenta de que ocurre o puede ocurrir un hecho desagradable; existe ansiedad sana que nos lleva a preservar la vida hacia buenos

resultados y la ansiedad malsana nos conlleva a perder el control y afrontar mal los riesgos que nos encontramos (citado por De la Cruz, 2017).

### **Ansiedad social:**

Empezando con la historia de la definición y clasificación de la ansiedad social tenemos la tercera edición del DSM III (1980), que reconoce a la ansiedad social “como un miedo excesivo e irracional a la observación por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos”, para la DSM III quienes cumplían con los criterios para el diagnóstico, no podían presentar el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación (TPE), porque esta conlleva a una incapacitación significativa en el funcionamiento social o laboral, y la ansiedad social no se incluía en el deterioro social laboral. Con la publicación del DSM III R (1987), crece el interés por estudiar aspectos relativos al trastorno de ansiedad social, considerando que las personas que presentaban este trastorno, evidenciaban temor hacia una situación social, por lo que el DSM III R, incluye el subtipo generalizado de la ansiedad social e introduce el criterio de interferencia socio-laboral, así como el diagnóstico conjunto de ansiedad social con el trastorno de personalidad por evitación (Navas y Vargas, 2012).

### **Modelos explicativos de la ansiedad social.**

**Modelo de Barlow:** Este modelo (Barlow y Durand, 2001 como se citó en Bravo y Padros, 2014), sostiene que los seres humanos son sensibles a la crítica y la desaprobación social, por razones de evolución biológica; sin embargo, no todas las personas desarrollan una ansiedad social, porque no todas las personas son biológica o psicológicamente vulnerables a la aprehensión ansiosa, proponiendo tres posibles caminos para la adquisición de ansiedad social:

- Heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad.

- Experimentar un ataque de pánico inesperado (falsa alarma) en una situación social por estar bajo tensión, y estar ansioso por la posibilidad de volver a tener más ataques de pánicos posteriormente.
- Experimentar un trauma social real, que da lugar a una *alarma verdadera*, originando una ansiedad condicionada a las mismas situaciones o similares.

De esta manera se establece una alarma aprendida (haya sido falsa o verdadera), impregnándose a la aprehensión ansiosa, sobre todo en lo que concierne a las situaciones sociales.

Para Barlow, la falsa alarma produce ansiedad en ausencia de un objeto o situación que presuman un peligro real, y la alarma verdadera se experimenta frente a una amenaza real y objetiva. Además, señala que, debido a la aprehensión ansiosa, se disminuye los recursos atencionales, quebrantando negativamente en la actuación del sujeto.

**Modelo de Clark y Wells:** Clark (2001, como se citó en Bravo y Padros 2014) explica su modelo en dos partes, en la primera se describe lo que ocurre cuando una persona con este trastorno entra en una situación social temida y en la segunda lo que pasa antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella.

Procesamiento en la situación social: las personas con ansiedad social desarrollan una serie de supuestos (creencias) de sí mismo y de su mundo social, las cuales son divididos:

- a) Normas excesivamente altas a la actuación social: “debo ser...”, “siempre debería...”, “no debo...”.
- b) Creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación: “Si me equivoco pensarán...”, “si no platico, van a pensar...”, “Si me pongo nervioso, van a pensar...”.



- c) Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: “no soy suficientemente hábil”, “soy alguien aburrido”.

Estos supuestos los lleva a considerar las situaciones sociales como peligrosas y los lleva a sumergirse en la ansiedad. Existen varios círculos viciosos interconectados que mantienen la ansiedad y evitan la anulación de las creencias negativas, como son:

*Procesamiento de sí mismo como un objeto social:* un factor clave es el cambio en el foco atencional y un procesamiento negativo de sí mismo, es decir una persona con ansiedad social al considerar que están frente a una evaluación negativa de los demás, enfocan su atención a la observación y monitoreo detallados de ellos mismos, formando una imagen distorsionada de como creen que están siendo vistos por los demás.

*Conductas de seguridad:* los ansiosos sociales no se benefician cuando la catástrofe social temida no sucede, porque se encuentra inmersos a una variedad de conductas de seguridad que intentan prevenir o minimizar las catástrofes temidas. Las conductas de seguridad pueden generar o aumentar los síntomas que se temen.

*Síntomas fisiológicos y cognitivos:* al estar preocupados piensan que los demás se dan cuenta de sus síntomas de ansiedad y llegan a interpretar esta situación como una señal de fracaso a la actuación social deseada.

*Procesamiento de las señales sociales:* se pone énfasis en la atención focalizada sobre el sí mismo y el uso de la información interna para formar una imagen distorsionada y negativa de uno mismo; además atiende y recuerda las respuestas de los demás que fueron interpretadas como signo de desaprobación.

Procesamiento antes y después de la situación temida: las personas con ansiedad social, revisan a detalle todo lo que creen que puede pasar antes de entrar a

una situación social, poniéndose nerviosos porque sus pensamientos tienden a estar dominados por fracasos pasados, por imágenes negativas de si mismo y por predicciones de una pobre actuación y rechazo de los demás.

**Modelo cognitivo de Beck.** Beck y sus colaboradores postularon que desde el procesamiento de la información, la ansiedad es un resultado de complejas respuestas biopsicosociales de importantes componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos, que parten desde la percepción y reconocimientos de señales aversivas, que son procesadas de manera selectiva y sesgada en cuanto a la evocación de la información contenida en memoria y la interpretación polarizada, personalizada, catastrófica y selectiva, como parte del ambiente amenazante, que va acompañada de una percepción de limitadas capacidades personales de afrontamiento, teniendo como resultado una reacción disfuncional del sistema de respuesta emocional. Este procesamiento se da a nivel estructural superficial y nivel profundo, distribuidos en procesos cognitivos (pensamientos automáticos) y las reglas de estructuración del significado (creencias intermedias, centrales y de esquemas).

El modelo para la ansiedad social inicia con la explicación del sistema cognitivo, donde las emociones negativas y la marcada sensación de inadecuación y vergüenza se enfocan hacia las situaciones sociales, que son asociadas a conductas automáticas que buscan permanentemente ser minimizadas y evitar ser percibidas por otras personas o ser imaginaria, es sobrestimada debido a que incluye el perfeccionamiento, retroalimentación social negativa y perseverancia en las cogniciones interpersonales, en la fase anticipatoria, exposición y post evento (Toro,2012).

**Modelo cognitivo de Ellis.** Para Ellis (2005) el trastorno emocional tiene su origen en tres aspectos: innato, contextual y personal; la tendencia innata de pensar, sentir y

actuar, las circunstancias culturales y sociales (que pueden ser factor de realización y equilibrio emocional, o desencadenar la ansiedad, por el desequilibrio entre lo que se desea y no se desea) y los modos de actuar personales a partir de la forma en que se elige pensar, sentir y actuar. La ansiedad pasa a tener su origen en estos tres aspectos que se relacionan en la persona a partir de sus decisiones y sus creencias racionales e irracionales. Para Ellis la ansiedad es evolutiva porque es esencial a la condición humana; la ansiedad, el miedo y la incertidumbre han formado parte de la humanidad, consideraba que la ansiedad era benéfica para el ser humano, porque le permite sortear riesgos y temores, así como enfrentar desafíos temporales y circunstanciales. La ansiedad se convierte en problema cuando se lleva al extremo a sus miedos, reproduciendo ideas irracionales que rigen su forma de pensar, sentir y actuar. Ellis reconocía dos formas de ansiedad, la ansiedad perturbadora (asociada a la idea del deber y tener) y la ansiedad del yo (asociada al estado anímico). Mas adelante mantiene su posición de dos tipos de ansiedad, reconociéndolos como ansiedad sana (inquietud) que preserva la vida, mantiene activa y vigilante a la persona, proporciona control de las emociones, ayuda a alcanzar los logros, etc., y ansiedad malsana (preocupación) que es destructiva, hace perder el control sobre las emociones, debilita el logro de propósitos y propicia el afronte desastroso de los riesgos (Pedroza, 2015).

***Modelo cognitivo conductual de Olivares y Caballo (2003).*** Para los autores el *inicio del trastorno*, se da en la alteración de las respuestas del sujeto, que es generada por la asociación del contexto social negativo y un conjunto de variables fisiológicas, dando lugar al patrón desadaptativo de respuestas motoras y cognitivas. El contexto social negativo influye de varias formas, siendo uno de ellos: los modelos humanos significativos para el sujeto, quienes muestran una aversión ante personas ajenas a la familia, predisponiendo al sujeto a actuar de la misma manera, y la existencia de

antecedentes familiares con ansiedad social, quienes contribuyen a una estimulación social deficitaria. En cuanto a los factores orgánicos que conllevan a una alta vulnerabilidad en la adquisición de ansiedad social, fueron agrupados en: los determinantes biológicos, evolutivos y no evolutivos, los factores de personalidad, las respuestas de escape y otros factores no incluidos en los anteriores (relación entre hermanos, etc.). Estos factores mencionados operan como un caldo de cultivo para dar lugar a una asociación desadaptativa y disfuncional, entre una situación social y la actuación de las personas inmersas en ellas. Con relación a la *fase de desarrollo*, la incertidumbre que el sujeto posee en relación a sus propias reacciones y las reacciones de los demás, retroalimentadas mutuamente, reviste el papel central en la operacionalización del constructo “ansiedad social”; en esta fase la atención se centra cada vez menos en la tarea que se realiza y se centra en las señales de peligro, que provienen del propio sujeto, y luego de la situación, ignorando los logros y la retroalimentación positiva que proviene de los demás. Por último, en la *fase de mantenimiento* la persona con ansiedad social termina instaurando ya no una necesidad de irse, huir o escapar, sino de evitar todas las veces que pueda las situaciones temidas, implicando de este modo un aislamiento social y en las consecuencias negativas que se derivan.

### **Teorías cognitivo conductual.**

La Terapia cognitivo conductual, fue una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en los últimos años, en diferentes partes de mundo; esta terapia se fue conformando a través de análisis de destacados profesionales, como Albert Ellis (1962), con la Terapia Racional Emotiva (TRE), siendo uno de los fundadores de los principios de la terapia cognitiva, favoreciendo el desarrollo de lo que hoy se conoce como terapia cognitiva conductual. La Terapia

Racional Emotiva Conductual (TREC), sostiene que los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre pensamientos, acciones y conductas en este proceso de interacción, este modelo enseña a identificar e informar sobre sus disfunciones cognitivas. El modelo cognitivo conductual propuesto por Beck y Ellis, se entiende como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente cambia su manera de pensar si la razón del cambio proviene de su propia introspección. Estos aportes de autores conductuales y cognitivos, permitieron que la aproximación cognitivo conductual, se fortalezca como estrategia de intervención psicoterapéutica (Hernández y De la Cruz, 2007).

En la actualidad se consideran como características principales de la terapia cognitivo conductual (Ruiz et al., 2012):

- La terapia cognitivo conductual, es una actividad terapéutica de carácter psicológico, teniendo como sus inicios a la psicología del aprendizaje, y parte de sus intervenciones fundamentadas en la psicología científica.
- Las técnicas y procedimientos utilizados, cuentan con base científica o experimental, y de la experiencia clínica.
- El objeto del tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como una actividad de medición y evaluación.
- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional, modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas.
- Pone énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, teniendo en cuenta los factores históricos que explican por qué se está dando la situación actual.

- Se considera característica fundamental la utilización de una metodología experimental aplicada durante el todo proceso, en la evaluación y explicación de la conducta, en el diseño de la intervención y en la valoración de los resultados.

La terapia cognitivo conductual, obtiene información de las observaciones clínicas, para sugerir un enfoque de tratamiento para tratar de cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual. Es un enfoque de psicoterapia de tiempo limitado, orientado hacia el presente, esforzándose en hacer que el paciente actúe como su propio agente de cambio; en esta terapia el terapeuta y el paciente establecen una relación de colaboración, donde el terapeuta funciona como el profesor para enseñar a los pacientes nuevas habilidades y fomentar nuevas formas de contemplar las situaciones y la experiencia de la ansiedad, es decir se anima a los pacientes a emplear las nuevas habilidades para acercarse en vez de alejarse a su experiencia de ansiedad. Otra característica importante de esta técnica es que fomenta en todo momento la demostración empírica de su eficacia en experimentos controlados (Luterek et al., 2003).

### **1.3. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Disminuir la sintomatología de la ansiedad social mediante la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.

#### **Objetivos específicos**

- Reducir los pensamientos distorsionados que causan emociones negativas en el cuadro de ansiedad social.
- Incrementar el repertorio conductual en habilidades sociales, y afrontar de manera progresiva sus temores.
- Reducir la frecuencia de conductas evitativas o de escape, optando por la solución

de problemas.

- Reducir la intensidad de los pensamientos distorsionados y su sintomatología, en situaciones específicas y nuevas.

#### **1.4. Justificación**

La Salud Mental (estado de bienestar), debe ser prioridad para la población, sin embargo no se le da la importancia debida y trae como consecuencia padecer algún problema mental, donde en muchos casos imposibilita a las personas a llegar a cumplir sus objetivos de vida, por falta de atención especializada pertinente, lo cual no les permite superar los problemas y no llegan a desarrollar su proyecto de vida, llegando a sentir culpa, miedo, inseguridad y frustración, que en algunos casos los lleva a realizar conductas de violencia; uno de los trastornos comunes en la actualidad que afecta la salud mental es la ansiedad, que no es atendida prioritariamente, llegando a repercutir en forma negativa en la persona que la padece, razón por la cual es importante identificar y brindar el tratamiento adecuado.

Asimismo en el ámbito social, día a día se evidencia problemas de inseguridad, debido alto índice de la delincuencia, que llega a ser un estímulo disparador de la ansiedad social, ya que muchas personas se sienten desprotegidas, temerosas y en estado de alerta, generando ansiedad, miedo, angustia y frustración, llegando a sentirse seguros sin salir de su casa, siendo una de las características principales de la ansiedad social; y debe ser atención primordial para los psicólogos y realizar el tipo de intervención eficaz para estos casos. Cabe resaltar que para muchas personas que presentan indicadores de ansiedad social debido al impacto del acontecimiento recibido, le es difícil comprender que su miedo es desproporcionado al impacto, debido a los pensamientos automáticos y a los refuerzos del medio social.

En el presente caso, la paciente asiste al servicio de psicología, por presentar

insomnio y dolor de cabeza. Durante la entrevista refirió sentir hormigueo y presión en el pecho cuando se encuentra fuera de casa, sintiendo preocupación y miedo por su familia. Al terminar la evaluación psicológica se confirmó el diagnóstico de ansiedad social. La intervención cognitivo conductual permite establecer estrategias y técnicas adecuadas para el caso de ansiedad social, con el objetivo de reducir la sintomatología presentada, y recuperando el control de la ansiedad social, elevando su estilo y calidad de vida.

### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

Los resultados que se obtienen de la intervención cognitiva conductual en los casos de ansiedad social, permitirán que se mantengan con el tiempo por su efectividad y enfrentarse racionalmente a situaciones que le generen miedo y ansiedad.

La presentación de este caso es un aporte valioso en el área clínica de la psicología, ya que demuestra que la intervención cognitivo conductual, es eficaz e importante para el cuadro clínico de la ansiedad social; a la vez busca incentivar a los psicólogos de la importancia de la intervención cognitivo conductual.



## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación que se aplicó, fue según diseño de caso de investigación aplicada (Kerlinger, 1979), con diseño de caso único (Hernández et al., 2014).

Diseño Univariable multicondicional A.B.A. (Applied Behavior Analysis- Análisis de la Conducta Aplicado), permite aplicar una evaluación inicial pre test (A), administrar la intervención cognitivo conductual (B) y realizar una evaluación post test (A).

El nivel de investigación que se utiliza en el presente trabajo es el nivel de investigación explicativo, estudiando la relación causa-efecto.

#### Diseño de la investigación

Se cumplió con cuatro fases que se indican a continuación:

**Fase I: Selección de la muestra.** Paciente de sexo femenino, adulto joven de 25 años de edad, que viene a consulta referida por el médico general, por presentar sintomatología de cuadro de ansiedad social.

**Fase II: Aplicación de los instrumentos.** Administración de las pruebas psicológicas: Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Test de Ansiedad de Zung y el Inventario de Pensamientos Automáticos.

**Fase III: Aplicación del programa cognitivo conductual.** Aplicación del programa cognitivo conductual, de 10 sesiones, una vez por semana, con una duración de 60 min.

**Fase IV: Análisis de resultados.** Se realizó el post test de las pruebas psicológicas administradas en la fase II, el análisis de las mismas, se verificó la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el caso de ansiedad social.

## 2.2. Variables de investigación

### 2.2.1 Variable independiente

Intervención Cognitivo Conductual

### 2.2.2 Variable dependiente

Cuadro Clínico de Ansiedad Social

## 2.3. Participante

Paciente de iniciales E.L.O. de 25 años de edad, sexo femenino, quien radica en la ciudad de Lima, trabaja como administradora, vive en la casa de sus padres, casada desde hace 5 años, tiene un hijo de 5 años; la misma que viene a consulta por presentar un cuadro clínico de ansiedad social.

## 2.4. Técnicas e intervención

### 2.4.1 Técnicas

En el presente trabajo académico se realiza una intervención cognitivo conductual para un cuadro clínico de ansiedad social, se utilizó las siguientes técnicas: **Terapia de relajación de Jacobson (1938):** En esta técnica se instruye al paciente a tensar un grupo muscular específico, con tanta fuerza como pueda sin que produzca ningún dolor, luego debe mantener la tensión durante 5-7 segundos, percibir la tensión en el grupo muscular, después relajar y descargar la tensión y percibir la sensación de relajación que se produce cuando se descarga la tensión. Es importante tener en cuenta que el mejor modo para aprender la técnica es la demostración, la asistencia y la práctica (Rodas, 2018).

**Registro de pensamientos automáticos:** Para Fernández et al. (2012) Es importante porque:

- Hace evidente al paciente el contenido cotidiano de su pensamiento, junto a las emociones y conducta. Permite saber que le pasa al paciente en situaciones concretas.
- El registro señala los temas a centrarse.
- Permite que el paciente entienda el modelo cognitivo, *“el hombre no se trastorna por las cosas, sino por el punto de vista que adopta sobre ellas”*.
- Podemos comprobar el nivel de implicación del paciente en el tratamiento, la respuesta del paciente con la tarea es importante como predictor del cambio terapéutico.
- Al comienzo los registros están llenos de pensamiento automáticos negativos, su evolución nos da una idea de evolución del cambio del paciente. Los pensamientos negativos dan paso a los pensamientos positivos.

Los pensamientos automáticos se pueden registrar mediante pruebas, cuestionarios y diversos tipos de registros (empleados por el paciente fuera de sesión). Los diversos tipos de formato deben ser adaptados según a las necesidades clínicas del paciente, además de ser presentados y explicados claramente con anotaciones como ejemplo a seguir por el paciente, este registro debe utilizarse en la sesión (.

**Exposición en imaginación:** (Bados y García, 2011) Consiste en imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vivida posible que se están experimentando las situaciones y estímulos temidos, esta técnica se combina en menor o mayor grado con exposición en vivo. Es importante evaluar al paciente si es capaz de imaginar clara y vívidamente las escenas. El procedimiento para evaluar su capacidad de imaginación es:

- *Preparar al cliente para la presentación de la escena:* se explica que se sienta en el sillón de relajación, que intente imaginar la escena de forma clara, detallada y

que se implique en la escena para experimentar todas las sensaciones que el terapeuta describe, esta imaginación termina a los 60 segundos, se pide que cierre los ojos y se ponga cómodo para relajarse, aquí se puede dar instrucciones breves de respiración y relajación.

- *Presentación de la escena:* además del contenido visual, la escena debe incluir alguna modalidad sensorial (audición, tacto, olfato, gusto), se da instrucciones para que imagine la escena de forma activa.
- *Evaluación de la calidad con la que ha imaginado la escena:* al terminar la imaginación se plantea preguntas (¿me puede describir con detalle todo lo imaginado?, ¿puede explicarme sus sensaciones?, etc.), y se pregunta su valoración de 0 a 8 la vivacidad y realismo de la imaginación.

Después de la evaluación, si se considera necesario puede presentarse la escena de nuevo, pidiendo que incorpore aspectos y detalles que no haya imaginado correctamente, es importante elaborar una escena que sea ansiógena para el cliente.

*Elaboración de una jerarquía:* El número de ítems dependerá de las características del problema y del tipo de exposición en imaginación utilizada.

- Las situaciones a incluir en la jerarquía, debe ser descrita de forma específica para que pueda ser imaginada clara y vívidamente.
- Las escenas deben ser relevantes y variadas, el contenido de cada escena estará en función del cliente, del nivel de ansiedad que se busca generar y del tipo de exposición a la imaginación. Se inicia con la descripción del entorno, lo que hace el paciente y sus reacciones somáticas, cognitivas y emocionales.
- Es necesario o conveniente plantear ítems que impliquen ver videos o fotografías, escuchar grabaciones, etc.

*Tipos de exposición en la imaginación*

- Exposición muy breve: se imagina durante 60 segundos cada escena si no experimenta ansiedad, de lo contrario debe poner fin a la escena y practicar una respuesta inhibitoria (la relajación), después de tranquilizarse se vuelve a presentar la escena.
- Exposición breve: la escena se imagina hasta que le paciente logre reducir su ansiedad mediante estrategias de afrontamiento, o hasta que transcurra 10 min como máximo.
- Exposición prolongada: la escena se imagina hasta que la ansiedad se reduce significativamente, puede durar entre 25 a 120 minutos.

**Psicoeducación del ABC:** (Caro, 2011) El objetivo es reeducar al paciente en el manejo de sus reacciones sanas para controlar sus reacciones malsanas, para lograr controlar la ansiedad y evitar que la ansiedad controle a la paciente. En el análisis del ABC, A es el acontecimiento activador (externo e interno), B las creencias del paciente (cogniciones evaluadoras), y C las consecuencias emocionales y conductuales, y su importancia de interacción entre estos tres bloques. Es importante diferenciar y comprender el efecto de las creencias (B) en C.

**Entrenamiento en habilidades sociales:** El objetivo es aumentar habilidades conductuales y la probabilidad de interacciones sociales satisfactorias controlados (Luterek et al., 2003).

En el entrenamiento asertivo se pone en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones que producen ansiedad: son cuatro pasos a seguir: 1) Descripción y explicación razonada, las instrucciones, deben ser claras y específicas, dadas en sentido positivo, gradual y razona, 2) Demostración o modelaje, mediante un modelo se presentan la ejecución del comportamiento seleccionado, al final de la presentación puede hacer preguntas y discutir aspectos que no se llegó a

comprender, 3) Ensayo conductual, se llevara a cabo la ejecución de los roles, para entrenar y ejecutar las conductas y habilidades deseadas, 4) Retroalimentación, se lleva a cabo la discusión de los ensayos ejecutados, Valadez (2002).

**Debate socrático:** Es un método de descubrimiento guiado, donde el terapeuta hace una serie de preguntas ordenadas para ayudar al paciente a definir el problema, identificar pensamientos y creencias, y a examinar el significado de los eventos, es decir ayuda a tomar conciencia, reflexionar y lograr una percepción sobre el tema en discusión, y a generar sus propias conclusiones (Pardo, 2019).

- Procedimiento y aplicación: es importante considerar que el cuestionamiento debe ser sistemático, el razonamiento inductivo, las definiciones universales, la desautorización del conocimiento, el auto mejora y promover la virtud en el día a día. Su aplicación se puede dar al inicio del tratamiento o a medida que avanza la terapia.
- Las preguntas del debate: los debates deben ser cortos alternando el dialogo socrático con el no socrático, se utilizan dos técnicas, el cuestionamiento socrático (emplear preguntas para aclarar significados, provocar emociones y consecuencias, crear perspectiva o explorar acciones alternativas) y la flecha descendente (explora creencias y significados subyacentes a pensamientos automáticos).
- Debate didáctico o descubrimiento guiado: el objetivo no es cambiar las creencias del paciente, sino que generen sus propias soluciones. El terapeuta realiza cuestionamiento de los pensamientos erróneos de forma más indirecta, a través de preguntas, el terapeuta apenas da respuestas, y deja que el paciente llegue a la solución y no verbaliza la respuesta más adecuada.

**Respiración diafragmática:** El objetivo es conseguir una utilización más completa de los pulmones, una respiración diafragmática mayor, facilitando el control

voluntario de la respiración y automatizando este control para ser mantenido en situaciones que generan ansiedad; se lleva a cabo en un ambiente silencioso, evitando estímulos distractores, con postura cómoda y los ojos cerrados; consta de seis ejercicios graduados, cada una con una duración de dos a cuatro minutos, seguido del mismo periodo de descanso, cada ciclo se repetirá hasta que el sujeto lo realice correctamente (Amodeo y Perales, 2013):

- *Inspiración abdominal*: el objetivo es que el paciente dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones, se coloca una mano encima del vientre y otra encima del estómago.
- *Inspiración abdominal y ventral*: el objetivo es que el paciente dirija el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones.
- *Inspiración abdominal, ventral y pectoral*: el objetivo es desarrollar una inspiración completa.
- *Espiración*: el paciente debe hacer una respiración más completa y regular, después de una inspiración completa.
- *Ritmo inspiración-espriación*: el objetivo es encontrar una alternancia respiratoria entrenando la inspiración y espiración completa (inspiración sin marcar los tres tiempos y espiración de forma más silenciosa)
- *Sobre generalización*: se aprende a utilizar esta técnica en situaciones cotidianas o desfavorables, para disminuir la tensión.

#### **2.4.2 Instrumentos**

##### **Ficha técnica de la Escala de ansiedad de Williams Zung**

###### **Datos generales**

Título original de la prueba : SELF-RATING ANXIETY SCALE

Título en español : Escala de autovaloración de ansiedad

Autor (es)	: W. ZUNG
Año de publicación	: 1971
Procedencia	: Berlín
Edades de aplicación	: Adultos
Tiempo de aplicación	: No determinado
Aspectos que evalúa	: intensidad de Ansiedad

**Validez:** Disponemos de pocos estudios de validación de sus valores psicométricos. 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 y entre ASI y *Taylor Manifest Anxiety Scale* de 0,33.

**Descripción de la prueba:** La Escala de autovaloración de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales. Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente. Las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana. Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerles accesibles a la gran mayoría de los pacientes, empleando su propio lenguaje.

**Normas:** Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información



sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada. La escala está estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la EAA orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad del paciente” en términos de una definición operacional, expresada en porcentaje.

### Calificación

$$\text{IAA} = \frac{\text{Puntaje total} \times 100}{\text{Puntaje máximo: 80}}$$

Índice “EAA” impresión global de equivalencia clínica

- 20– 35 : Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.
- 36 – 47 : Presencia de ansiedad mínima a moderada
- 48 – 59 : Presencia de ansiedad marcada a severa.
- 60– 80 : Presencia de ansiedad en grado máximo.

### Clave de respuesta

<i>Ítem</i>	<i>Rpta</i>	<i>Ítem</i>	<i>Rpta</i>	<i>Ítem</i>	<i>Rpta</i>	<i>Ítem</i>	<i>Rpta</i>
<b>1</b>	1 2 3 4	<b>6</b>	1 2 3 4	<b>11</b>	1 2 3 4	<b>16</b>	1 2 3 4
<b>2</b>	1 2 3 4	<b>7</b>	1 2 3 4	<b>12</b>	1 2 3 4	<b>17</b>	4 3 2 1
<b>3</b>	1 2 3 4	<b>8</b>	1 2 3 4	<b>13</b>	4 3 2 1	<b>18</b>	1 2 3 4
<b>4</b>	1 2 3 4	<b>9</b>	4 3 2 1	<b>14</b>	1 2 3 4	<b>19</b>	4 3 2 1
<b>5</b>	4 3 2 1	<b>10</b>	1 2 3 4	<b>15</b>	1 2 3 4	<b>20</b>	1 2 3 4

### Ficha técnica del inventario de pensamientos automáticos

#### Datos generales

- Nombre Original : Inventario de pensamientos automáticos “IPA”
- Autor (es) : Ruiz y Lujan (1996)
- Propósito : Identificar los pensamientos automáticos, que se encuentra agrupado en 15 tipos de distorsiones cognitivas.

Administración : Individual. Colectiva, auto aplicable.

Duración : 40-45 min. Aproximadamente

Edades de aplicación : 15 años a más

Tiempo de aplicación : 30- 45 min aprox.

**Confiabilidad:** La fiabilidad del inventario de distorsiones cognitivas IPA, se determinó por la investigación realizada en el Perú, la cual se adquirió mediante el método de las mitades Split Half de Guttman, que consistió en encontrar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de ítems, que fueron agrupados en ítems impares y pares, donde se encontró un coeficiente de 0.9339, para posterior corregirlo con la fórmula de Sperman- Brown, donde se obtuvo un coeficiente de 0,9658 lo que ratifica que el instrumento es fiable.

**Validez:** La validez del Inventario de Distorsiones Cognitivas se realizó en estudiantes de la universidad Cesar Vallejo. Mediante el análisis de correlación ítems, utilizando el análisis estadístico de Pearson, determinó que los 45 ítems de la versión original eran válidos, lo que quiere decir que alcanzaron un índice de validez mayor o igual a 0.20.

**Forma de calificación:** El inventario de Distorsiones Cognitivas, consta de 45 ítems, de los cuales hay 3 ítem que representa a cada tipo de los 15 tipos de Distorsiones Cognitivas, cada ítem tiene 4 alternativas para responder, cada puntuación oscila entre 0 a 3 puntos: Siempre (3 puntos), A veces (2 puntos), Casi Nunca (1 punto) y Nunca (0 puntos). Además, Se puede obtener una puntuación por cada tipo de distorsiones cognitivas sumando los 3 ítems de cada distorsión. Siendo que a mayor puntuación tienen distorsiones cognitivas frecuentes y a menor puntuación presenta ausencia de distorsiones cognitivas. Cuya puntuación es de 0 puntos como mínimo a 9 puntos como máximo. Una puntuación de 2-5 indica que ese tema le afecta actualmente de

manera importante. Una puntuación de 6-9 indica que tienes cierta tendencia a sentir malestar por la forma de interpretar los acontecimientos de su vida.

### **Ficha técnica del cuestionario de personalidad de Eysenck**

#### **Datos generales**

Título en español	: Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck
Autor (es)	: Hans Eysenck y Sybil Eysenck
Valida y normalizada	: Anicama
Año de publicación	: 1974
Edades de aplicación	: 16 años a más
Tiempo de aplicación	: 30 min aprox.
Aspectos que evalúa	: Evaluar de manera directa las dimensiones de personalidad: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo.

**Validez y confiabilidad del instrumento:** En el estudio de validez por criterio externo, se halló que la escala de extraversión del CPE correlacionó positivamente con la escala de extraversión del Inventario de Personalidad de Eysenck; pero negativamente con las escalas de síntomas psicopatológicos de la SCL-90; mientras que la escala de neuroticismo del CPE correlacionó positivamente con las escalas de síntomas neuróticos de la SCL-90 y la escala de psicoticismo correlacionó positivamente con las escalas de síntomas psicóticos de la SCL-90 y con algunas de las escalas de síntomas neuróticos. Asimismo, las pruebas de validez pro grupos nominados y las de sensibilidad y de especificidad indicaron que las tres escalas principales son independientes entre sí y que permiten diferenciar entre individuos normales y grupos clínicos, aunque la escala de neuroticismo no diferencia completamente entre neuróticos y psicóticos. Todas las escalas mostraron índices altamente significativos ( $p < 0.001$ ) de confiabilidad test–retest y de consistencia interna

**Calificación:** Antes de comenzar la calificación, debe revisarse las columnas de respuestas de las pruebas y separar aquellas que han sido contestadas de manera incompleta o erróneas, es decir si se observa que algún ítem ha sido dejado en blanco, o tiene dos aspas al mismo tiempo. Cada ítem es una pregunta que se responde únicamente eligiendo como respuesta un sí o un no. Las respuestas que coincidan con la clave respectiva se califican como un punto, y en caso contrario, con cero puntos, La suma de estos puntajes proporciona la puntuación de la escala respectiva. Estas puntuaciones se informan por separado, es decir las puntuaciones de estas escalas no se suman entre ellas, Es un instrumento auto administrado, que se puede aplicar individual o colectivamente.

#### Clave de calificación

<i>IT E M</i>	<i>ESCA LA</i>	<i>RESPUE STA</i>	<i>IT E M</i>	<i>ESCA LA</i>	<i>RESPUE STA</i>	<i>IT E M</i>	<i>ESCA LA</i>	<i>RESPUE STA</i>
<i>1</i>	E	N	<i>27</i>	E	S	<i>53</i>	E	<i>N</i>
<i>2</i>	N	S	<i>28</i>	P	S	<i>54</i>	N	<i>S</i>
<i>3</i>	P	S	<i>29</i>	L	N	<i>55</i>	P	<i>S</i>
<i>4</i>	L	S	<i>30</i>	N	S	<i>56</i>	L	<i>N</i>
<i>5</i>	E	S	<i>31</i>	P	S	<i>57</i>	E	<i>N</i>
<i>6</i>	N	N	<i>32</i>	L	N	<i>58</i>	N	<i>S</i>
<i>7</i>	P	S	<i>33</i>	E	S	<i>59</i>	P	<i>S</i>
<i>8</i>	L	N	<i>34</i>	N	S	<i>60</i>	L	<i>S</i>
<i>9</i>	E	S	<i>35</i>	P	S	<i>61</i>	E	<i>S</i>
<i>10</i>	N	S	<i>36</i>	L	N	<i>62</i>	N	<i>S</i>
<i>11</i>	P	N	<i>37</i>	E	S	<i>63</i>	P	<i>S</i>
<i>12</i>	L	N	<i>38</i>	N	S	<i>64</i>	L	<i>N</i>
<i>13</i>	E	S	<i>39</i>	P	S	<i>65</i>	E	<i>S</i>
<i>14</i>	N	S	<i>40</i>	L	S	<i>66</i>	N	<i>S</i>
<i>15</i>	P	N	<i>41</i>	E	S	<i>67</i>	P	<i>N</i>
<i>16</i>	L	S	<i>42</i>	N	S	<i>68</i>	L	<i>N</i>
<i>17</i>	E	S	<i>43</i>	P	S	<i>69</i>	E	<i>S</i>
<i>18</i>	N	S	<i>44</i>	L	N	<i>70</i>	N	<i>S</i>
<i>19</i>	P	S	<i>45</i>	E	S	<i>71</i>	P	<i>S</i>
<i>20</i>	L	N	<i>46</i>	N	S	<i>72</i>	L	<i>N</i>
<i>21</i>	E	S	<i>47</i>	P	S	<i>73</i>	E	<i>S</i>
<i>22</i>	N	S	<i>48</i>	L	N	<i>74</i>	N	<i>S</i>
<i>23</i>	P	S	<i>49</i>	E	S	<i>75</i>	P	<i>N</i>
<i>24</i>	L	S	<i>50</i>	N	S	<i>76</i>	E	<i>S</i>
<i>25</i>	E	S	<i>51</i>	P	N	<i>77</i>	P	<i>S</i>
<i>26</i>	N	S	<i>52</i>	L	S	<i>78</i>	N	<i>S</i>

**Interpretación y diagnóstico:** Los resultados individuales y su interpretación serán fácilmente apreciados con la puntuación de cada dimensión. La puntuación de cada escala se obtiene al convertir los puntajes directo a percentiles, señalados en las normas de estandarización establecidas por Araujo 2000.

PERCENTIL	DIAGNÓSTICO
0-25	Estable Emocionalmente, Introversión y con Ajuste Conductual.
25-50	Tendencia a la Estabilidad Emocional, Introversión y Ajuste Conductual.
50- 75	Tendencia a Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo.
75-100	Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo, dominante o definidos.

**Escala de calificación de SUD:** también llamado escala de unidades de distress subjetivo, es una herramienta de autoevaluación clasificada en una escala del 0 al 100, que se usa para medir la intensidad de angustia o nerviosismo en personas con ansiedad social, así como el progreso y el éxito del plan de tratamiento del profesional que la utiliza.

### 2.4.3 Evaluación psicológica

#### Historia psicológica

##### Datos de filiación.

Nombre y Apellidos	: Evelyn. L. O
Edad	: 25 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Huancayo, 14 de febrero de 1996
Lugar de residencia	: Ate-Lima
Dirección	: Calle Gibraltar 184 mayorazgo chico
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: Administradora
Estado civil	: Casada

Lugar de entrevista : Consultorio particular

Fecha de entrevista : 12 de marzo del 2019.

Derivado por : Medico General

**Problema actual:** La paciente manifiesta: “últimamente siento dolor de cabeza muy fuerte, no puedo dormir, hay días que siento hormigueo y una presión en mi pecho, y cuando salgo de casa siento que mi cuerpo me tiembla, mis palpitaciones se aceleran”. El último fin de semana fue víctima de robo en el trabajo, llegando a sentir miedo, agitación, temblor en su cuerpo y sudoración; por pensar que “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, razón por la cual presento la carta de renuncia, para no volver a trabajar nunca más, disminuyendo el miedo y el temblor de su cuerpo, cuando su madre la llama por teléfono y le dice que está bien que haya renunciado, si ella se siente bien en casa. Evelyn evita salir al mercado, porque piensa “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”, sintiendo latidos rápidos de su corazón y miedo, se tranquiliza cuando su madre se ofrece acompañarla al mercado. Cuando su hijo le pide salir al parque, Evelyn se niega y piensa “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”, llegando a sentir presión en el pecho, miedo, mareos, acidez y sudoración; cuando comenta esta situación con una amiga y ella le dice que está bien que no salgan al parque con su hijo, porque es peligroso, se siente tranquila por lo que hace, esto sucede cada vez que su hijo le pide salir al parque. Hace tres meses que no sale a reuniones, porque piensa “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”, sintiendo miedo, tensión, latidos rápidos del corazón, aturdimiento, sudoración en las manos y

rostro, rechazando las invitaciones a reuniones, justificando que se encuentra enferma; por lo cual disminuye su miedo, tensión, y latidos rápidos del corazón, su esposo le dice que es mejor que se quede en casa y se queda con ella, esto sucede cada vez que la invitan a reuniones. Una vecina de Evelyn le dijo que hace poco robaron una casa cerca de la zona, situación que le hace pensar “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robarme”, “hoy mandare a enrejar todas las ventanas”, sintiendo miedo, preocupación, palpitación acelerada, presión en el pecho, sequedad en la boca y dolor de cabeza, motivo por el cual no duerme hasta las 4 o 5 de la mañana por encontrarse en estado de alerta, ante cualquier ruido extraño dentro de casa, durmiendo durante el día y la tarde para calmar su dolor de cabeza., se siente tranquila y disminuye el nivel de ansiedad, miedo y preocupación cuando amanece al saber que no pasó nada en su casa, ya que estuvo despierta y repite esta conducta todas las noches.

### **Desarrollo cronológico del problema.**

*A la edad de 17 años.* Se encontraba con un grupo de amigos, camino a una tienda, cuando fueron alcanzados por un ladrón, quien tenía un arma, para obligarlos a entregar sus cosas, afirmando “tengo que ser fuerte”, “tengo que ayudarlos”, “les pueden hacer daño”; mientras el ladrón amenazaba a su amiga, apuntando con su arma, ante esta situación Evelyn opto por entregar las cosas de todos, con una actitud desafiante ante el ladrón. Asimismo, cuando el ladrón se fue, pensó “tengo que ser fuerte, todos están llorando” y se fueron a la comisaria a poner la denuncia. Experimentado al llegar a su casa miedo, angustia, sudoración, no quería dormir sola, evitaba salir sola.

*A la edad de 19 años.* cuando se dirigía a la academia en el transporte público, presenciaba casi todos los días actos de robo, y en varias oportunidades dentro del bus donde ella se encontraba; veía que el cobrador y el ladrón eran “compinches”, pensando “me bajo y camino hacia otra avenida para tomar taxi”, luego de ese hecho se aseguraba que el asiento que escoja en el bus tengan las lunas fijas, para evitar ser víctima de robo y estar prevenida, en lo posible trataba de sentarse en la parte posterior para estar prevenida, pensando “no debo dormir”, “ tengo que estar atenta”, “en cualquier momento me pueden robar”, “las personas no están seguras en ningún lugar”, “ la calle y el bus son peligrosos”.

*A la edad de 20 años.* Cuando se encontraba con un enamorado en el parque, se acercó una persona a preguntar la hora, sin embargo, en segundos le arrancaron el bolso que llevaba ella en su brazo, escapando en ladrón con una moto, diciendo a su enamorado “los parques no son seguros”, “no volveremos a vernos en un parque”, “jamás volveré por aquí”.

*A la edad de 22 años.* Cuando se encontraba acompañada de su padre por el centro de lima, mientras esperaba que cambie el semáforo fue testigo que le arrancaron el reloj a su papá del brazo, su papá le dijo “tú debes estar atenta cuando esperas en el semáforo”, “la calle es peligrosa, es muy riesgoso”; desde ese entonces dejo de usar joyas y reloj para salir a la calle.

*A la edad de 24 años.* Se encontraba en el trabajo, haciendo supervisión en el almacén, ingresaron dos rateros, apuntando con un arma a los de seguridad, para robar el dinero que se encontraba en caja, y al retirarse hicieron dos disparos antes de subir a un vehículo y escapar; ante esto ella decidió renunciar el mismo día de ocurrido el hecho, pensando: “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”.



**Historia personal.**

**Desarrollo inicial:** Embarazo 9 meses cumplidos, parto normal, inicio del habla a los 9 meses, inicio de la marcha al año, control de esfínteres a los 2 años y desarrollo psicomotriz acorde a la edad cronológica.

**Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia:** Conductas de miedo para dirigirse al colegio o regresar a su casa, por la cual esperaba a su hermana mayor para acompañarse con ella. En ocasiones cuando se tenía que ir a dormir se negaba a dormir sola, casi siempre hacía sus reacciones de rabietas solicitando refugiarse con su hermana mayor, la hermana se sentía en la obligación de acompañarla para cuidarla. Cuando la madre se ausentaba de casa por algún motivo o se demoraba fuera de casa, se inquietaba, pero se sentía segura que junto a su hermana podían cuidarse de cualquier peligro que pudiera suceder en su casa.

**Actitudes de la familia frente a la niña:** El padre y los hermanos mayores la cuidaban y sobreprotegían por ser la menor, este cuidado fue hasta los 10 años, en algunas ocasiones la madre usaba la correa para corregirla de reacciones prepotentes.

**Educación:** La paciente refiere que no tuvo problemas en lo académico, presento problemas de adaptación en primaria porque la cambiaron de colegio, asimismo manifiesta que su madre era quien se encargaba de sus tareas y educarla.

**Trabajo:** Empezó a trabajar desde los 20 años, cuando se encontraba cursando los últimos ciclos de la universidad, porque sentía la necesidad de comprar sus cosas o salir con sus propios medios. Encontró trabajo afín a su carrera, por recomendación de su papá y hermana. A los 21 años al terminar la carrera, logro encontrar un trabajo estable como administradora en la cadena de boticas Mifarma, lugar donde conoció a su esposo, trabajo con esa empresa hasta sus 23 años; a los 24 años decide cambiar de

trabajo por los beneficios ofrecidos y por la distancia a su casa, renuncio al poco tiempo porque padeció un robo a mano armada.

**Vida psicosexual:** Cuando tenía 13 años jugaba con sus amigos a tener novio o esposo, lo cual la llevo a tener curiosidad por saber que se siente al besar a un niño, a los 14 años jugando se besó con un niño de su barrio, inicio la masturbación a esa edad; tuvo su primer enamorado a los 15 refiere “pensaba casarme con él”. Inicio su primera relación sexual a los 16 años, con su tercer enamorado que conoció en el colegio; a los 21 llega a embarazarse de su esposo, manifiesta que tuvo 4 parejas con quien tuvo relaciones sexuales.

**Antecedentes patológicos.** La paciente no tiene antecedentes de enfermedades psiquiátricos. Tuvo un accidente automovilístico a los 15 cuando estaba aprendiendo a manejar, tuvo una operación a causa del parto por cesárea, por último, no presenta hasta la actualidad problemas judiciales.

### **Historia familiar**

Padre: Miguel, de 65 años de edad, grado de instrucción: Técnico Superior, profesión enfermero.

Madre: Sara, de 60 años de edad, grado de instrucción: Técnico Superior, profesión enfermera.

Hermano 1: Martin, de 40 años de edad, grado de instrucción: Superior, profesión ingeniero

Hermano 2: Cecilia, de 36 años de edad, grado de instrucción: Superior, profesión psicóloga

Esposo: Noel, de 33 años de edad, grado de instrucción: Superior, profesión ingeniero

Hijo: Ian de 05 años de edad, grado de instrucción: Inicial, profesión estudiante

**Relaciones familiares.** La relación de Evelyn con su padre fue buena, lo considera de carácter pasivo, siempre la cuidaba y protegía, hasta su edad adulta su padre la llevaba y recogía del trabajo. La relación con su madre fue tranquila, algunas veces se tornaba conflictiva por el mal comportamiento que Evelyn tenía de adolescente, considera que es muy preocupada por sus hijos, refiere que su mamá se encargaba de vestirla y educarla en el colegio, le hacía sus tareas cuando ella se olvidaba, considera a su mamá es más expresiva que su papá. La relación a su hermana, siempre fue amical, a pesar de la diferencia de edad, trataban de compartir muchas cosas juntas, refiere que hubo un tiempo cuando tenía 13 años, en que su hermana le reclamaba a su mamá de la sobreprotección que tenía con Evelyn, por ayudarla hacer sus quehaceres de casa o colegio; actualmente se ven casi todos los fines de semana cuando organizan una reunión o almuerzo familiar. La relación con su hermano mayor, siempre fue de respeto y protección, siempre la cuidaba y defendía dentro y fuera de casa, la consentía de niña, en cuanto a regalos o dulces, actualmente la comunicación es escas, ya que él se encuentra viviendo en Chiclayo por motivos de trabajo. La relación con su esposo, con quien llevan 4 años juntos, es estable, existe buena comunicación y apoyo, ambos tienen proyectos y planes junto a su hijo.

#### **2.4.4. Evaluación psicométrica**

##### **Informe psicológico del test de Zung de ansiedad**

###### **Datos de filiación**

Apellidos y Nombres	:	Evelyn L.O.
Edad	:	24 años
Fecha de evaluación	:	19 de marzo de 2019
Motivo de evaluación	:	Medir la intensidad de ansiedad

**Técnicas e instrumentos aplicados:** La entrevista psicológica, test de Zung de ansiedad.

### **Resultados**

La paciente obtuvo un puntaje total de 56, teniendo en cuenta la calificación del test, obtiene un índice en la EAA 70, que la ubica en el diagnóstico de grado máximo de ansiedad.

### **Interpretación**

Por los resultados obtenidos, la evaluada presenta grado máximo de ansiedad, manifestándolo a través de su conducta, pensamiento, emociones y fisiológicamente. Le preocupa y le causa miedo de sobremanera situaciones que tienen que ver con asaltos y/o robos, llegando a alterar su rutina o normal desenvolvimiento en su entorno, como se puede ver en las siguientes situaciones: Evelyn evita salir al mercado, porque piensa “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”, sintiendo miedo y taquicardia, y se tranquiliza cuando su madre se ofrece en ir al mercado. Evelyn no lleva a su hijo a jugar al parque porque piensa “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”, llegando a sentir ansiedad, miedo, taquicardia, acidez y sudoración, al imaginar esa situación. Cuando recibe invitaciones para participar a reuniones fuera de casa, las rechaza justificando que se encuentra enferma, pensando “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”, sintiendo miedo, tensión, ansiedad y sudoración. Al enterarse que hace poco robaron una casa cerca de su zona, piensa “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a

robarme”, sintiendo ansiedad, miedo, preocupación, taquicardia, presión en el pecho y dolor de cabeza, motivo por el cual no duerme por encontrarse alerta ante cualquier ruido extraño en casa.

**Conclusiones:** La paciente E.L.O. presenta: inquietud, sensación de amenaza y peligro, miedo, desesperación, angustia, tensión y preocupación. Dificultades para continuar con sus actividades sociales y laborales normales; dificultad para conciliar el sueño, por mantenerse en vigilia para cuidar la seguridad de su casa.

### Recomendaciones

- Seguir un programa de manejo emocional (ansiedad).
- Terapia de respiración y relajación.

### Informe psicológico del inventario de pensamientos automáticos

#### Datos de filiación

Apellidos y Nombres : Evelyn L.O.  
 Edad : 24 años  
 Fecha de evaluación : 19 de marzo de 2019  
 Motivo de evaluación : Identificación de los pensamientos automáticos

**Técnicas e instrumentos aplicados:** La entrevista psicológica, Inventario de Pensamientos automáticos.

#### Resultados

Nº	Pensamiento automático	Efecto emocional
1	<b>Filtraje:</b> ¡Todo es negativo! Nada es positivo	9
2	<b>Pensamiento polarizado:</b> ¡Blanco o negro! Lo hago bien o mal	2
3	<b>Sobre generalización:</b> ¡Siempre fracasaré!	7
4	<b>Interpretación del pensamiento:</b> Piensa esto de mi...	3
5	<b>Visión catastrófica:</b> “Va a suceder esto...” (que suele ser lo peor)	6
6	<b>Personalización:</b> “Eso lo está diciendo por mi; Yo soy más / menos	1
7	<b>Falacia de control externo:</b> “No puedo hacer nada...”	1

8	<b>Falacia de justicia:</b> “No hay derecho a...” “Es injusto que...”	1
9	<b>Razonamiento emocional:</b> “Si lo siento así, es que es verdad”	0
10	<b>Falacia de cambio:</b> “Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”	5
11	<b>Etiqueta global:</b> ¡Qué torpe soy!	0
12	<b>Culpabilidad:</b> “Por mi culpa...”, “Por su culpa...”	1
13	<b>Debería:</b> “Debo de...”, “No debo de...”	4
14	<b>Falacia de razón:</b> “Tengo la razón...” “Sé que estoy en lo cierto...”	7
15	<b>Falacia de recompensa divina:</b> “El día de mañana, esto cambiara...” “El día de mañana tendré mi recompensa”	5

normal	riesgo bajo	riesgo alto
<2	>=2	>=6

**Interpretación:** Evelyn, presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos, se detalla con los siguientes ejemplos para cada pensamiento: Cuando Evelyn recibe invitaciones para asistir a reuniones sociales, las rechaza y piensa: “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros” (filtraje), entonces su esposo le dice que es mejor que se quede en casa y se queda con ella. Evelyn al ser víctima de robo un fin de semana en el trabajo, renunció y decidido no volver a trabajar nunca más, pensando: “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían” (sobre generalización), por lo cual su madre le dijo que está bien que haya renunciado si se siente bien en casa. Cuando una vecina de Evelyn le dijo que hace poco robaron una casa cerca de la zona, pensó: “en cualquier momento ingresarán a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robar” (visión catastrófica), llegando a permanecer en vigilia todas las noches, sintiéndose tranquila cuando amanece al saber que no pasó nada en su casa. Cuando su hijo le pide salir al parque, ella decide no hacerlo, pensando: “hoy por hoy todos los parques son

peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque” (falacia de razón), al hablar con su amiga y ella le dice que está bien que no salga al parque porque es peligroso, ella se siente tranquila al escucharla y por lo que hace.

### **Conclusiones:**

La examinada se desenvuelve en su vida cotidiana con el pensamiento automático de filtraje, sobre generalización, visión catastrófica y falacia de razón.

### **Recomendaciones**

- Aplicar la técnica de exposición en imaginación y en vivo.

### **Informe psicológico del cuestionario de personalidad de Eysenck**

#### **Datos de filiación**

Apellidos y Nombres : Evelyn L.O.  
 Edad : 24 años  
 Fecha del Informe : 19 de marzo de 2019  
 Motivo de evaluación : perfil psicológico

**Técnicas e instrumentos aplicados:** la entrevista psicológica, cuestionario de personalidad de Eysenck.

#### **Resultados**

Teniendo en cuenta el puntaje directo y percentilar, la paciente 0 en extraversión, 95 en neuroticismo, 5 en psicoticismo y 15 en mentiras, dando como diagnóstico personalidad introvertida, neuroticismo y tendiente al ajuste conductual.

#### **Interpretación**

Extraversión: Evelyn, presenta características de personalidad introvertida, es decir, retraída socialmente, reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, planifica sus actos y es ordenada. Evelyn evita salir a reuniones fuera de casa, prefiere quedarse en casa por su seguridad, justifica su inasistencia con alguna enfermedad.

Neuroticismo: Evelyn tiende a reaccionar emocionalmente de manera exagerada y tiene dificultades para volver al estado normal después de haber dado estas respuestas emocionales, se suele quejar de molestias somáticas y también de preocupaciones, ansiedad y otras sensaciones emocionales desagradables. El motivo de consulta de Evelyn fue el dolor de cabeza e insomnio, debido a mantenerse en vigilia para asegurarse que no ingresen a su casa a robar, porque piensa “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robarme”, sintiendo miedo, ansiedad y preocupación. Evelyn rechaza las invitaciones a reuniones porque piensa “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”, sintiendo miedo y ansiedad, motivo por el cual no participa de reuniones hace tres meses. Cuando fue víctima de robo, ella sintió miedo y ansiedad, porque pensó “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, motivo por el cual renuncio y decidió no volver a trabajar nunca más. Evelyn evita salir al mercado, porque piensa “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”, sintiendo miedo y taquicardia, y se tranquiliza cuando su madre se ofrece en ir al mercado.

Psicoticismo: Se ajusta a las reglas sociales y familiares.

### **Conclusiones**

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

### **Recomendaciones**

- Entrenamiento en competencias personales – sociales



## Informe psicológico del registro de conductas y pensamientos

### Datos de filiación

Apellidos y Nombres : Evelyn L.O.  
 Edad : 24 años  
 Fecha del Informe : 26 de marzo de 2019  
 Motivo de evaluación : Identificar la frecuencia e intensidad de sus pensamientos y conducta.

### Técnicas e instrumentos aplicados:

Registro de pensamientos y de conductas

**Tabla 1**

*Registro de línea base de la semana 1 según frecuencia de conductas*

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Renunciar y no volver trabajar	I	I	I	I	I	I	I	7
b) Evitar salir de casa para ir al mercado	II	III	I	II	I	III	I	13
c) Evitar salir al parque cuando su hijo se lo pide	I	I	I	I	I	I		6
d) Dar excusas para no salir a reuniones fuera de casa				I	I	I		3
e) Estar despierta durante la madrugada para cuidar su casa	I	I	I	I	I	I	I	7

*Nota.* En la tabla 1 se muestra la frecuencia de conductas registrados en la semana 1, llegando a una puntuación de 13 el evitar salir de casa para ir al mercado, puntuación de 7 el renunciar y no volver a trabajar, así como el estar despierta durante la madrugada, puntuación 6 el evitar salir al parque con su hijo y puntuación 3 el dar excusas para evitar salir a reuniones fuera de casa.

**Tabla 2***Registro de línea base de la semana 1 según intensidad de pensamientos*

<b>Pensamientos</b>	<b>SUD</b>
a) Ansiedad al pensar “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”.	80
b) Ansiedad al pensar “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”.	100
c) Ansiedad al pensar “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”.	100
d) Ansiedad al pensar “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”.	100
e) Ansiedad al pensar “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robar”	90

*Nota.* En la tabla 2 se muestra la intensidad de ansiedad, llegando a un nivel de 80 a 100 SUD, generados por los pensamientos distorsionados.

**Resultados:**

En la primera semana de registro de intensidad de pensamientos y según la medición SUD, la paciente evidencia 80,90 y 100 en cuanto al nivel de ansiedad, generado por sus pensamientos distorsionados como “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, “en todos los mercados roban”, “todas las calles son inseguras”, “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”, “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos

ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, estos pensamientos se presentan frente a diversas situaciones; asimismo en cuanto a la frecuencia de conductas la paciente muestra notable evitación y huida a diversas situaciones que implica su desenvolvimiento fuera de su casa siendo el caso renunciar y no volver trabajar, evitar salir de casa para ir al mercado, evitar salir al parque cuando su hijo se lo pide, dar excusas para no salir a reuniones fuera de casa y estar despierta durante la madrugada para cuidar su casa.

### **Conclusiones :**

La paciente evidencia un alto grado de ansiedad frente a diversas situaciones, que no le permiten realizar actividades de la vida cotidiana, lo cual genera conductas de evitación o escape.

### **Recomendaciones**

- Programa de tratamiento dirigido a la Exposición a situaciones adversas para poner en práctica la Persistencia y nuevos intentos frente a la frustración de no alcanzar el objetivo.
- Desarrollar un programa de habilidades sociales para mejorar sus competencias interpersonales.

#### **2.4.5. Informe psicológico integrador**

##### **Datos de filiación**

Apellidos y Nombres : Evelyn L.O.  
 Edad : 24 años  
 Fecha del Informe : 26 de marzo de 2019  
 Motivo de evaluación : Perfil Psicológico

##### **Técnicas e instrumentos aplicados:**

- La entrevista psicológica

- Test de Zung de ansiedad
- Inventario de pensamientos automáticos
- Cuestionario de personalidad de Eysenck-Forma B
- Registro de conductas y pensamientos.

### **Análisis e interpretación:**

Los resultados obtenidos en el Test de Zung de ansiedad, obtuvo un puntaje de 56, ubicándose en el índice EAA 70, con un diagnóstico de grado máximo de ansiedad, manifestándolo a través de su conducta, pensamiento, emociones y fisiológicamente; llegando a sentir preocupación y el miedo de sobremanera situaciones que tienen que ver con asaltos y/o robos, alterando su rutina o normal desenvolvimiento en su entorno.

En el Inventario de pensamientos automáticos, obtiene un alto riesgo, con un puntaje de 9 en el pensamiento de *filtraje*: “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”; puntaje 7 en el pensamiento de *sobre generalización* por pensar “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, “en todos los mercados roban”, “todas las calles son inseguras”, puntaje 6 en pensamiento *visión catastrófica* por considerar que “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robar”, un puntaje de 7 en el pensamiento de *falacia de razón*, siendo sus pensamientos “me van a robar”, “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”.

En el Cuestionario de personalidad de Eysenck obtiene un puntaje percentilar

de 95 en neuroticismo, tendiendo a reaccionar emocionalmente de manera exagerada y tiene dificultades para volver al estado normal después de haber dado estas respuestas emocionales, como la ansiedad, frustración, miedo, angustia, desesperación tensión y preocupación, además se suele quejar de molestias somáticas y también de preocupaciones y otras sensaciones emocionales desagradables, lo cual se evidencio el motivo de consulta: dolor de cabeza e insomnio, debido a mantenerse en vigilia hasta la madrugada. Siente miedo intenso y preocupación excesiva cuando piensa que le van a robar y automáticamente se le presentan las siguientes ideas: “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, motivo por el cual renuncio y decidió no volver a trabajar. Según el puntaje percentilar obtenido en la dimensión de extraversión es 8, por lo que la evaluada presenta características de personalidad de introversión, mostrándose retraída socialmente y reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, lo cual se evidencia al evitar salir a reuniones, prefiere quedarse en casa por su seguridad y justifica su inasistencia con alguna enfermedad, por último en la dimensión de psicotismo obtuvo el puntaje 0, llegando ajustarse a las reglas sociales y familiares, demostrando su respeto y consideración a sus padres, resuelve los problemas por medio del dialogo, no le gusta usar la violencia, apoya y respeta las decisiones que se tomen como familia, se considera una persona respetuoso con su entorno social.

En la primera semana de registro de intensidad de pensamientos, la paciente evidencia 80,90 y 100 en cuanto al nivel de ansiedad, asimismo en cuento a la frecuencia de conductas la paciente muestra notable evitación y huida a diversas situaciones que implica su desenvolvimiento fuera de su casa.

### Conclusión diagnóstica:

La evaluada presenta un grado máximo de ansiedad y pensamientos automáticos de filtraje, sobre generalización, visión catastrófica y falacia de razón; a nivel de personalidad muestra características de personalidad tendiente a la introversión, con el diagnóstico alto en neuroticismo.

### Recomendaciones

- . Iniciar un tratamiento de Intervención cognitivo conductual para el cuadro clínico de ansiedad social.
- . Consejería psicológica al esposo, para lograr una alianza de apoyo durante la intervención cognitiva conductual

### Análisis funcional de la conducta.

Estimulo discriminativo (Ed)	Consecuencias	Estimulo reforzador (Er)
<b>Externo</b> . Víctima de robo en el trabajo. . Ir al mercado . Su hijo le pide salir a jugar al parque. . Invitación a reuniones . Escuchar a su vecina, acerca de un robo cerca de la zona.	<b>Fisiológica</b> - Aumento de frecuencia cardiaca. - Sudoración - Dolor de cabeza - Mareo - Acidez - Presión en el pecho - Sequedad en la boca <b>Emocional</b> - Miedo 10/10, ansiedad 10/10, angustia 9/10, desesperación 10/10, tensión 10/10, preocupación 08/10 <b>Pensamiento</b> - “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”, “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me	<b>Externo</b> - Su madre la llama por teléfono y le dice que está bien que haya renunciado, si ella se siente bien en casa. - Su madre se ofrece en ir al mercado por ella. - Una amiga le dice que está bien que no salgan al parque con su hijo, por lo peligroso que es. - Su esposo le dice que es mejor que se quede en casa y se queda con ella. - Estar despierta durante la noche y saber que no pasó nada en su casa. <b>Interno</b> - Al escuchar a su madre,

asaltaran con armas en el parque”, “las reuniones fuera de casa no es nada segura”,

“me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”, “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robar”, “hoy mandare a enrejar todas las ventanas”.

### **Conducta**

- Presentar la carta de renuncia, para no volver a trabajar nunca más.
- No salir al mercado.
- No llevar a su hijo a jugar al parque, por miedo a que le roben.
- Rechaza las invitaciones a reuniones, justificando que se encuentra enferma
  - No dormir hasta las 4 o 5 de la mañana por encontrarse alerta, ante cualquier ruido extraño dentro de casa.

disminuye su miedo, ansiedad y respuestas fisiológicas.

- Cuando su madre va al mercado por ella se tranquiliza.

- Al escuchar a su amiga se tranquiliza al disminuir su ansiedad, miedo y sus respuestas fisiológicas.

- Al justificar su salida con una enfermedad disminuye su miedo, tensión, ansiedad y las respuestas fisiológicas

- Al asegurarse que no roban en su casa por la noche, se siente tranquila disminuyendo su ansiedad, miedo, preocupación y respuestas fisiológicas.

## **Diagnostico tradicional según el DSM 5 (2013)**

### **Criterios diagnósticos para la ansiedad social (fobia social)-F40.10**

### **Conductas que presenta el paciente**

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar

NO  
PRESENTA

- 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). **NO PRESENTA**
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales. **PRESENTA**
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. **PRESENTA**
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. **PRESENTA**
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. **PRESENTA**
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. **PRESENTA**
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. **PRESENTA**
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo. **PRESENTA**
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva. **PRESENTA**



## 2.5. Intervención

### 2.5.1. Plan de intervención y calendarización

#### Primera sesión. Bienvenida y establecimiento relación empática

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Introducción</i>	Propósito de la intervención cognitivo conductual	Describir la terapia	Bienvenida · Conocer en que consiste la Intervención Cognitivo Conductual.	· ninguno	15	
<i>Desarrollo central</i>	Psicoeducación sobre la ansiedad	social, su causa y consecuencias	· Explicar mediante un gráfico y lluvia de ideas, que es la ansiedad social, enseñar el registro de línea de base.	· hojas · lapicero	30	· Registro de línea base de pensamientos distorsionados
<i>Final</i>	Resumen	Reforzar la información, resolver dudas o preguntas.	Resumen de la sesión 1	· ninguno	15	

#### Segunda sesión. Reconocer la relación entre pensamiento, emoción y conducta

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Corto dialogo de lo realizado, revisión de la tarea dejada	Reforzar y disolver dudas	se verifico el correcto llenado del registro de línea base	· Hojas	15	
<i>Desarrollo central</i>	Psicoeducación sobre la funcionalidad del ABC	Explicar en qué consiste el análisis del ABC	se explicó la relación que tienen sus pensamientos, emociones y conducta	· hojas · lapicero · ninguno	30	autorregistro en el esquema ABC
<i>Final</i>	Retroalimentación	Reforzar la información, resolver dudas suscitadas de la sesión.	se amplió la información.		15	

**Tabla 3***Autorregistro en el esquema ABC*

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
El último fin de semana fui víctima de robo en el trabajo.	“en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”.	miedo (10), ansiedad (8) Evelyn presentó su carta de renuncia, para no volver a trabajar nunca más.
Cuando tengo que ir al mercado	“en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”,	Miedo (10), taquicardia (9) Pedir al esposo que la llame y esperar la llamada de su esposo.
Cuando su hijo le pide salir a jugar al parque.	“hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”.	Ansiedad (10), miedo (10) no lleva a jugar a su hijo al parque por miedo a que le roben.
Cuando la invitan a reuniones fuera de casa.	“las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”.	miedo (10), tensión (10), ansiedad (09) Evelyn rechaza las invitaciones a reuniones fuera de casa, justificando que se encuentra enferma.
Una vecina de Evelyn le dijo que hace poco robaron una casa cerca de la zona	“en cualquier momento ingresarán a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robar”	ansiedad (09), miedo (9), preocupación (08). Evelyn no duerme hasta las 4 o 5 de la mañana por encontrarse alerta, ante cualquier ruido extraño dentro de casa.

*Nota.* En la tabla 3 se muestra la relación que tienen sus pensamientos, emociones y conducta, y la intensidad en que se manifiesta estas emociones, según la situación en que se encuentra la paciente.

**Tercera sesión.** Entrenamiento en la técnica de relajación y respiración diafragmática

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Revisar la tarea de la sesión anterior	Verificar su correcto llenado del autorregistro	. Se corrigió la correcta distribución de su activación psicofisiológica.	. ninguno	15	
<i>Desarrollo central</i>	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	Provocar una tranquilidad mental al suprimir las tensiones musculares	. Relajación progresiva (brazos, hombros, cuello, espalda, piernas)	. sillón reclinable . hoja con las indicaciones	20	. entrenamiento se realizará en cada sesión, se pide que practique 3 veces a la semana en casa. . Practicar la respiración en casa
	Respiración diafragmática	Contrarrestar la hiperventilación generada	Se brinda las indicaciones Preguntas sobre lo aprendido	. música tenue	15	
<i>Final</i>	Resumen	Reforzar y resolver alguna duda		. ninguno	10	

**Cuarta sesión.** Jerarquización de las situaciones que causan ansiedad

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Resolver dudas de la sesión anterior	Fortalecer la terapia de relajación y respiración diafragmática	. Se corrige la técnica de relajación y respiración diafragmática, realizada en su casa.	. ninguno	10	
<i>Desarrollo central</i>	Jerarquía de ítems en relación a las situaciones que le causan ansiedad	Identificar y reconocer los ítems que le causan ansiedad.	. La paciente identifico la situación que menos y mayor malestar le producía, siendo 5 situaciones que le producen ansiedad.	. hojas . lapicero	20	. practicar la terapia de relajación y respiración diafragmática
	Debate socrático	Identifica, profundizar y reflexionar acerca de sus pensamientos	. Se cuestiona y reconduce nuevas interpretaciones de pensamientos.	. hojas . lapicero	20	. poner en práctica el debate socrático
<i>Final</i>	Resumen	Reforzar la información.	Se hace preguntas y amplía la información			

**Tabla 4***Jerarquía de situaciones que causan ansiedad*

<b>Situaciones</b>	<b>0-100</b>
Volver trabajar	100
Salir a reuniones fuera de casa	90
Cuidar su casa y estar despierta durante la madrugada	80
Salir al parque cuando su hijo se lo pide	80
Salir de casa para ir al mercado	70

*Nota.* En la tabla 4 se muestra la jerarquización de 5 situaciones que causan ansiedad, siendo la situación de volver a trabajar que le provoca mayor ansiedad llegando a un nivel de 100, seguido de salir a reuniones fuera de casa con un nivel de 90, el cuidar la casa y el salir al parque con su hijo con un nivel de 80, por ultimo el salir de casa para ir al mercado provoca un nivel 70 de ansiedad; estas situaciones son evitadas en su mayoría por la paciente.

**Quinta sesión.** Entrenamiento en exposición en imaginación.

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos material es</i>	<i>Tiem po</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Resolver dudas y las tareas de la sesión anterior	Consolidar el debate socrático, buscando soluciones positivas	. Verificar y orientar el debate socrático. . Mediante una escala se especificó, los 5 ítems que le producía ansiedad, se llegaron en	. hojas . lapicero	10	. realizar una exposición en vivo de los
<i>Desarrollo central</i>	Entrenamiento en exposición en imaginación a las preocupaciones	Reducir la asociación entre la situación temida y la ansiedad Verificar la comprensión de	acuerdo que cada sesión se exponía en simulación a dos ítems .Se preguntó si tuvo algún inconveniente para simular la situación y se desarrolló la terapia	. hojas . lapicero . sofá	40	de relajación
<i>Final</i>	Resumen	estabilizar a la paciente	de relajación y respiración diafragmática		10	. practicar la relajación

**Sexta sesión.** Entrenamiento en exposición en imaginación.

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Resolver dudas de la sesión anterior, y revisión de la tarea	Reforzar la sesión anterior y verificar la ejecución de técnica de exposición en vivo	. se preguntó si tuvo algún inconveniente o duda en el desarrollo de la tarea, como se sintió después de desarrollar la actividad.	. ninguno	15	
<i>Desarrollo central</i>	Entrenamiento en exposición en imaginación a las preocupaciones	Continuar con la exposición en imaginación con los siguientes ítems	. Se llevó a cabo la exposición en imaginación con los siguientes 2 ítems, introduciendo la técnica de respiración.	. hojas . lapicero . sofá	40 05	. realizar una exposición en vivo de los mismos ítems trabajados.
<i>Final</i>	Resumen	Reforzar algún inconveniente que haya suscitado durante la ejecución de la técnica	Preguntas sobre la dificultad que haya tenido, buscando soluciones	. hojas . lapicero		. practicar la terapia de relajación y respiración diafragmática

**Séptima sesión.** Entrenamiento en exposición en imaginación.

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Revisar la tarea para casa	Consolidar y repasar la exposición en vivo realizado en casa	. se preguntó sobre el desarrollo de la tarea y el nivel de ansiedad que llego alcanzar	. ninguno	10	
<i>Desarrollo central</i>	Entrenamiento en exposición en imaginación a las preocupaciones	Continuar con la exposición en imaginación con el últimos ítem según la jerarquía.	. se llevó a cabo la exposición en imaginación del último ítem	. hojas . lapicero . sofá	40	. realizar una exposición en vivo de los mismos ítems trabajados y practicar

<i>Final</i>	Resumen	Reforzar y motivar a la paciente de lo logrado en la sesión	Se da a conocer el objetivo alcanzado.	. hojas . lapicero	10	la terapia de relajación
--------------	---------	---	--	-----------------------	----	--------------------------

**Octava sesión.** Entrenamiento en habilidades sociales (entrenamiento asertivo)

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Resumen de la técnica de exposición en imaginación	Fortalecer la ejecución de la técnica, la cual tiene que ser de forma diaria	. se preguntó si tenía alguna pregunta final del tema, brindando alternativas de solución	. hojas . lapicero	15	plantearse diversas situaciones que le generan ansiedad, con su solución
<i>Desarrollo central</i>	Entrenamiento en habilidades sociales (entrenamiento asertivo)	Identificar las situaciones en las que se desea ser más asertivos	. Identificación de situaciones en que se falla y como debería de actuar en el futuro.	. hojas . lapicero	30	Poner en practica la terapia de relajación y respiración diafragmática
<i>Final</i>	Resumen	Reforzar la técnica ampliando la información y disolviendo las dudas.	Se pide que narre una situación que le genere ansiedad, y como deberá actuar en el futuro		15	

**Novena sesión.** Entrenamiento en habilidades sociales (control de la inhibición)

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Revisar la tarea asignada la sesión anterior	Fortalecer el conocimiento y la ejecución de la técnica anterior	. se brindó alternativas de solución para los problemas suscitados	. hojas . lapicero	15	
<i>Desarrollo central</i>	Entrenamiento en habilidades sociales (control de	Controlar las respuestas impulsivas y generar respuestas	Se explica la importancia de las habilidades sociales y las destrezas	. hojas . lapicero . sofá	30	. poner en práctica lo realizado en la sesión

<i>Final</i>	la inhibición)	mediadas por la atención y el razonamiento	. hojas . lapicero	15
	Resumen	Fortalecer la información brindada		

### Decima sesión. Aplicación de pruebas

<i>Etapas</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo de la actividad</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Tarea</i>
<i>Repaso</i>	Verificar la tarea asignada	Compartir y comentar la información solicitada.	. se comparte información, para aclarar las dudas y consolidarla.	. hojas . lapicero	10	
<i>Desarrollo central</i>	Aplicar las pruebas	Evaluar la salud mental	. se aplicó el test de Zung de ansiedad, el inventario de pensamientos automáticos y el cuestionario de personalidad de Eysenck	. hojas . lapicero . sofá	40	
<i>Final</i>	Retroalimentación	Repasar todo lo realizado en la terapia			10	
	Agradecimiento y despedida		Se realiza un cambio de información con la paciente	.		

### **2.5.2. Programa de intervención cognitivo conductual**

El plan de intervención cognitivo conductual para la ansiedad social, consiste en reducir la ansiedad social y reducir los sentimientos de miedo, agitación o tensión, así como facilitar la mejoría en el funcionamiento personal en situaciones sociales, corrigiendo las falsas valoraciones y creencias de la amenaza social y de vulnerabilidad personal; este objetivo se llevará cabo en 10 sesiones, una sesión por semana, con una duración de 60 minutos cada uno.

#### **Objetivo general**

Disminuir la sintomatología de la ansiedad social mediante la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.

#### **Objetivos específicos**

- Reducir los pensamientos distorsionados que causan emociones negativas en el cuadro de ansiedad social, mediante el análisis del ABC.
- Disminuir los pensamientos distorsionados utilizando la técnica cognitiva del debate socrático, para reflexionar acerca de sus pensamientos distorsionados.
- Utilizar la técnica de relajación y respiración diafragmática, para controlar y/o reducir los indicadores fisiológicos de la ansiedad.
- Mejorar el repertorio conductual en habilidades sociales, mediante el reforzamiento positivo de habilidades y solución de conflictos.
- Incrementar actividades que le causen ansiedad, mediante la técnica de exposición en imaginación.

### **2.6. Consideraciones éticas**

Para llevar a cabo el presente trabajo se solicitó el consentimiento informado de la paciente, después de haber recibido la información de los objetivos y del procedimiento de estudio, documento que se encuentra en la referencia.



### III. RESULTADOS

#### 3.1 Resultados pre y post intervención

Según los objetivos y las evaluaciones realizadas, se obtiene:

En la escala de Zung de Ansiedad, obtiene en la evaluación pre test una puntuación de 70 correspondiente a un grado máximo de ansiedad y en el post test con puntuación de 36 ubicándose en el rango de ansiedad moderada.

En la escala de Pensamientos Automáticos del pre test obtiene puntaje 9 en el pensamiento de filtraje, 7 en sobre generalización, 7 en falacia de razón y 6 en visión catastrófica, y en el post test se obtiene 0 en filtraje, 1 en sobre generalización, 0 en falacia de razón y 1 en visión catastrófica.

En el cuestionario de Personalidad Eysenck; en el pre test obtiene puntaje 0 en extraversión (introversión), 95 en neuroticismo y 5 en tendencia al ajuste conductual, y en el post test obtiene 85 en extraversión (extrovertida), 5 en neuroticismo y 5 en tendencia al ajuste conductual.

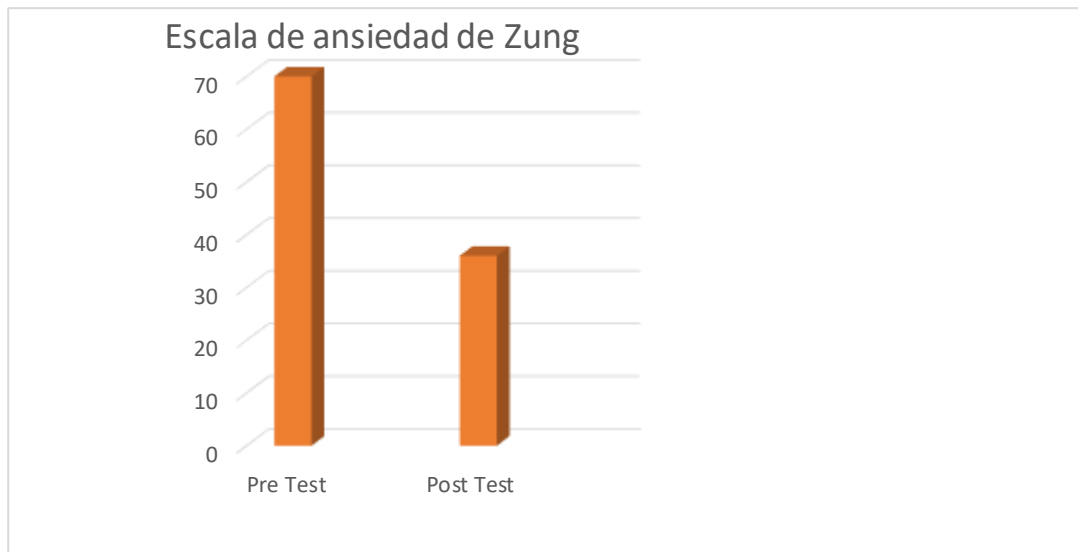
En el registro de conducta de línea base, en la primera semana, se obtuvo en cuanto a la frecuencia: un puntaje de 7 al renunciar y no volver a trabajar, 13 al evitar salir de casa para ir al mercado, 6 al evitar salir al parque cuando su hijo se lo pide, 3 al dar excusas para asistir a reuniones fuera de casa y 7 al estar despierta durante la madrugada para cuidar su casa; después de realizar el registro de conducta al concluir la intervención se obtuvo: 2 al renunciar y no volver a trabajar, 2 al evitar salir de casa para ir al mercado, 0 al evitar salir al parque cuando su hijo se lo pide, 0 al dar excusas para asistir a reuniones fuera de casa y 1 al estar despierta durante la madrugada para cuidar su casa, datos evidenciados en la tabla 1 y 5 del anexo.

En el registro de pensamientos de línea base en cuanto al nivel de ansiedad, obtuvo: 80 al pensar “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me

van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, 100 en pensamientos “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”, 100 al pensar “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”, 100 al pensar “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros” y 90 al pensar “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robar”; al concluir la intervención se volvió a realizar el registro de pensamiento y obtuvo 10 “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”, 20 en pensamientos “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”, 20 al pensar “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”, 30 al pensar “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros” y 10 al pensar “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, comprobando que el nivel de intensidad bajo favorablemente después del tratamiento, evidenciado en la tabla 2 y 6 del anexo.

**Figura 1**

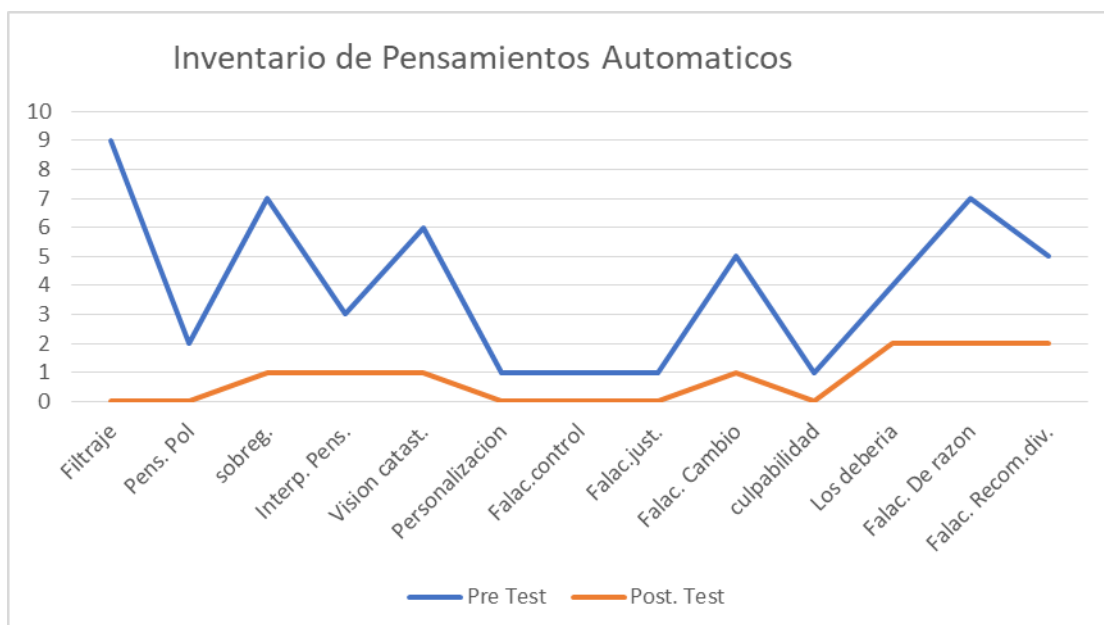
*Escala de ansiedad de Zung pre test- post test*



*Nota.* En la figura 1 se muestra los resultados de la aplicación de la escala de ansiedad de Zung, obteniendo una puntuación de 70 en la evaluación pre test, correspondiente a un grado máximo de ansiedad y en el post test con puntuación de 36 ubicándose en el rango de ansiedad moderada.

**Figura 2**

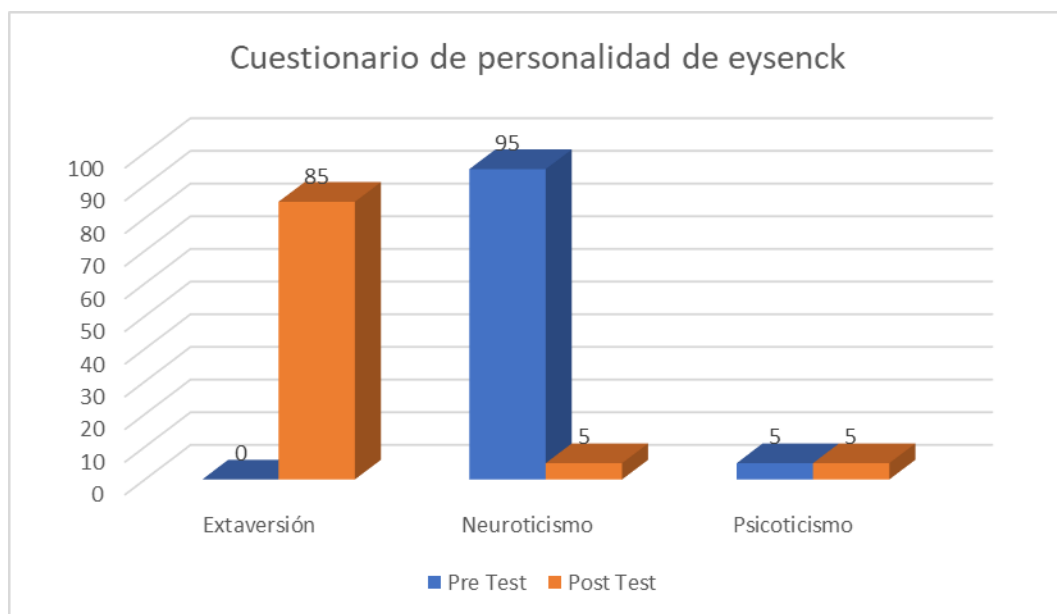
*Inventario de pensamientos automáticos pre test- post test*



*Nota.* En la figura 2 se muestra la escala de pensamientos automáticos del pre test con puntaje 9 en el pensamiento de filtraje, 7 en sobre generalización, 7 en falacia de razón y 6 en visión catastrófica, y en el post test se obtiene 0 en filtraje, 1 en sobre generalización, 0 en falacia de razón y 1 en visión catastrófica.

### Figura 3

*Cuestionario de personalidad de Eysenck pre test- post test*

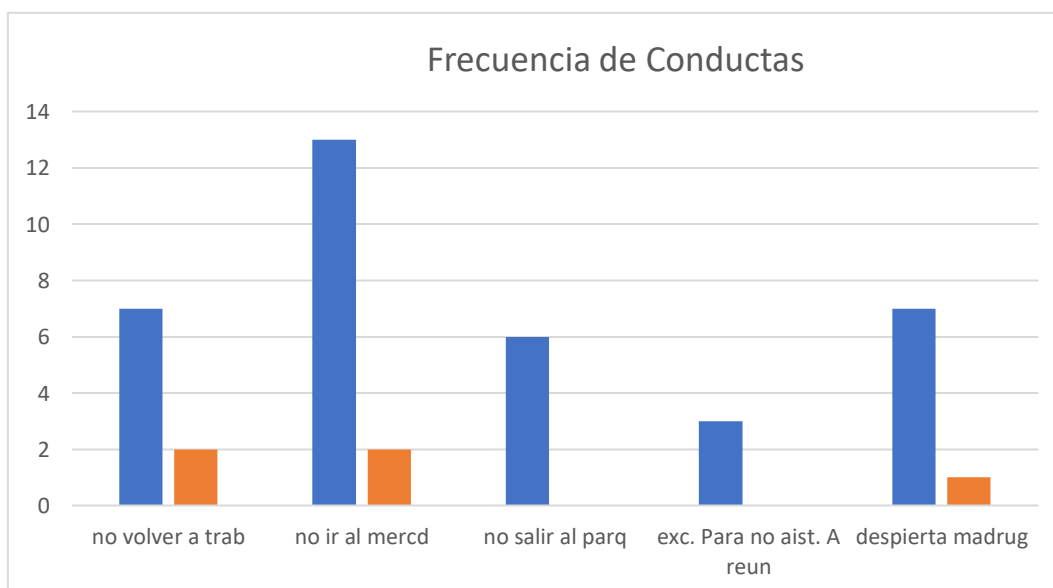


*Nota.* En la figura 3 se muestra los resultados del cuestionario de Personalidad Eysenck; obteniéndose en el pre test puntaje 0 en extraversión (introversión), 95 en neuroticismo y 5 en tendencia al ajuste conductual, y en el post test obtiene 85 en extraversión (extrovertida), 5 en neuroticismo y 5 en tendencia al ajuste conductual, se evidencia una mejoría notable diferenciada entre el pre test y post teste, después de concluir el programa de intervención.

**Tabla 5.***Registro de conductas según su frecuencia-semanalmente*

<i>Conductas</i>	<i>1ra</i>	<i>2d</i>	<i>3ra</i>	<i>4ta</i>	<i>5ta</i>	<i>6ta</i>	<i>7ma</i>	<i>8n</i>	<i>9va</i>
	<i>a</i>								
a) Renunciar y no volver trabajar	7	7	5	4	4	3	2	2	2
b) Evitar salir de casa para ir al mercado	13	12	10	8	6	5	3	2	2
c) Evitar salir al parque cuando su hijo se lo pide	6	5	4	4	3	3	1	1	0
d) Dar excusas para no salir a reuniones fuera de casa	3	3	2	1	2	1	0	0	0
e) Estar despierta durante la madrugada para cuidar su casa	7	4	4	3	2	2	1	1	1

*Nota.* En la tabla 5 se muestra que la frecuencia de conductas semanalmente fue disminuyendo, pasando en la primera semana de una puntuación 13 de la conducta evitar salir de casa para ir al mercado a una puntuación 2 en la novena semana, el renunciar y no volver a trabajar de una puntuación 7 en la primera semana a una puntuación 2 en la novena semana, el estar despierta para cuidar la casa de una puntuación 7 de la primera semana a una puntuación 1 la novena semana, evitar salir al parque con su hijo de una puntuación 6 en la primera semana a una puntuación 0 la novena semana, por último el dar excusas para no salir a reuniones fuera de casa de una puntuación 3 la primera semana a una puntuación 0 la novena semana, es evidente que las conductas registradas como problema fueron mejoradas durante el programa de intervención.

**Figura 4***Frecuencia de conductas pre test y post test*

*Nota.* En la figura 4 se muestra la frecuencia de conductas presentadas antes de iniciar el programa de intervención y su mejora al concluir la misma, se evidencia que algunas de estas conductas fueron extinguidas en su totalidad y otras se encuentra en proceso de superación.

**Tabla 6.***Registro de pensamientos según su intensidad de ansiedad-la última semana*

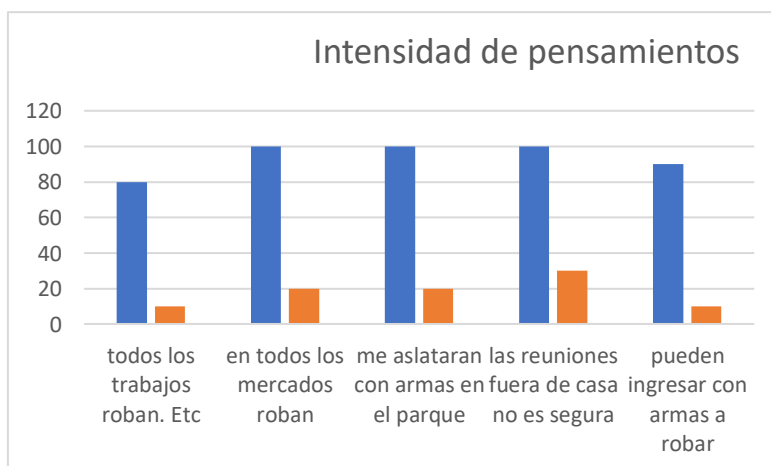
<i>Pensamientos</i>	<i>SUD</i>
a) Ansiedad al pensar “en todos los trabajos roban”, “donde vaya a trabajar siempre me van a robar”, “si dejara de trabajar, ya no me robarían”.	10
b) Ansiedad al pensar “en todos los mercados roban”, “me van a robar”, “todas las calles son inseguras”.	20
c) Ansiedad al pensar “hoy por hoy todos los parques son peligrosos”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”.	20
d) Ansiedad al pensar “las reuniones fuera de casa no es nada	

<b>segura”, “me pueden asaltar”, “los ladrones pueden ingresar a la reunión y lastimar a todos”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”.</b>	30
<b>e) Ansiedad al pensar “en cualquier momento ingresaran a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, “pueden ingresar con armas a robar”</b>	10

*Nota.* En la tabla 6 se muestra los niveles de ansiedad obtenidos del registro de pensamientos en la última semana del programa de intervención, en el cual se evidencia una disminución considerable relacionándola con la tabla 2.

### Figura 5

Intensidad de pensamientos pre test - post test



*Nota.* En la figura 5 se muestra la intensidad de pensamientos registrados en el pre test, y su disminución en el post test, se evidencia que los pensamientos distorsionados fueron superados al analizarlos racionalmente durante el programa de intervención.

### 3.2 Discusión de resultados

Al iniciar el tratamiento la paciente manifestaba sintomatología de la ansiedad, como miedo, angustia, desesperación, tensión y preocupación, después del tratamiento se muestra tranquila y estable frente a situaciones que le generaban ansiedad, demostrando que las técnicas empleadas fueron efectivas para lograr el control de sus emociones.

Asimismo la paciente según su registro de pensamiento y según la evaluación manifestaba pensamientos de *filtraje* como “las reuniones fuera de casa no es nada segura”, “me pueden asaltar”, “podrían asistir personas de mal vivir”, “las personas de mal vivir, son rateros”, pensamiento de *sobre generalización* porque pensaba “en todos los trabajos roban”, “en todos los mercados roban”, “todas las calles son inseguras”, pensamiento *visión catastrófica* porque pensaba “en cualquier momento ingresarán a mi casa a robar”, “podemos ser víctimas de secuestro dentro de la casa”, por último el pensamiento de *falacia de razón*, como “me van a robar”, “me van a quitar a mi hijo”, “me asaltarán con armas en el parque”; después del tratamiento la paciente pudo comprender y reconocer sus distorsiones cognitivas y a las consecuencias que sobrellevaban, logrando un mayor entendimiento razonable a las situaciones que le generaban pensamientos negativos .

Además, la paciente tendía a reaccionar emocionalmente de manera exagerada, a ciertas situaciones, manifestando ansiedad, miedo, angustia, desesperación y preocupación, llegando a tener dificultades para volver a su estado normal de tranquilidad, esto se evidencia a través del registro de conductas, y cuando anteponía sus pensamientos distorsionados a situaciones que tenía que ver con su desenvolvimiento social, cuando su hijo le pedía salir al parque, cuando tenía que ir al mercado cuando tenía que asistir a alguna reunión social, posteriormente mientras se



avanzaba con el tratamiento la paciente fue avanzado paulatinamente estos cambios de conducta, al pensar de forma mas racional para atreverse a salir al parque con su hijo, o aceptar en algunas oportunidades evitaciones de reuniones fuera de casa, y sentirse capaz de ir al mercado sola o en compañía de su mamá casi todos los días.

La paciente a causa de su experiencia con la inseguridad, evitaba salir de casa o frecuentar reuniones sociales, así como acercarse o iniciar una conversación con personas ajenas a su círculo familiar, debido a su desconfianza, por considerar que estas personas son parte de la delincuencia y que la lastimarían, esto la llevo a realizar sus actividades sola, cuidando mucho su propio espacio y privacidad, mostrando de esta manera su personalidad introvertida; esta conducta fue cambiando mientras retomaba sus actividades sociales y disfrutaba de ese entorno, consideraba que mientras conocía a una persona podía expresar y dar a conocer sus emociones positivas, como la alegría y la confianza.

La paciente llevo a consulta por presentar dolor de cabeza, al no dormir por las noches por encontrarse alerta y evitar que roben su casa, después de la terapia la paciente manifestó que empezó a dormir mejor, ya no se despierta por las noches, puede sentirse segura que su casa no corre peligro todas las noches, por lo cual el dolor de cabeza a causa del insomnio desapareció.

### **3.3 Seguimiento**

Una vez finalizado el programa de intervención cognitivo conductual, que consistió en 10 sesiones, se realizó el seguimiento del cuadro clínico de ansiedad social, con sesiones 6 sesiones adicionales, las cuales fueron programadas cada 15 días las dos primeras sesiones y una vez al mes las cuatro sesiones restantes, con la finalidad de reforzar situaciones que le han pasado, al finalizar se dio el alta clínica de las seis sesiones adicionales, ya que las mejoras fueron muy significativas en cuanto

al cuadro de ansiedad social que presentaba inicialmente la paciente, esto queda demostrado con las salidas regulares al parque con su hijo, con su participación a reuniones sociales fuera de casa, con su iniciativa al buscar trabajo, con tranquilidad, y al lograr descansar por las noches dejando de estar en vigilia por cuidar su casa de noche; por último se dejó abierta la oportunidad que si se presenta una crisis de ansiedad pueda acudir a consulta.

#### IV.CONCLUSIONES

- 4.1 Se logro a los dos meses y medio de la administración del programa de intervención cognitiva conductual, reducir significativamente la sintomatología de la ansiedad social, como dolor de cabeza, sudoración, insomnio, presión en el pecho, mareo y sequedad en la boca, miedo, desesperación, tensión y preocupación, las cuales interferían en la calidad de vida de la paciente; mostrándose actualmente que la paciente tiene mayor confianza y seguridad para controlar las situaciones que le generaban ansiedad.
- 4.2 Se logró disminuir las distorsiones cognitivas, mediante el análisis del ABC, que permitió diferenciar y comprender el efecto de las creencias; y el debate socrático, que ayudo a definir el problema, identificar pensamientos y creencias, examinar el significado de los eventos, tomar conciencia y reflexionar, para lograr una percepción adecuada y generar sus propias conclusiones.
- 4.3 Se logró mejorar sus habilidades sociales, aprendiendo a canalizar adecuadamente los pensamientos distorsionados que la llevaban a alterar su desenvolvimiento en su vida cotidiana; además desarrolla la capacidad de analizar y emitir una respuesta asertiva, logrando controlar sus emociones al pensar de forma adecuada antes de dar una respuesta; emite conductas de interacción social al participar de reuniones sociales, empezó a disfrutar de la compañía de su familia y amigos fuera de casa sin miedo ni tensión al pensar en situaciones o eventos negativos.
- 4.4 Se logro incrementar la capacidad de solucionar los conflictos relacionados a las situaciones que le generaban ansiedad y a reaccionar de forma evitativa, poniendo en práctica las técnicas del reforzamiento positivo de habilidades y solución de problemas aprendidas en la intervención cognitivo conductual.

- 4.5 A través de la técnica de respiración profunda y relajación, se logró disminuir las respuestas fisiológicas en situaciones específicas y nuevas, a la vez se utilizó la exposición en imaginación, que permitió superar los síntomas de la ansiedad y la activación fisiológica.

Ante lo descrito se concluye lo siguiente:

- 4.6 El programa de intervención cognitiva conductual en el caso clínico de ansiedad social, se considera exitoso, ya que nos permitió que, mediante el uso de registros conductuales y la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales, se logró un cambio positivo en el estilo de vida de la persona que la padece.

## V. RECOMENDACIONES

En relación al presente trabajo académico, se recomienda lo siguiente:

- 5.1 Realizar réplicas del presente trabajo con personas con el mismo caso clínico en diversas regiones del país, para validar la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual.
- 5.2 Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel de la comunidad y familia para prevenir cuadros de ansiedad social.
- 5.3 Realizar un análisis comparativo de los resultados obtenidos del trabajo académico con otras instituciones que brinden atención en casos de ansiedad social.
- 5.4 Compartir experiencias con otros profesionales de enfoque cognitivo conductual, y que trabajan con personas que padecen el cuadro clínico de ansiedad social, para integrar conocimientos y mejorar la calidad de tratamiento en relación a la intervención cognitivo conductual, documentarlas e informarlas.
- 5.5 Formar talleres vivenciales, con la participación de la familia, para que apoye como soporte emocional, al familiar que padece de ansiedad social.

## VI. REFERENCIAS

- Aliaga, G. (2020). *Percepción de inseguridad ciudadana e inseguridad urbana en estudiantes de una universidad privada, en la ciudad de Lima* [Tesis Magistral, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. <https://acortar.link/xNPIZM>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amodeo, S. y Perales, J. (2013). Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad. *Revista terapéutica*, 17(2). <https://acortar.link/NzQ3Yr>
- Anicama, G. (1974) *Manual de calificación y diagnóstico del cuestionario de personalidad de Eysenck*. <https://acortar.link/mKopp2>.
- Anonimo (23 de noviembre de 2021). Plan contra la delincuencia. *El Peruano*. <https://acortar.link/hzmlOC>.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Técnicas de Exposición*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. <https://acortar.link/XA6qPO>.
- Bravo, M., y Padros, F. (abril 2014). *Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo- conductual*. *Uaricha*, N(24), 134-147. <https://acortar.link/DyQ0K7>.
- Cano, A. (2003). *La ansiedad: Claves para vencerla*. *Arguval*. <https://acortar.link/sfCbje>.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas*. Descleé de brouwer.
- Carrillo, I. (2011). *Un estudio sobre la ansiedad*. <https://acortar.link/ixONHz>.

- Castillo, P., Neira, P., Martín, C. y Gómez, M. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad. *Dialnet*. 7 (1), 63-77. <https://acortar.link/3kQNUJ>
- Dammert, L. (29 de octubre de 2019). Seguridad ciudadana: ¿nada cambia? *Gestión*. <https://acortar.link/8pgzcG>.
- De la Cruz, F. (2017). *Ansiedad ante los exámenes y creencias irracionales según el tipo de familia en estudiantes universitarios del primer año de psicología de una universidad privada de Lima* [Tesis Magistral, Universidad Mayor de San Marcos]. Repositorio de Tesis UNMSM. <https://acortar.link/8T7Pfo>.
- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 10(05). <https://acortar.link/EM3Phn>.
- Gómez, A. (2012). Trastorno de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Elsevier*, 26(6), 32-39. <https://acortar.link/F4VDib>.
- Guido, K. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Redalyc*, 45(2),115-122. <https://acortar.link/VXgUDI>.
- Hernández, W. (28 de setiembre de 2020). ¿Por qué tememos al crimen? *RPP Noticias*. <https://acortar.link/PNY1s0>.
- Hernández, N., y De la Cruz, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo – conductual para trastornos de la salud*. Libros en red. <https://acortar.link/bGE8gS>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Editores S.A. <https://acortar.link/4hqOE>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2017). *Trastorno de ansiedad social: más allá de la simple timidez* (Publicación NIH No. 16-4678). Departamento de Salud y

Servicios Humanos de los Estados Unidos., Institutos Nacionales de Salud.  
<https://acortar.link/YSPQgo>.

Ita, H. (2020). *Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://acortar.link/nKA1ux>.

Jordán, A. (2017). Estudio de caso clínico: *Terapia racional emotiva un caso de fobia social*. [Tesis Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. <https://acortar.link/C1CgIQ>

López, I. (2021). *Convivir con la ansiedad*. Lasea. <https://acortar.link/0cXtbK>

Luterek, J., Eng, W. y Heimberg, R. (2003). Tratamiento Cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social: Teoría y práctica. *Psicología conductual*, 11(3), 563- 581. <https://acortar.link/HOQAnz>.

Ministerio de Salud. (2014). *Las experiencias estresantes que afecta la salud mental* (Publicación gob.pe). Plataforma digital única del Estado Peruano. <https://acortar.link/ukrRYC>.

Mora, A. (2019) *Análisis de un sujeto con trastorno de ansiedad social*. [Tesis Magistral, Universidad de Jaén]. Repositorio Institucional de Producción Científica de la Universidad de Jaén. <https://acortar.link/fV4MgR>

Navas, W. y Vargas, M. (2012) Trastorno de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica LXIX*. (604), 497-507. <https://acortar.link/34aZcs>.

Olivares, J. y Caballo, V. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología conductual*, 11(3), 483-515. <https://acortar.link/MdxJHO>



- Ortega, I., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico. *Redalyc*, 42(2), 231-244. <https://acortar.link/V0dZ8R>.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales* (Publicación PAHO No. 17-005). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Pardo, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: Análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional de la UAM. <https://acortar.link/6oBAKJ>
- Pedroza, R. (2015). Reeducción cognitiva-emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 6(11). <https://acortar.link/UU11jM>
- Requena, F. (2019). *Intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón adulto*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://acortar.link/VYxpm6>
- Reyes, A. (2005). *Trastorno de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. <https://acortar.link/usvo6k>
- Ricou, J. (23 de septiembre de 2019). Vivir en alerta permanente: así afecta la inseguridad ciudadana en tu mente. *La vanguardia*. <https://acortar.link/R901k5>
- Riveros, F. (2019). *Estudio de caso clínico: Fobia social*. [Tesis de especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de Tesis UCSM. <https://acortar.link/ifzIOI>.

- Robles, A. (2014). Miedo en las calles: principal emoción de la inseguridad pública delictiva. Un estudio criminológico y de género. *Revista IUS*, 8(34), 81-100. <https://acortar.link/ziU3zL>.
- Rodas, S. (2018). Técnicas de relajación muscular progresiva y estrés laboral. [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. <https://acortar.link/u98nrf>
- Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Biblioteca de Psicología. <https://acortar.link/5SkqeQ>.
- Ruiz, J. y Lujan, J. (1996). Inventario de pensamientos automáticos. *Scribd*. <https://acortar.link/IK1pBz>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés. *Pepsic* 3 (1). <https://acortar.link/A2IzeR>
- Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: Un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 131-156. <https://acortar.link/DM8uw3>.
- Toro, R. (2012). Terapia Cognitiva para fobia social: Consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. *Pepsic*, 8(2), 118-125. <https://acortar.link/vWuwZB>.
- Valadez, A. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 5(2). <https://acortar.link/848i8B>.
- Virues, R. (2005). Estudio sobre la ansiedad. *Revista Psicología Científica*. <https://acortar.link/uzryjB>.
- Zung, W. (1971). Escala de autovaloración de ansiedad. *Scribd*. <https://acortar.link/ApYu9L>

## **VII. Anexos**

## Anexo A

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Aceptación de mi participación voluntaria en la investigación - estudio de caso titulado:  
"INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO CLÍNICO DE  
ANSIEDAD SOCIAL"


PSICÓLOGO RESPONSABLE: Lic. Karina Lopez Leyva

LUGAR: Lima – Perú

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación, informándome que:

- En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
- Tengo de conocimiento que los resultados serán expuestos en la Universidad Federico Villarreal, cambiando mis datos personales (nombres y apellidos) necesariamente.
- Se me brindará toda la información que sea posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación durante mi participación en ella.
- Cuento con toda la información necesaria de esta investigación, por eso firmo voluntariamente.

FIRMAS:

Participante  / Psicólogo responsable 

LUGAR Y FECHA: 19 marzo 2019.

## Anexo B

### Escala de la autovaloración de la ansiedad del Dr. W.W.K. Zung (Pre test)

**Nombres y apellidos:** E.L.O.

Lea atentamente las siguientes frases y coloque en la columna el puntaje que, según Usted, refleje mejor como se sintió la última semana.

<b>Guía para la puntuación de la escala de autovaloración de la ansiedad EAA</b>	<b>Nunca- casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Con bastante frecuencia</b>	<b>Siempre o casi</b>	<b>Puntaje</b>
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	<b>4</b>
2. Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4	<b>4</b>
3. Me altero o angustio fácilmente.	1	2	3	4	<b>4</b>
4. siento como si me estuviera deshaciendo a pedazos.	1	2	3	4	<b>3</b>
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	4	3	2	1	<b>1</b>
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	<b>3</b>
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.	1	2	3	4	<b>4</b>
8. Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	<b>4</b>
9. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto.	4	3	2	1	<b>1</b>
10. Siento que el corazón me late aprisa.	1	2	3	4	<b>4</b>
11. Sufro mareos.	1	2	3	4	<b>3</b>
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.	1	2	3	4	<b>1</b>
13. Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1	<b>3</b>
14. Se me duermen los pies y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4	<b>3</b>
15. Sufro de dolores de estómago, indigestión.	1	2	3	4	<b>3</b>
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4	<b>4</b>
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1	<b>1</b>
18. La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4	<b>1</b>
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1	<b>1</b>
20. Tengo pesadillas.	1	2	3	4	<b>4</b>
<b>Puntaje total</b>					<b>56</b>

## Anexo C

### Distorsiones cognitivas (Pre test)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Valore la frecuencia con que suele pensarlos: **0**= Nunca pienso eso **1**= Algunas veces lo pienso **2**= Bastante veces lo pienso **3**= Con mucha frecuencia lo pienso

1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	3
2.-Solamente me pasan cosas malas	2
3.Todo lo que hago me sale mal	1
4.Sé que piensan mal de mi.	1
5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	3
6.Soy inferior a la gente en casi todo	0
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	1
8.! ¡No hay derecho a que me traten así!	1
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0
10.Mis problemas dependen de los que me rodean	2
11.Soy un desastre como persona	0
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0
13.Debería de estar bien y no tener estos problemas	2
14.Sé que tengo la razón y no me entienden	3
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	1
16.Es horrible que me pase esto	3
17.Mi vida es un continuo fracaso	0
18.Siempre tendré este problema	3
19.Sé que me están mintiendo y engañando	0
20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0
21.Soy superior a la gente en casi todo	0
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0
23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0
24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0
25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	1
26.Alguien que conozco es un imbécil	0
27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa.	1
28.No debería de cometer estos errores	0
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto	2
30.Ya vendrán mejores tiempos	1
31.Es insoportable, no puedo aguantar más	3
32.Soy incompetente e inútil	0
33.Nunca podré salir de esta situación	3
34.Quieren hacerme daño	2
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	3
36.La gente hace las cosas mejor que yo	1
37.Soy una víctima de mis circunstancias	0
38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	2
41.Soy un neurótico	0
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco	0
43.Debería recibir más atención y cariño de otros	2
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	2
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor	3

## Anexo D

### Cuestionario de personalidad pen de Eysenck (Pre test)

Nombre: E.L.O.    Sexo: (F)    Edad: 24    Estado civil: casada

Por favor responda cada pregunta colocando un círculo en SI o NO de acuerdo a su forma de pensar.No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Trabaje rápidamente y no piense mucho en el significado de la pregunta.

Nº	ITEM	SI	NO
1	¿Es Ud. más distante y reservado que la mayoría de la gente?		X
2	¿Encuentra difícil iniciar actividades algunas mañanas?	X	
3	¿La mayoría de las cosas le da lo mismo a Ud.?		X
4	¿Si Ud. dice que hará algo, siempre mantiene su promesa, sin importar que tan inconveniente pudiera ser hacerlo		X
5	¿Le divierte ir a fiestas?	X	
6	¿Puede usualmente ordenar sus ideas?		X
7	¿Es divertido hacer dalo a la gente?		X
8	¿A veces Ud. pierde la calma y se molesta?	X	
9	¿Haría Ud. casi cualquier cosa por un desafío?		X
10	¿Alguna vez ha tenido miedo de perder la razón?	X	
11	¿Goza Ud. generalmente de buena salud?	X	
12	¿Ocasionalmente Ud. ¿Tiene pensamiento que preferiría que otras personas no los conozcan?		X
13	¿Le es divertido cazar, pescar o practicar tiro?	X	
14	¿Muchas veces sueña despierto?	X	
15	¿Fue o es su madre una buena mujer?	X	
16	¿Todos sus hábitos son buenos y deseables?		X
17	¿Casi siempre tiene una respuesta rápida cuando la gente le habla	X	
18	¿Le es difícil mantener la atención en lo que está haciendo?	X	
19	¿Considera Ud. que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		X
20	¿Algunas veces chismosea?	X	
21	¿Es Ud. mosca?		X
22	¿A veces esta Ud. sin ganas de comer?	X	

23	¿Le preocupa mucho adquirir alguna enfermedad?		X
24	¿Declararía siempre todos sus impuestos, aun si supiera que no pueda ser descubierto?	X	
25	¿Le gusta mucho el bullicio y excitación a su alrededor?		X
26	¿A menudo se siente saciado?	X	
27	¿Le gusta mezclarse con la gente?		X
28	¿Ha tenido mucha mala suerte?		X
29	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?	X	
30	¿Se siente deprimido por las mañanas?	X	
31	¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?		X
32	¿De toda la gente que conoces hay alguien que definitivamente a Ud. no le gusta?	X	
33	¿Se considera una persona de buena suerte?		X
34	¿Cambia su estado de ánimo frecuentemente?	X	
35	¿Permite que sus sueños le adviertan o guíen?		X
36	¿A veces habla de cosas que desconoce?	X	
37	¿Puede Ud. usualmente ir y disfrutar de una fiesta gay?		X
38	¿A veces siente que no le importa lo que suceda?	X	
39	¿Piensa que hay alguien que es responsable de la mayoría de sus problemas?		X
40	¿De niño hacía siempre lo que le decían?	X	
41	¿Le gusta tener personas a su alrededor?		X
42	¿Se siente miserable sin ninguna buena razón?	X	
43	¿Considera que la gente se ofende con facilidad?		X
44	¿A veces se enoja?	X	
45	¿Le gusta salir mucho?		X
46	¿A menudo se preocupa por sentimientos de culpa?		X
47	¿Usaría drogas que le causan algunos efectos extraños y peligrosos?		X
48	¿A veces se ríe de chismes groseros?	X	
49	¿Le gusta hacer bromas?		X
50	¿Siente compasión por si mismo?		X
51	¿Ama Ud. a su madre?	X	



52	¿Esta Ud. libre de prejuicios de toda clase?		X
53	¿Normalmente prefiere estar solo?	X	
54	¿Le preocupa mucho su apariencia?		X
55	¿Tiene enemigos que desean hacerle daño?		X
56	¿A veces lardea?	X	
57	¿Le es difícil mostrar sus sentimientos?		X
58	¿A menudo se siente débil para todo?	X	
59	¿Sus amistades se rompen sin que esto sea por culpa suya?		X
60	¿Contesta una carta personal tan pronto como pueda, después de haberla leído?		X
61	¿Es UD. comunicativo?	X	
62	¿A veces se siente fastidiado por dentro?	X	
63	¿Cree que la gente dice y hace cosas para fastidiarlo?		X
64	¿A veces deja para mañana lo que debe hacer hoy?	X	
65	¿De niño le gustaban los juegos bruscos?		X
66	¿Se considera diferente a los demás?	X	
67	¿Fue o es su padre un buen hombre?	X	
68	¿A veces ha dicho mentiras?	X	
69	¿Le gusta contar chistes o historias graciosas a sus amigos?		X
70	¿A veces ha deseado estar muerto?	X	
71	¿Habría Ud. Tenido mas éxito si la gente no hubiera puesto dificultades en su camino?		X
72	¿Preferiría ganar que perder un juego?	X	
73	¿Hace fácilmente amigos con miembros de su propio sexo?	X	
74	¿Usualmente trabaja para obtener recompensa?		X
75	¿Le hace sentir mal ver a un niño o animal sufrir?	X	
76	¿Cuándo hace nuevos amigos, Ud. usualmente toma alguna iniciativa?	X	
77	¿Cuándo hay mucha gente alrededor le preocupa que puedan contagiarle alguna infección?		X
78	¿A veces las cosas le parecen como si no fueran reales?		X

## Anexo E

### Escala de la autovaloración de la ansiedad del Dr. W.W.K. Zung (Post test)

**Nombres y apellidos:** E.L.O.

Lea atentamente las siguientes frases y coloque en la columna el puntaje que, según Usted, refleje mejor como se sintió la última semana.

<b>Guía para la puntuación de la escala de autovaloración de la ansiedad EAA</b>	<b>Nunca- casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Con bastante frecuencia</b>	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Puntaje</b>
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	<b>2</b>
2. Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4	<b>1</b>
3. Me altero o angustio fácilmente.	1	2	3	4	<b>1</b>
4. siento como si me estuviera deshaciendo a pedazos.	1	2	3	4	<b>1</b>
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	4	3	2	1	<b>3</b>
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	<b>1</b>
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.	1	2	3	4	<b>2</b>
8. Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	<b>1</b>
9. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto.	4	3	2	1	<b>1</b>
10. Siento que el corazón me late aprisa.	1	2	3	4	<b>1</b>
11. Sufro mareos.	1	2	3	4	<b>1</b>
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.	1	2	3	4	<b>1</b>
13. Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1	<b>1</b>
14. Se me duermen los pies y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4	<b>1</b>
15. Sufro de dolores de estómago, indigestión.	1	2	3	4	<b>1</b>
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4	<b>3</b>
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1	<b>1</b>
18. La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4	<b>3</b>
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1	<b>1</b>
20. Tengo pesadillas.	1	2	3	4	<b>2</b>
<b>Puntaje total</b>					<b>29</b>

## Anexo F

### Distorsiones cognitivas (Post test)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones: **0**= Nunca pienso eso **1**= Algunas veces lo pienso **2**= Bastante veces lo pienso **3**= Con mucha frecuencia lo pienso

1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0
2.-Solamente me pasan cosas malas	0
3.Todo lo que hago me sale mal	0
4.Sé que piensan mal de mi.	1
5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0
6.Soy inferior a la gente en casi todo	0
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0
8.! ¡No hay derecho a que me traten así!	0
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0
10.Mis problemas dependen de los que me rodean	1
11.Soy un desastre como persona	0
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0
13.Debería de estar bien y no tener estos problemas	1
14.Sé que tengo la razón y no me entienden	1
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0
16.Es horrible que me pase esto	0
17.Mi vida es un continuo fracaso	0
18.Siempre tendré este problema	1
19.Sé que me están mintiendo y engañando	0
20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0
21.Soy superior a la gente en casi todo	0
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0
23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0
24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0
25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0
26.Alguien que conozco es un imbécil	0
27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa.	0
28.No debería de cometer estos errores	0
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto	1
30.Ya vendrán mejores tiempos	1
31.Es insoportable, no puedo aguantar más	0
32.Soy incompetente e inútil	0
33.Nunca podré salir de esta situación	0
34.Quieren hacerme daño	0
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	1
36.La gente hace las cosas mejor que yo	0
37.Soy una víctima de mis circunstancias	0
38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0
41.Soy un neurótico	0
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco	0
43.Debería recibir más atención y cariño de otros	1
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor	1

## Anexo G

### Cuestionario de personalidad pen de Eysenck (Post test)

Nombre: E.L.O.    Sexo: (F)    Edad: 24    Estado civil: casada

Por favor responda cada pregunta colocando un círculo en SI o NO de acuerdo a su forma de pensar.No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Trabaje rápidamente y no piense mucho en el significado de la pregunta.

Nº	ITEM	SI	NO
1	¿Es Ud. más distante y reservado que la mayoría de la gente?		X
2	¿Encuentra difícil iniciar actividades algunas mañanas?		X
3	¿La mayoría de las cosas le da lo mismo a Ud.?		X
4	¿Si Ud. dice que hará algo, siempre mantiene su promesa, sin importar que tan inconveniente pudiera ser hacerlo	X	
5	¿Le divierte ir a fiestas?	X	
6	¿Puede usualmente ordenar sus ideas?	X	
7	¿Es divertido hacer dalo a la gente?		X
8	¿A veces Ud. pierde la calma y se molesta?		X
9	¿Haría Ud. casi cualquier cosa por un desafío?		X
10	¿Alguna vez ha tenido miedo de perder la razón?		X
11	¿Goza Ud. generalmente de buena salud?	X	
12	¿Ocasionalmente Ud. ¿Tiene pensamiento que preferiría que otras personas no los conozcan?		X
13	¿Le es divertido cazar, pescar o practicar tiro?	X	
14	¿Muchas veces sueña despierto?		X
15	¿Fue o es su madre una buena mujer?	X	
16	¿Todos sus hábitos son buenos y deseables?	X	
17	¿Casi siempre tiene una respuesta rápida cuando la gente le habla	X	
18	¿Le es difícil mantener la atención en lo que está haciendo?		X
19	¿Considera Ud. que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		X
20	¿Algunas veces chismosea?		X
21	¿Es Ud. mosca?		X

22	¿A veces esta Ud. sin ganas de comer?		X
23	¿Le preocupa mucho adquirir alguna enfermedad?		X
24	¿Declararía siempre todos sus impuestos, aun si supiera que no pueda ser descubierto?	X	
25	¿Le gusta mucho el bullicio y excitación a su alrededor?		X
26	¿A menudo se siente saciado?		X
27	¿Le gusta mezclarse con la gente?	X	
28	¿Ha tenido mucha mala suerte?		X
29	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?	X	
30	¿Se siente deprimido por las mañanas?		X
31	¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?		X
32	¿De toda la gente que conoces hay alguien que definitivamente a Ud. no le gusta?		X
33	¿Se considera una persona de buena suerte?	X	
34	¿Cambia su estado de ánimo frecuentemente?		X
35	¿Permite que sus sueños le adviertan o guíen?		X
36	¿A veces habla de cosas que desconoce?		X
37	¿Puede Ud. usualmente ir y disfrutar de una fiesta gay?	X	
38	¿A veces siente que no le importa lo que suceda?		X
39	¿Piensa que hay alguien que es responsable de la mayoría de sus problemas?		X
40	¿De niño hacia siempre lo que le decían?	X	
41	¿Le gusta tener personas a su alrededor?	X	
42	¿Se siente miserable sin ninguna buena razón?		X
43	¿Considera que la gente se ofende con facilidad?		X
44	¿A veces se enoja?	X	
45	¿Le gusta salir mucho?	X	
46	¿A menudo se preocupa por sentimientos de culpa?		X
47	¿Usaría drogas que le causan algunos efectos extraños y peligrosos?		X
48	¿A veces se ríe de chismes groseros?	X	
49	¿Le gusta hacer bromas?	X	
50	¿Siente compasión por si mismo?		X

51	¿Ama Ud. a su madre?	X	
52	¿Esta Ud. libre de prejuicios de toda clase?	X	
53	¿Normalmente prefiere estar solo?		X
54	¿Le preocupa mucho su apariencia?		X
55	¿Tiene enemigos que desean hacerle daño?		X
56	¿A veces lardea?		X
57	¿Le es difícil mostrar sus sentimientos?		X
58	¿A menudo se siente débil para todo?		X
59	¿Sus amistades se rompen sin que esto sea por culpa suya?		X
60	¿Contesta una carta personal tan pronto como pueda, después de haberla leído?		X
61	¿Es UD. comunicativo?	X	
62	¿A veces se siente fastidiado por dentro?		X
63	¿Cree que la gente dice y hace cosas para fastidiarlo?		X
64	¿A veces deja para mañana lo que debe hacer hoy?		X
65	¿De niño le gustaban los juegos bruscos?		X
66	¿Se considera diferente a los demás?		X
67	¿Fue o es su padre un buen hombre?	X	
68	¿A veces ha dicho mentiras?	X	
69	¿Le gusta contar chistes o historias graciosas a sus amigos?	X	
70	¿A veces ha deseado estar muerto?		X
71	¿Habría Ud. Tenido mas éxito si la gente no hubiera puesto dificultades en su camino?		X
72	¿Preferiría ganar que perder un juego?		X
73	¿Hace fácilmente amigos con miembros de su propio sexo?	X	
74	¿Usualmente trabaja para obtener recompensa?		X
75	¿Le hace sentir mal ver a un niño o animal sufrir?	X	
76	¿Cuándo hace nuevos amigos, Ud. usualmente toma alguna iniciativa?	X	
77	¿Cuándo hay mucha gente alrededor le preocupa que puedan contagiarle alguna infección?		X
78	¿A veces las cosas le parecen como si no fueran reales?		X