



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL DE UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Paipay Casas, Míriam Sandra

Asesor:

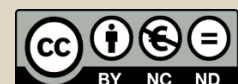
Del Rosario Pacherras, Orlando
(ORCID: 0000-0003-0981-9808)

Jurado:

Aguirre Morales Marivel Teresa
Carlos Ventura David Dionisio
Mendoza la Rosa Ana Maria

Lima - Perú

2023





Reporte de Análisis de Similitud

Archivo: 1A-PAIPAY CASAS MIRIAM SANDRA - **OFICIO N° 054 -2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV**

Fecha del Análisis: 04-012023

Operador del Programa Informático: Sofia Teresa Salazar Chamba

Correo del Operador del Programa Informático: ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje: 29 %

Asesor: Mg. Orlando del Rosario Pacherre

Título: "INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL DE UNA MUJER ADULTA"

Enlace: <https://secure.arkund.com/view/156456343-226054-649165>

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL DE UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación: Salud mental

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

AUTORA:

Paipay Casas, Míriam Sandra

Código ORCID: 0000-0002-2340-3027

ASESOR:

Del Rosario Pacherras, Orlando

Código ORCID: 0000-0003-0981-9808

JURADOS:

Aguirre Morales Marivel Teresa

Carlos Ventura David Dionisio

Mendoza la Rosa Ana Maria

Lima- Perú

2023

Pensamientos

“El crecimiento constante es el mejor mecanismo de supervivencia”.

Autor: Amancio Ortega

”A medida que crezca, descubrirás que tienes dos manos; una para ayudarte a ti mismo y otro para ayudar a los demás”.

: Autor: Audrey Hepbum

Dedicatoria

A mis padres, quienes son el estímulo en mi vida, impulsándome a seguir creciendo profesionalmente.

A mi esposo Erik, por su paciencia y apoyo incondicional, brindándome fuerza para culminar mi segunda especialización.

A la memoria de mi tía Luisa, por ser un ejemplo a seguir.

Agradecimientos

A mi madre, por darme el soporte y ser mi referente para lograr mis objetivos establecidos.

A la Virgen María, por guiarme y darme la sabiduría y oportunidad de seguir creciendo como profesional, concluyendo mi trabajo.

A mi asesor, por su valiosa tutoría en todo el proceso de la realización de este trabajo, permitiéndome obtener mi título de especialista.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Lista de tablas	vii
Lista de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	12
1.1. Descripción del problema	15
1.2. Antecedentes	17
1.2.1. Antecedentes Nacionales	17
1.2.2. Antecedentes Internacionales.....	20
1.2.3. Fundamentación Teórica:.....	22
1.3. Objetivos	39
1.3.1. Objetivo general.....	39
1.3.2. Objetivos específicos	39
1.4. Justificación	39
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	40
II. Metodología	41
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	41
2.2. Ámbito temporal y espacial	42

2.3.	Variables de investigación	42
2.3.1.	Variable dependiente: Ansiedad social	42
2.3.2.	Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual	43
2.4.	Sujeto	43
2.5.	Técnicas e instrumentos	44
2.5.1.	Técnicas aplicadas:	44
2.5.2.	Instrumentos aplicados:.....	44
2.5.3.	Evaluación Psicológica	49
2.5.4.	Evaluación psicométrica	58
2.5.5.	Informe Psicológico Integrador	67
2.6.	Intervención	72
2.6.1.	Plan de Intervención y calendarización	72
2.6.2.	Programa de intervención (Objetivos - Sesiones terapéuticas – técnicas –	72
2.7.	Procedimiento	74
2.8.	Consideraciones Éticas	75
III.	Resultados	76
3.1.	Análisis de resultados	76
3.2.	Discusión de los resultados	85
3.3.	Seguimiento	88
IV.	Conclusiones	90
V.	Recomendaciones	91
VI.	Referencias	92

VII. Anexos 100

Lista de Tablas

N°	Título	Pág.
1	Tabla 1: Análisis Funcional	70
2	Tabla 2: Análisis cognitivo	72
3	Tabla 3: Línea Base de Registro de Conductas - Fase A	75
4	Tabla 4: Frecuencia de la Conducta ansiosa en el Pre y Post Test (Fases A y B)	77
5	Tabla 5: Registro de Frecuencia de Pensamientos Irracionales de la paciente Pre y Post Intervención	78
6	Tabla 6: Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones Pretest y Postest	80
7	Tabla 7: Resultados de la prueba de pensamientos automáticos Pre y Post	82
8	Tabla 8: Resultados del Registro de opiniones de Ellis Pretest y Postest	83
9	Tabla 9: Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein	83

Índice de Figuras

N°	Título	Pág.
1	Figura 1; Línea Base de Registro de Conducta	77
2	Figura 2: Resultados de frecuencia de conducta pre y post natal	78
3	Figura 3: Resultados comparativos de frecuencia	79

Resumen

En el presente trabajo académico se expone la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual en una mujer adulta que presenta trastorno de ansiedad social. La evaluación y abordaje realizado está diseñado bajo el modelo experimental de caso único AB. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron: la entrevista psicológica y registros conductuales. Las pruebas psicométricas aplicadas fueron; el Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis, Inventario de Personalidad Eysenck Forma B para adultos, Test de Matrices Progresivas de Raven, Test de Pensamientos Automáticos y Test de Habilidades Sociales, de igual forma se utilizaron las técnicas cognitivo conductuales como: Ejercicios de Respiración, Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson, las técnicas de exposición en vivo, Autorregistros, Psicoeducación, Debate, Técnica de Reestructuración Cognitiva, Técnica detención del pensamiento/emoción, Modelo A-B, Técnica de Imaginería, desensibilización sistemática, modelado.. El caso único se realizó a una mujer adulta, con un total de 14 sesiones de tratamiento y una sesión de estrategias de prevención de recaída. Los resultados de la intervención, mostraron el cumplimiento de los objetivos planteados; que fue la disminución del 89% de los niveles de ansiedad social al realizar exposiciones en su ámbito académico y laboral, así como fortalecer las conductas de interacción social, a través de la terapia cognitivo conductual, estos resultados positivos permitieron que la paciente presente pensamientos más racionales y saludables, como mejoras en el ámbito personal, familiar, laboral y social de la misma.

Palabras clave: Ansiedad Social, Terapia Cognitivo – Conductual, Estudio de caso único, reestructuración cognitiva.

Abstract

In the present academic work, the application of a cognitive behavioral treatment in an adult woman with social anxiety disorder is exposed. The evaluation and approach carried out is designed under the AB single case experimental model. The instruments used for data collection were: the psychological interview and behavioral records. The psychometric tests applied were; the Ellis Irrational Beliefs Questionnaire, Eysenck Form B Personality Inventory for adults, Raven's Progressive Matrices Test, Automatic Thoughts Test and Social Skills Test, in the same way cognitive behavioral techniques were used such as: Breathing Exercises, Technique of Jacobson's Progressive Relaxation, live exposure techniques, Self-registrations, Psychoeducation, Debate, Cognitive Restructuring Technique, Thought/Emotion Stopping Technique, A-B Model, Imagery Technique, systematic desensitization, modeling. an adult woman, with a total of 14 treatment sessions and a session on relapse prevention strategies. The results of the intervention showed the fulfillment of the proposed objectives; which was the 89% decrease in the levels of social anxiety when making presentations in their academic and work environment, as well as strengthening social interaction behaviors, through cognitive behavioral therapy, these positive results allowing the patient to present thoughts more rational and healthy, such as improvements in the personal, family, work and social environment of the same.

Keywords: Social Anxiety, Cognitive-Behavioral Therapy, Single Case Study, Cognitive Restructuring.

I. Introducción

Los trastornos por ansiedad son problemas comunes de la salud mental que trae como consecuencia reducción de la capacidad laboral y por ende baja productividad. Dentro de los trastornos de ansiedad, encontramos la ansiedad social o más conocida como fobia social que es un trastorno caracterizado por un temor intenso y persistente a ser observado y juzgado por los demás, este miedo afecta el trabajo y otras actividades diarias e incluso dificulta una adecuada interrelación social y por consiguiente el mantenimiento. Según Pérez (2019), del Instituto de Fisiología Celular (IFC), afirma que la ansiedad social es el trastorno psiquiátrico más importante en el mundo, con el que viven más de 264 millones de personas (según la Organización Mundial de la Salud).

La fobia social ha presentado gran curiosidad por parte de la comunidad científica en el último cuarto de siglo, luego de ser considerado por Liebowitz y Cols., en 1985, como el “trastorno de ansiedad olvidado”. Todo ello ha conllevado a la toma de conciencia y comprensión sobre el impacto que conlleva ello, en la vida de los seres humanos que presenta dicho trastorno. De ahí que se han desarrollado técnicas y tratamiento con resultados positivos en la prevención y reducción del trastorno (Safir, 2014). Dentro de la problemática del caso de estudio, se indica que la paciente solicita apoyo porque no se siente bien, se frustra cuando no puede conversar en público, ni exponer ni expresar sus opiniones frente a un grupo de más de cinco personas, situación que es tratado con la TCC logrando cambios positivos y efectivos.

La intervención con las Técnicas cognitivo-conductuales han mostrado eficacia en el tratamiento de trastornos psicológicos tales como problemas de ansiedad, depresión, entre otros. Esta técnica se sustenta en los principios de la Psicología científica y experimental. De ahí que la Terapia Cognitivo Conductual se constituye en una importante herramienta cuyo fin

es solucionar problemas actuales, así como emociones y conductas disfuncionales que presenta el ser humano.

El presente estudio se refiere a un caso de una joven con problemas de ansiedad, realizando la Intervención psicológica en el trastorno de la ansiedad social. En el desarrollo de la intervención se observa la modificación de pensamientos y conductas de la paciente en relación a sus problemas de exponer frente al público y el tema de la interrelación social. Además, se realiza un análisis funcional del problema donde se logra establecer el mecanismo de sostenimiento de las conductas, en donde las situaciones de evitación y escape refuerzan permanente el comportamiento fóbico del paciente. También se analiza cómo este conjunto de situaciones le provoca al paciente, consecuencias negativas en su ámbito laboral, familiar y social, por lo que se opta por sugerirle un Programa de Tratamiento Conductual, cuya posterior intervención se explica en el presente estudio.

El trabajo contiene el procedimiento de recolección de datos para la elaboración de la Historia Clínica bajo un modelo Cognitivo-Conductual, en donde se precisa la Observación Psicológica directa y un minucioso manejo de la Entrevista Psicológica, herramientas necesarias del psicólogo clínico, que tiene injerencia en el momento del diagnóstico psicológico,

A continuación, se describe detalladamente el contenido del trabajo:

En el capítulo I, denominado Introducción, en donde se señala la descripción del problema que incluye el miedo de la paciente para exponer en público y su problema de interrelación social. Así mismo se presentan los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con trabajos previos respecto a la ansiedad social en una joven de sexo femenino. De igual forma se menciona el objetivo general y los objetivos específicos, la Justificación y los impactos deseado en el estudio.

En el capítulo II se presenta la metodología, se presenta el tipo y diseño de investigación, las variables de intervención, las técnicas e instrumentos de aplicación.

En el capítulo III, se describen los resultados obtenidos, realizando el análisis y discusión de los mismos, con el seguimiento respectivo.

Por último, en los capítulos IV, V, VI y VII, se consideran las conclusiones, recomendaciones, referencias con el modelo APA-7ma edición y los anexos respectivos que constituye información complementaria al estudio de caso psicológico.

1.1.Descripción del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), menciona que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más perjudiciales en los países de América. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2019), indica que 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, de los cuales 58 millones eran niños y adolescentes. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y una preocupación excesiva y por trastornos del comportamiento conexos. De igual forma la OMS (2017), refiere que 264 millones de adultos en todo el mundo manifiestan ansiedad, y de este grupo de adultos, 179 millones corresponden al sexo femenino (63%) y 105 millones al sexo masculino (37%).

En relación al Informe Científico publicado por la OMS (2022), indica que los primeros años de la pandemia por COVID -19, la prevalencia a nivel mundial en razón a la ansiedad y depresión aumento en un 25%, de igual manera el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, director de la OMS, refiere que la “información que se tiene en razón al impacto de la COVID -19 en la salud mental del mundo viene a ser la punta del iceberg”.

La Sociedad Española de Medicina Interna (2022), manifiesta que la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos conlleva a estar pendiente ante sucesos comprometidos. En realidad, presentar un cierto grado de ansiedad nos permite estar alertas frente a situaciones complicadas. Es importante mencionar que un nivel de ansiedad de tipo moderada nos ayuda a mantenernos concentrados y afrontar los retos que se presenten en el futuro.

Según un estudio digital (N 2,729) el 17% de las personas no residentes de la ciudad de Nueva York manifestaron síntomas de TEPT, dos meses después del 11/9 se elevaron la ansiedad en las primeras semanas siguientes a la situación de impacto en el ataque terrorista de las torres gemelas. (Sirver et al., 2002).

En otro estudio sobre Tragedia Nacional, un estudio telefónico de 2,126 americanos verificó que 5 meses de los actos terroristas del 11/9, el 30 % de americanos refirieron problemas para conciliar el sueño, el 27% se mostró nervioso y tenso y el 17% refirió preocuparse por futuros ataques terroristas Según un estudio digital (N 2,729) El miedo, la ansiedad y la preocupación son solo dominio exclusivo de desastres y de otras experiencias que llegan al riesgo vital. Por lo general el trastorno de ansiedad se efectúa en los ambientes de presiones, demandas y estrés de la vida cotidiana. Los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental en los Estados Unidos (Barlow, 2002). Los Trastornos de ansiedad le dan interés a la comorbilidad, con la depresión y los trastornos por abuso de sustancias, conjuntamente la epidemiología, curso y consecuencias de la ansiedad, considerando las explicaciones biológicas y conductuales.

Por otro lado, se obtiene que la investigación sobre la evaluación y el tratamiento de la ansiedad social en población adulta se incrementó de forma sobresaliente desde su consideración como entidad diagnóstica (APA, 2000). Siendo las técnicas empíricamente validadas y habitualmente utilizadas en el tratamiento de la ansiedad social: el entrenamiento en habilidades sociales, la exposición y reestructuración cognitiva, como estrategias desarrolladas dentro de las terapias de tercera generación, se obtiene a la atención plena, la terapia de aceptación y compromiso e incluso la terapia dialéctica conductual (Caballo, et al. 2018).

Según Baldomero (2022), la ansiedad no es, por lo tanto, un fenómeno psicopatológico primariamente considerado, pero entra de lleno en la psicopatología en la medida que afecta, en mayor o menor grado, al bienestar o al funcionamiento normal de la persona que lo padece. Sin embargo, esta coexistencia de lo que podríamos llamar ansiedad “normal” frente a lo que se ha denominado ansiedad “patológica”, es considerado como un punto que requiere mayor precisión. La ansiedad es un estado psicológico, sentimiento normal experimentado por todos

los seres humanos en muchos contextos de nuestra vida diaria, al menos de una forma rápida y con una intensidad media, es, por tanto, un sentimiento (o viceversa) que forma parte de la experiencia de la vida y que, en cuanto tal, es fácilmente identificado por todo el mundo.

En relación a la ansiedad social, en el aspecto epidemiológico este problema de salud mental es el tercer trastorno psicológico con mayor incidencia, tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol (APA, 2000). Según Bados (2001), el 4,5% de las personas adultas padecen fobia social y que el 9,5% presentan o la han padecido en alguna época de su vida. De igual forma, la prevalencia de trastornos de ansiedad social en Latinoamérica se evidencia un 7.9% en Brasil, 4.07% en Medellín; siendo significativa en mujeres en comparación con los varones, encontrándose Perú en el segundo lugar de incidencia dentro de los trastornos de ansiedad (Muñoz y Alpizar, 2016).

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2018) en el contexto nacional el 7% de la población presentan trastornos ansiosos, siendo la ansiedad social la de mayor incidencia. Asimismo, define la ansiedad como una sensación de inquietud, terror, o de malos presagios, también se le llama tensión o estrés, y popularmente se le conoce como nerviosismo o tembladeras.

En este contexto, las investigaciones que se vienen desarrollando en razón al tema buscan contribuir al desarrollo de programas de intervención, evitando un estado crónico de ansiedad social que podría provocar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos; por lo tanto, en nuestro ámbito es importante seguir interviniendo en este trastorno en beneficio de la población, ampliando estrategias de intervención.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Rojas (2022), efectuó una intervención cognitivo conductual en una mujer con fobia social de la Universidad Nacional Federico Villarreal, el estudio es el caso de una mujer, soltera

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

Mendoza (2020), realizó un estudio de caso en una adolescente con trastorno de ansiedad social, aplicando la terapia cognitivo conductual aplicada. La adolescente cuenta con 15 años de edad y presenta trastorno de ansiedad social, desde los 12 años. Se utilizó la historia clínica psicológica correspondiente para explicar la conducta de la adolescente en función de sus antecedentes y consecuentes, es decir, el análisis funcional de la conducta problema, el cual permitió determinar la conducta en términos de excesos conductuales, orientando el camino a la reducción de dicha conducta; asimismo se utilizó el modelo explicativo y el tratamiento cognitivo-conductual adaptando distintas técnicas a las características de la usuaria: entrenándole en la relajación progresiva de Beck, reestructuración cognitiva y exposición graduada; la conclusión arrojada fue, que la intervención fue eficaz según la evaluación pre y postratamiento y el seguimiento correspondiente.

Requena (2019), realizó un estudio de caso en un adulto varón con problemas de fobia social. El estudio se direcciono en un adulto de 38 años de edad con problemas de fobia social

y trabajador obrero en una fábrica. El problema presente es 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. El objetivo fue, enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público reduciendo respuestas de escape, miedo, evitación, siendo los niveles de ansiedad del paciente (menor o igual a 6). Las técnicas e instrumentos utilizados, respectivamente son autorregistros, historia psicológica, test psicológicos, tales como registros de opiniones de Albert Ellis, pensamientos automáticos, ansiedad de Zung. Luego de 5 meses del tratamiento el paciente mejoró notablemente y ya puede desenvolverse adecuadamente tanto en el ámbito social como personal. Siendo los resultados exitosos, nuestro paciente ha podido superar sus problemas en situaciones de interacción social en más del 80%. Pues ahora se desenvuelve mejor donde antes tenía el temor intenso a ser calificado en forma muy negativa.

Montero (2018), realizó un estudio en Jaén sobre ansiedad social con una joven universitaria. El presente estudio es de caso único, muestra el proceso de evaluación e intervención psicológica de una paciente universitaria de 20 años con problemas en el ámbito social, que se traducen en una elevada ansiedad ante la exposición a este tipo de situaciones. Durante la fase de evaluación (cuatro sesiones) se tomaron medidas pre y post-tratamiento, llevándose a cabo una entrevista semiestructurada y administrando a la paciente los siguientes instrumentos: la Escala de Temor a la Evaluación Negativa de Watson y Friend, el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, el Inventario de Depresión de Beck y un autorregistro de pensamientos, sensaciones fisiológicas y conductas ante situaciones sociales. A partir de esta evaluación, se estableció como objetivo principal disminuir los niveles de ansiedad ante las situaciones sociales, así como mejorar las habilidades sociales de la paciente. La intervención se desarrolló en 15 sesiones individuales, donde se emplearon las siguiente técnicas cognitivo-conductuales: psicoeducación, relajación muscular progresiva, entrenamiento en habilidades

sociales y exposición en imaginación y en vivo. A todo esto, se sumó una sesión de seguimiento un mes después de finalizar el tratamiento. Se concluye que el tratamiento ayudo a reducir sus niveles de ansiedad, como la mejora en los temas de asertividad y temor a la evaluación negativa.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Díaz (2021), realizó una evaluación utilizando el modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad en un joven, estudio de caso único en México, los instrumentos utilizados fueron: escala de ansiedad, auto registros y registros, así como entrevistas individualizadas, con el apoyo del DSM-5, basado en la técnica TCC. El proceso de intervención estuvo fundamentado en el libro de tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad (2010), siendo el resultado: aprendizaje de estrategias para disminuir la activación fisiológica, nueva y diferentes maneras de pensar frente a un mismo evento, capacidad para identificar pensamientos catastróficos y debatirlos.

Vélez (2019), en la Universidad Católica Boliviana “San pablo”, realizó un estudio de caso de fobia social, de una joven de 20 años de edad que acude a una institución privada de tratamiento psicológico bajo el diagnóstico de fobia social, confirmando el diagnóstico con los indicadores de DSM V, además de la aplicación de la escala de ansiedad y fobia social utilizado en la práctica clínica. En la intervención se utiliza el modelo de la Terapia Breve Estratégica aplicado a fobias y pánicos, utilizado por Giorgio Nardone. Las técnicas utilizadas en el proceso terapéutico fueron: auto-registros, prescripciones paradójicas, redefinición del problema y connotación positiva. Las conclusiones fueron que a partir de la intervención utilizada en pocas semanas se evidencian grandes cambios, en la joven se extinguen los síntomas de activación fisiológica y realiza actividades por si misma fuera de la casa. Actualmente se encuentra retomando las relaciones con sus antiguas amistades. Asimismo, las prescripciones directas en la forma de una desensibilización sistemática permitieron que la

paciente se vaya enfrentando progresivamente a situaciones temidas logrando afrontarlas con éxito, reforzando la confianza en ella misma. fuerte lazo terapéutico entre paciente y terapeuta, el uso de la influencia personal y el mostrar un interés real por el paciente hizo que la terapia tuviera el éxito esperado.

Riveros (2019), realizó un estudio de caso clínico sobre fobia social en una adolescente de 16 años que presento ataques de pánico que comenzaron hace 5 meses antes de acudir a terapia y que se agudizaron en el mes previo a la consulta. Tras la entrevista y evaluación psicológica se consideró que se trataba de un caso de Fobia Social. Los ataques de ansiedad eran desencadenados por situaciones sociales. Se aplicó a lo largo de 25 sesiones un tratamiento cognitivo conductual que incluyo autorregistro, 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 multicondional ABA. Las puntuaciones obtenidas en las escalas post test indicaron una mejoría clínicamente significativa.

Sotelo (2018) realizó un estudio sobre "Fobia Social y Terapia Cognitiva": Un estudio de caso basado en la evidencia. Se presenta una intervención en paciente con diagnóstico de ansiedad social, con quien se aplicó la terapia cognitivo conductual y la terapia de exposición en un joven, asimismo se utilizó el inventario de ansiedad y fobia social, escala de ansiedad- evitación social y entrevista clínica, para la intervención se aplicaron 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 al exposición en público y la interacción social. Los resultados son acordes a la evidencia científica disponible sobre la eficacia para la intervención de este trastorno. Las conclusiones

fueron que la terapia cognitivo-conductual demostró eficacia en el tratamiento para la fobia social tras una significativa disminución de la ansiedad y la depresión, ya que los ataques de pánicos mermaron considerablemente y ahora la paciente se muestra más sociable y asertiva con las demás personas, de igual forma con capacidad de expresar desacuerdos, reduciéndose la evitación y el aislamiento social.

Según Cabañas et al. (2018), realizaron un estudio en Cádiz, caso único de fobia a la conducción aplicando la terapia cognitivo conductual, paciente es mujer de 30 años de edad, atendida por presentar un miedo intenso a conducir, con marcado características de ansiedad, diagnostico fobia especifica. Para este estudio utilizaron la revisión bibliográfica y entrevista semiestructurada, los objetivos establecidos fueron: modificar ideas y pensamientos erróneos sobre el tráfico y la autopercepción de competencia, desacondicionar la respuesta de ansiedad y eliminar las respuestas de escape o evitación, la metodología utilizada fue multicomponentes, con técnicas de relajación y estrategias cognitivo – conductuales para el afrontamiento. La técnica fue la exposición en vivo, las auto instrucciones para evitar pensamientos negativos, Los resultados fueron que la intervención fue positiva, logrando la eliminación del problema con el apoyo de 5 sesiones en el espacio de dos meses.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Variable dependiente: Ansiedad

Definiciones

Según el Diccionario de la Real Academia Española, “la ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo que es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más comunes de la persona, siendo esta una emoción difícil y displacentera que se presenta con una tensión emocional relacionada con un correlato somático” (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

Según Marks (1986), la palabra ansiedad se refiere a la reunión de diferentes manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se presentan de manera crítica o como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; sin embargo; pueden presentar otras características neuróticas como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.

Según Lazarus (1976), la ansiedad es un trastorno que se da en todo ser humano y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Es decir, influye positivamente en cada ser humano, frente a situaciones amenazantes o preocupantes, permitiendo asumirlo y afrontarlos de manera efectiva.

Según Spielberger et al (1984), define al estado de ansiedad “como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo, mientras que Tobeña (1997) la considera “como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas”. Miguel-Tobal (1996), define a la ansiedad “como una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia.

Según la OMS (1992), define la ansiedad “es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras, a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo”; “como una emoción común y universal, una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día,

tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patología, provocando malestar significativo con síntomas que afectan el plano físico, psicológico y conductual”.

Según la Asociación American de Psiquiatría (1994), refiere que la ansiedad fóbica es “una reacción excesiva o irracional a una situación particular”.

Según Sadock, Ruiz et al. (2015), “la ansiedad es experimentada por todo el mundo, que se caracteriza la mayoría de las veces por una sensación de aprensión difusa desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como: cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud, y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo. La constelación concreta de síntomas presente durante la ansiedad tiende a variar entre los individuos”.

En dicho marco podemos indicar que la ansiedad patológica es una respuesta emocional que no es manejada ante la amenaza de alguna situación que pudiera presentarse en nuestro día a día, presentando consecuencias en la parte cognitiva, fisiológica y motora del ser humano.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su undécima versión (CIE-11, 2019), refiere que la ansiedad es una reacción emocional normal que existe en un continuo, la clasificación debe emitir un medio fiable para diferenciar el trastorno de la normalidad. La propuesta de clasificación de la CIE-11 de los Trastornos de Ansiedad y relacionados con el miedo se ha desarrollado teniendo estos principios en mente. los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo que se manifiestan a lo largo de la vida se reúnen en una nueva agrupación. Bajo la CIE-10, la mayoría de los trastornos de ansiedad se encuentran en el grupo de los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos. La propuesta de la CIE-11 es reunir a todos los trastornos de ansiedad o miedo en esta nueva agrupación.

Los trastornos de ansiedad por separación y el mutismo selectivo, que se clasifican en la CIE-10 en una sección separada en los trastornos de la infancia, también se incluyen en esta

nueva agrupación. Cada trastorno en esta agrupación se define de acuerdo con sus características esenciales (es decir, requeridos) con un énfasis particular en el foco de aprehensión, es decir, el estímulo o situación que desencadena el miedo o la ansiedad. Debido a que la activación fisiológica y la evitación existen en todos los trastornos de ansiedad en diferentes grados, el foco de aprehensión proporciona la base más clara para la diferenciación diagnóstica. Los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo son los trastornos mentales y del comportamiento más comunes en todo el mundo y están asociados con una discapacidad significativa, costos económicos y pérdidas en la calidad de vida. Estos trastornos también concurren a menudo con otros trastornos mentales y condiciones de salud prevalentes.

En resumen, la ansiedad se refiere a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Manifestaciones periféricas de la Ansiedad

- Diarrea
- Epigastralgia
- Hiperhidrosis
- Hiperreflexia
- Inquietud (caminar de un lado a otro)
- Midriasis
- Palpitaciones
- Parestesias de las extremidades
- Polaquiuria, retraso en el inicio de la micción, urgencia miccional

- Sincope
- Taquicardia
- Temblores
- Vértigo, mareos.

Clasificación de la ansiedad

Establecido en los criterios propuestos en el DSM-V, los TA en general provocan una inmensa angustia y miedo, asociada a la opresión en el pecho y una disminución significativa del funcionamiento, niveles crecientes de preocupación y tensión por cierto contexto temido. Cabe mencionar que de acuerdo al tipo de trastorno que presentan, tienen síntomas particulares.

La sintomatología de los trastornos es:

1. Trastorno de Ansiedad por separación: Se caracteriza por la presencia de miedo excesivo e inadecuado en la etapa del desarrollo en razón con la separación de las figuras de apego. Para considerarse este tipo de trastorno debe permanecer con la sintomatología durante 4 semanas en niños y adolescentes y 6 meses en adultos. (Maina y otros, 2016). Las características recurrentes son: angustia al anticipar o experimentar la separación, preocupación persistente, reticencia a cambiar de entorno, miedo a estar solo. (Craske, 2016).
2. Mutismo selectivo: Está presente en individuo, especialmente en niño, que no dialogan en ciertos contextos sociales donde se proyecta que dialogue, (Tortella, 2014), a pesar de poder hablar en otros contextos. Se asocia con la ansiedad social y excesiva timidez. No se asocia con déficits lingüísticos o intelectuales. Para ser considerado con este tipo de trastorno los síntomas deben estar presentes al menos un mes. (Hua, 2016).
3. Fobia específica: Esta fobia presenta un miedo excesivo a un objeto, circunstancia o situación específica, desproporcionados al peligro real. El

diagnostico de este trastorno se considera cuando la duración es de al menos 6 meses. Las principales fobias a animales (arañas, insectos, perro, etc), a ambiente naturales (alturas, agua, tormentas), agujas, sangre y algunas situaciones como ascensores y aviones (Tortella, 2014).

4. Trastorno social: Llamado también como fobia social, se caracteriza por presentar temor en contextos sociales considerados principalmente en el escrutinio o evaluación por otros del desempeño de la persona (Tortella, 2014).
5. Trastorno de pánico: Son episodios repentinos de pánico con miedo e incomodidad intensa, que alcanzan un pico en pocos minutos y se vincula a síntomas somáticos tales como: sudoración, temblor, falta de aliento, sensación de ahogo, palpitaciones (Craske, 2016).
6. Agorafobia: Se vincula con el trastorno de pánico, se presenta principalmente en lugares abiertos como cines, mercados, transporte público (Craske, 2016).
7. Trastorno de ansiedad generalizadas: Es el desorden de ansiedad más frecuente en adultos. Se diagnostica en casos de excesiva preocupación asociada con eventos o con la actividad diaria durante la mayoría de los días en un periodo de seis meses. Se relaciona con una inquietud constante, fatiga, dificultad para concentrarse, tensión muscular, interrupción o sueño insatisfecho (Latas, 2018). En promedio el inicio de este desorden es alrededor de los 30 años (Maina y otros, 2016).
8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: Ansiedad o ataques de pánico durante o después de consumo de sustancias o el retiro de estas, o durante la exposición a algún medicamento. Algunas sustancias son la cafeína, cannabis, cocaína, anfetaminas, corticosteroides y hormonas tiroideas, entre otros estimulantes (Maina y otros, 2016).

9. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: Es una consecuencia fisiopatológica directa a causa de otra condición médica, como por ejemplo patologías del sistema endocrino (hipertiroidismo) y metabólico (deficiencia de vitamina B12).
10. Trastorno de ansiedad especificados: Periodos de ansiedad o angustia que no son persistentes en la persona. Se presentan síntomas significativos, pero no se cumple con los criterios diagnósticos, se especifica el motivo por el que no cumple con los criterios (Tortella, 2014).
11. Trastorno de ansiedad no especificados: Síntomas característicos de los TA. Se presentan síntomas significativos, pero no se cumple con todos los criterios diagnósticos, no se especifica el motivo por el que no cumple con los criterios (Tortella, 2014).

Ansiedad Social

Según Sadock et al. (2015), “el trastorno de ansiedad social (también llamado fobia social) implica el miedo a situaciones sociales, incluidas las situaciones que implican el escrutinio o el contacto con desconocido. El término ansiedad social refleja la clara diferenciación entre el trastorno de ansiedad social y la fobia específica, que es el miedo intenso y persistente a un objeto o situación. Las personas con trastorno de ansiedad social tienen miedo de sentir vergüenza en situaciones sociales (reuniones sociales, presentaciones orales, conocer a gente nueva). Tiene un miedo específico a realizar actividades específicas como comer o hablar ante otras personas o pueden sufrir un miedo vago e inespecífico a pasar vergüenza. En cualquier caso, el miedo en el trastorno de ansiedad social se dirige al bochorno que se puede sentir en la situación, no a la situación en sí”.

El trastorno de ansiedad social (TAS) es una de las afectaciones más frecuentes, crónicas y altamente incapacitantes encontradas en el ámbito clínico (Beesdo-Baum et al.,

2012). Entre los principales aspectos de su caracterización se destaca el miedo o ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales donde el individuo sea vea expuesto al posible examen por parte del resto, o donde sienta que su actuación (o la manifestación de su ansiedad) pueda ser calificada por los demás de manera negativa. Dichas situaciones tienden a evitarse o a resistirse con gran ansiedad, lo que puede generar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en las diversas áreas importantes de su funcionamiento (APA, 2013).

Vera (2009) según el DSM-V-TR (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales APA, 2002) menciona que un individuo con fobia social evita o teme, aunque se enfrente a ellas, situaciones sociales debido al miedo a ser humillado o evaluado negativamente por los demás, o no saber comportarse adecuadamente. Este trastorno no se reconoce como tal hasta la publicación del DSM-III, que se aparece en 1980, gran parte de la investigación en las áreas conocidas como asertividad y habilidades sociales.

Valles (2011), menciona que un aspecto muy importante en el trastorno de la fobia social lo conforma la ansiedad social, llamado también “miedo a las personas”. Ante la pregunta de ¿por qué nos ponemos nerviosos en situaciones sociales? Beck A.T, Emery, G y Ruth G. (2001) con las investigaciones de Heimberg R.G y colaboradores (1998) mencionan que en quienes se presenta la ansiedad social y se enfrentan a una situación pública, dirigen sus recursos hacia una representación mental, de sí misma, tal como lo podría observar alguien del público u otra persona externa del grupo, esta visión de sí mismo se caracteriza por ideas irracionales en las interpretaciones erradas.

Para Pérez et al. (2003), en la fobia social, la persona ve amenazada su propia autoestima e integridad psicológica; tiende a interferir negativamente en la vida cotidiana porque se presenta en un nivel muy intenso que no guarda relación con la realidad. Presenta síntomas psicofisiológicos como sudoración, temblor, taquicardia, rubor. Síntomas conductuales como conductas de escape, tendencia al aislamiento social, rehuir la mirada,

evitar iniciativas en el terreno social y síntomas cognitivos como miedo exagerado a la desaprobación y a las críticas. Desde la perspectiva cognitiva, los déficits más frecuentes son:

- a) Centrar la atención en uno mismo y creer que los demás están pendientes de la conducta social.
- b) Evaluar la retroalimentación interpersonal con una atención selectiva a los aspectos negativos o fallos propios.
- c) Evocar selectivamente las relaciones interpersonales negativas
- d) Subestimar sus habilidades en situaciones sociales.
- e) Sobrestimar la probabilidad de sucesos sociales negativos por circunstancias ajenas
- f) Generar una gran cantidad de pensamientos derrotistas.

Criterios diagnósticos para la ansiedad social según DSM-5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición - DSM V (2014) señala que en gran parte del mundo existe una prevalencia estimada anual de trastorno de ansiedad social alrededor del 0,5 -2,0%. Aquí señalaremos los criterios diagnósticos:

- 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, ser observado y actuar delante de otras personas.
- El individuo tiene medio de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto socio cultural.

- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
- El miedo, la a ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no está relacionado ni es excesivo en relación con alguna otra enfermedad.

Modelos teóricos de la ansiedad

a) Modelo Biológico

Fink et al. (2009), manifiesta que la fisiopatología de la fobia social aún no ha sido estudiada lo necesario para concluir en un diagnóstico exacto, sin embargo; recientes hallazgos de genética y neuroimagen han generado nuevos resultados que conlleven a nuevas luces para el mejor entendimiento del trastorno. En el 2004, Gelernter et.al. surgieron la asociación de rasgos de personalidad heredable como baja extroversión y; en otras investigaciones relacionado con cierto polimorfismo del B1-gen del receptor adrenérgico (ADRB1) (Fink, M. 2009 cita a Stein et al, 2004), el cual estaría relacionado directamente con la susceptibilidad de las reacciones fisiológicas de los individuos con fobia social.

Por otro lado, Fink M. 2009 cita a Smollen et al (2005), quienes encontraron una fuerte vinculación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y la inhibición del comportamiento, el cual es un antecedente temperamental de ansiedad en los niños que ulteriormente podrían desarrollar ansiedad social. También, Furmark et. al (2009) refieren que

parece estar asociado con una mayor activación de la amígdala, cuya región es crítica para el procesamiento del miedo.

b) Modelo Vicario de Bandura

Según Caballo (2002), manifiesta que el modelo Vicario u observacional, es aprender observando a otros, este modelo, refiere que observar a los demás puede presentar ansiedad en situaciones sociales. Bruch et.al (1988) hallaron que los padres de los sujetos con fobia social evitaban ellos mismos las situaciones sociales, pero Ost y Hugdahl (1981) hallaron que en solo el 12% de las personas con fobia social el condicionamiento vicario era responsable del desarrollo de la fobia.

Técnicas de Intervención en la ansiedad

Hay una serie de técnicas u procedimientos de intervención en la ansiedad. Estos procedimientos consisten en el entrenamiento en relajación, la desensibilización sistemática y la desensibilización en vivo (Masters, Burish, Hollon y Rimm, 1987; Sepieglar y Guevremnot, 1998, 2010) y están basados en los principios del condicionamiento respondiente, del condicionamiento operante o una combinación de ambos.

a) Entrenamiento en relajación

Los procedimientos de entrenamiento en relajación son estrategias que las personas emplean para disminuir la activación autónoma que experimenta como componente del miedo y los problemas de ansiedad. La persona lleva a cabo conductas específicas de relajación que dan lugar a respuestas fisiológicas opuestas a la activación autónoma. Mientras que respuestas fisiológicas como la tensión muscular, una elevada tasa cardiaca, las manos frías o una respiración acelerada son parte de la activación autónoma, los ejercicios de relajación producen respuestas fisiológicas como la disminución de la tensión muscular, la tasa cardiaca y la tasa de respiración y el calentamiento de las manos. Cuando la persona produce estas respuestas fisiológicas opuestas, informa de una disminución de la ansiedad. El autor menciona 4 enfoque

de entrenamiento de relajación, la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática, los ejercicios de focalización de la atención (Davis, Eshelman y McKay, 1988) y el entrenamiento en relación conductual (Poppen, 1988).

b) Desensibilización Sistemática

La desensibilización sistemática es un procedimiento desarrollado por Joseph Wolpe (1958, 1961, 1990) en el que la persona con fobia práctica la relajación mientras imagina escenas de estímulos que generan miedo. Una fobia es un miedo en el que el nivel de ansiedad o de escape/evitación conductual es lo bastante grave como para afectar a la vida de la persona.

c) Desensibilización en vivo

Desensibilización en vivo similar a la desensibilización sistémica, salvo en que el cliente se aproxima o es expuesto gradualmente al estímulo real que produce miedo, para emplear la desensibilización en vivo, el cliente debe aprender en primer lugar la respuesta de relajación, por lo que el cliente y terapeuta debe construir una jerarquía de situaciones relacionadas con el estímulo temido. En la desensibilización en vivo el cliente no se imagina cada una de las escenas de la jerarquía, sino que experimenta cada situación de la misma mientras mantiene la relajación como respuesta alternativa que reemplaza a la respuesta de miedo (Walter, Hedberg, Clement y Wright, 1981),

1.2.3.2 Variable independiente: Tratamiento Cognitivo Conductual

Definición

Es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión y que como su nombre lo indica, surgió por la unión de dos grandes teorías de la psicología. Este modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente,

y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración del mismo y sus allegados. Llardi (1994), indica que este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones.

Stallard (2001, citado por Diaz et al., 2016), explica que la terapia cognitiva conductual tiene como fin el explicar las intervenciones que resultan en una reducción del malestar psicológico y comportamientos desadaptativos, a través del cambio en los procesos cognitivos. Asimismo, afirma que las emociones y los comportamientos son los que genera las cogniciones.

Por otro lado, Zaldivar (2013, citado por Díaz et al., 2016) menciona que los autores de mayor reconocimiento de este modelo terapéutico son Albert Ellis y Aaron T. Beck. Así también, Acuña (2018) indica que el modelo cognitivo conductual se centra en investigación científica y está establecido en las prácticas científicas, las cuales han sido comprobadas a lo largo del tiempo.

Con relación a las técnicas de intervención en este modelo, Caballero y Gálvez (2019) refieren que la TCC incluye técnicas de psicoeducación, de cambio en pensamientos, conductas y de activación fisiológica. Por otro lado, dentro de las técnicas que contribuyen a la adherencia al tratamiento y que buscan generar un impacto de mayor relevancia, se encuentran las técnicas psicoeducativas y conductuales (González-Encinas y García, 2019; Rossi, 2016).

Por otra parte, Mera (2015), Vernon y Doyle (2017) sostienen que la terapia cognitivo conductual es una de las mejores terapias que se encuentran en la actualidad. Esto es por tres motivos: primeramente, por ser la más investigada dentro del campo de la psicoterapia; como segundo punto, porque en sus estudios demuestra la eficacia en su intervención en comparación con otros modelos (Barlow, 2018; Corbridge et al., 2018; Moreno y Deus, 2016; Rivera, 2015) y; para finalizar, como tercer punto, los modelos que hay en TCC han sido bastante estudiados (Corbridge et al., 2018; Ruiz y Ruiz, 2018; Taylor et al., 2019). Aunque la TCC es una terapia

eficaz, aún se tiene presente su desarrollo y mejoramiento, ya que hay casos en que los pacientes no responden de forma satisfactoria a este enfoque o presentan reincidencias. Por otro lado, cabe señalar que este modelo está basado en la investigación, por lo que la evolución en las psicoterapias dependerá de la TCC y su dirección gradual hacia un enfoque científico e integrador (Paredes-Rivera, 2016).

En razón a las referencias teorías antes mencionadas, puedo indicar que la terapia cognitivo- conductual es un tipo de terapia bastante eficiente incluso cuando se combina con otros tipos de terapia, humanista o las contextuales. Este tipo de terapia consiste en identificar los ambientes problemáticos de las personas, tomar consciencia de pensamientos, emociones y conductas y generar cambios para aprender a enfrentar las dificultades que se presentaran. Cabe referir que esta terapia resulta de las teorías conductistas de Pavlov y Skinner (o psicología conductual) a las que fueron incorporando otros elementos del comportamiento, es decir el conductismo solo se dirigía a la conducta observable del sujeto. Año más tarde Beck y Ellis, incorporaron la terapia cognitiva y terapia racional emotiva, considerando que las emociones y pensamientos también deben considerarse, naciendo de esta forma la terapia cognitiva – conductual.

Estrategias de tratamiento

Entre las estrategias tenemos:

- a) **Reestructuración cognitiva:** Según Martínez (2020), es una técnica de terapia psicológica, enfocada en moldear y cambiar el pensamiento negativo, o aquellos patrones de pensamiento que son nocivos para el paciente y que, a su vez, deterioran su calidad de vida y la manera en la que este percibe las cosas que suceden a su alrededor. Según Polo y otros (2011), indica que esta técnica consiste en la modificación de los esquemas rígidos de pensamiento. Con rígidos, nos referimos a aquellos pensamientos o creencias negativos que están perjudicando a la persona y le están impidiendo

avanzar. Con esta técnica lo que se busca es cambiar el pensamiento negativo a uno más constructivo y se va dando a través del dialogo en las sesiones.

- b) **Entrenamiento en auto instrucciones:** Según Miralles y otros (2022), son una técnica que permite la modificación o sustitución auto verbalizaciones internas que el sujeto utiliza antes, durante y después de enfrentar una situación aversiva, por otras verbalizaciones más adaptativas.

Según Polo y otros (2011), consiste en guiar el propio pensamiento a través de las conductas que vamos a realizar. Con esta técnica, la terapia cognitivo-conductual pretende que la persona genere verbalizaciones internas realistas y constructivas para conseguir sus objetivos.

- c) **Exposición gradual:** Según Vera (2009) cita a Wolpe (1955) como fundamento teórico, para afirmar que la técnica de exposición gradual se desarrolla basándose en el contraindicamiento por inhibición recíproca según el cual la respuesta de relajación sería emocionalmente incompatible con la respuesta condicionada de ansiedad, las propuestas inapropiadas por defecto, en situaciones sociales, se producirían debido a la inhibición que provoca la ansiedad condicionada aversiva a dichas situaciones.

- d) **Técnicas de exposición:** Según Polo y Otros (2011), refiere que, tanto en imaginación como en vivo, resulta extremadamente útil para tratar fobias como la agorafobia u otras como fobia a la sangre, a las arañas o a las alturas. Se trata de que la persona se exponga a aquello que teme. Se puede hacer imaginando que esta frente al estímulo temido o exponerse a dicho estímulo en la realidad hasta que la ansiedad vaya disminuyendo.

- e) **Desensibilización sistemática:** Es una de las técnicas pioneras de modificación de conducta. Desarrollada por Wolpe (1958), y aplicada en el tratamiento de las fobias, se trata de un procedimiento de extinción (Labrador, 2008).

Vera (2009), indica diferentes técnicas de desactivación dirigidas a disminuir el sistema fisiológico que se supone está patológicamente activado en los sistemas de ansiedad, de esta manera se conseguiría además que el paciente tenga sentimientos de calma y tranquilidad, la finalidad de todas ellas es generar una respuesta incompatible.

Según Polo y otros (2011), indica que al igual que la exposición, la desensibilización sistémica lo que tiene de distintivo es que la persona se va exponiendo al estímulo temido de forma progresiva. Para ello, se establecerá una jerarquía de estímulos ansiógenos de menos a más.

f) **Inoculación del estrés:** Según Polo y otros (2011), refiere que con esta técnica se prepara al o la paciente para aquellas situaciones que son generadoras de estrés para él o ella. Para ello, en primer lugar, la persona deberá entender de qué manera le afecta el estrés y como puede afrontarlo a través de la técnica de reestructuración cognitiva y las técnicas de exposición o de modelado, para así, practicarlas en situaciones cotidianas y poder generalizarlo a otros contextos más ansiógeno. En definitiva, consiste en que la persona se habitúe a afrontar las situaciones de estrés racionalmente y sin que las emociones le bloqueen.

g) **Técnicas de modelado:** Según la Asociación Argentina (2022), es una técnica terapéutica en la cual el individuo aprende comportamientos nuevos observando e imitando el comportamiento de otras personas, denominados "modelos". El modelado es muy útil en aquellos casos en los que la conducta que el individuo requiere aprender no se encuentra en su repertorio de habilidades.

Según Polo y otros (2011), refiere como su nombre indica, con esta técnica la persona tendrá un modelo para que imite y aprenda otros patrones de conducta distintos a los que ya aplica y que no les funcionan.

- h) **Entrenamiento en habilidades sociales:** Según Vera (2009), indica que la racionalización del entrenamiento en habilidades sociales tiene su origen teórico en las críticas efectuadas a la aplicación del modelo anterior a los problemas de ansiedad social, en vista de los resultados experimentales, se sugiere que los pacientes no serían inhábiles socialmente debido a la ansiedad condicionada sino debido a un problema de déficit de conducta es decir la persona se comporta de forma torpe se siente mal con su comportamiento porque no sabe cómo hacerlo.
- i) **Modelo ABCDE,** este modelo se encuentra dentro de la reestructuración cognitiva, y es planteado por Ellis, esquematizándose de la siguiente forma (Ellis, Grieger y Marañón, 1981, citado por Pérez, Rodríguez y Vargas, 2008).
- “A”, se refiere a una situación o experiencia activadora real y que genera “B”.
- “B”, indica cadena de auto verbalizaciones o pensamientos adecuado o disfuncionales acerca de “A”, esto se refiere a que las creencias que contamos, de manera innata, y aprendido, conducen a “C”.
- “C”, se refiere a la consecuencia emocional y/o conductual de la persona, es decir el cómo reacciona ante la ocurrencia de “A”.
- “D”, se refiere a los esfuerzos que realizar el terapeuta para modificar y sustituir “B”, apelando a la lógica y lo racional.
- “E”, viene a ser el resultado final de la intervención, es decir, la eliminación de los pensamientos irracionales, reemplazada por una funcional a través del debate, presentando emociones y conductas más adaptativas y saludables

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir los niveles de ansiedad social al realizar exposiciones en su ámbito académico y laboral, así como fortalecer las conductas de interacción social, en una mujer adulta, a través de la terapia cognitivo conductual

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Psicoeducar a la paciente en el modelo Cognitivo Conductual sobre la ansiedad social.
- ✓ Eliminar pensamientos automáticos “no puedo”, “soy una inútil”, “pensarán que soy incapaz” y “se burlarán de mi” ante situaciones sociales de evitación, a través de la reestructuración cognitiva.
- ✓ Disminuir las conductas emocionales de ansiedad, miedo, frustración y tristeza ante situaciones sociales de evitación a través de la técnica de relajación y desensibilización sistémica.
- ✓ Eliminar las conductas fisiológicas de tensión corporal, mareos, dolor de cabeza, sudoración palmar y tensión muscular a través de técnicas de relajación.
- ✓ Incrementar las conductas de interacción social en una mujer adulta con ansiedad social.

1.4.Justificación

La ansiedad es una emoción universal y cumple una función adaptativa, ya que nos alerta y prepara ante la presencia de cualquier estímulo o situación peligrosa. En otras palabras, nos activa a nivel psicológico, fisiológico y conductual para brindar una respuesta y solución con el fin de la supervivencia, sin embargo, dicha respuesta puede ser disfuncional e interrumpir negativamente en la vida cotidiana del ser humano, limitándola ante situaciones donde dicha reacción resulta excesiva e incontrolable. Por lo general, su intensidad es alta y su duración

larga, generando somatizaciones y reduciendo el rendimiento de la persona a causa del malestar y el constante estado de alerta que le genera. Esto último puede traducirse en la sensación del organismo de complicaciones a nivel coronario y/o respiratorio (Miranda, 2018). De ahí que considero de suma importancia realizar el presente trabajo con la finalidad de conocer las implicancias de este trastorno, permitiendo desarrollar programas de tratamiento para dicha población.

De la igual forma, de acuerdo con los manuales diagnósticos, existen diversos tipos de trastornos asociados con la ansiedad. En razón a ello, el presente estudio de caso está dirigido a una mujer adulta con trastorno de ansiedad social, trastorno mental que ocasiona miedo intenso e irracional, asimismo genera incremento de pensamientos automáticos e impide que el individuo participe en las actividades deseadas, en dicho sentido el presente estudio, permitirá que este grupo vulnerable se recupere a través de autoconocimiento, dado que es una de las ventajas de la intervención con terapia cognitiva conductual. Finalmente, el presente caso de ansiedad social, constituirá base para futuras investigaciones de estudiantes e investigadores.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El impacto del TAS en la vida del individuo puede ser muy grande y dependerá del grado de malestar y la evitación de tales situaciones sociales, pero puede ir de un sentimiento de poca valía personal (Caballo, Salazar, & Equipo de Investigación CISO-A España, 2018) hasta llegar a producir una incapacidad casi total en diversas áreas de funcionamiento (Caballo et al., 2014, Caballo, Salazar, Garrido et al., 2018). En el presente trabajo académico se pretende que la paciente logre integrarse de manera adecuada a situaciones de exposición en público, y alcance un mejor equilibrio psicológico. En dicho marco, este estudio de caso constituirá un aporte a la comunidad psicológica, así como incentivo a realizar más investigaciones para un mejor conocimiento científico.

II. Metodología

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es aplicada, ya que su fin es práctico, considera los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de optimizar la calidad del fenómeno estudiado (Kerlinger, 1975).

El diseño es experimental, Según Sampieri (2017), manifiesta que es “un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas-antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos – efectos-consecuentes) dentro de una situación de control para el investigador”.

Se ha utilizado el diseño experimental para un Caso único propuesto por Castro (1975), el mismo que consiste en manipular de forma intencional una variable independiente (aplicación de las técnicas cognitivo – conductuales) con el objetivo de ver los efectos que se producen en la variable dependiente (conducta de ansiedad social). Al haber habido cambios en la variable dependiente significa que las técnicas aplicadas han tenido sus efectos. Para esto se ha aplicado el diseño A-B, en donde la fase A se hizo la evaluación (aplicación de los instrumentos y en la fase B se aplicó el programa para disminuir la ansiedad social en Luz. Terminada la intervención se llevó a cabo una fase de seguimiento para confirmar que la conducta de la ansiedad social se mantiene disminuida.

Según León y Montero (2003), “refiere que un diseño AB es un plan en el que primero se establece la línea base, sin tratamiento y una vez estabilizada se produce la intervención y la medida de la nueva serie. Es el más simple y el más débil de este tipo de diseños y solo se usará cuando sea imposible hacer una retirada del tratamiento”. En conclusión, se utilizó el modelo A-B, dado que la fase A se refiere a la evaluación propiamente dicha y la fase B se refiere a la intervención, utilizando la teoría Cognitiva- Conductual, asociada a ella las técnicas

de afrontamiento como reestructuración cognitiva, desensibilización sistémica y habilidades sociales.

2.2.Ámbito temporal y espacial

La aplicación del programa de intervención cognitivo conductual para el presente caso de estudio se realizó en el periodo de enero a julio del año 2022, con una frecuencia de una sesión semanal, en el domicilio del paciente ubicado en el distrito de Lince, Lima, Perú.

2.3.Variables de investigación

2.3.1. Variable dependiente: Ansiedad social

Según Toro (2012), citando a Beck et al. (2010), refiere que la ansiedad social se constituye como el resultado emocional de complejas respuestas biopsicosociales de importantes componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos, enfocados hacia amenazas de posible crítica, evaluación negativa de las demás personas y falta de control, lo que conlleva a un deterioro personal y social clínicamente significativo. De igual forma Toro (2012), citando a Barlow (2002) refiere que como parte del ambiente amenazante y que, a su vez, va acompañada de una percepción de unas limitadas capacidades personales de afrontamiento, cuyo resultado es una reacción disfuncional del sistema de respuesta emocional (fisiológico, motor, cognitivo, motivacional).

Según Prieto (2020), citando a Pávlov, indica que el miedo es una emoción básica y la ansiedad es una emoción secundaria, por lo tanto, la ansiedad social está mal categorizada. La ansiedad social no es propiamente ansiedad ya que no viene del miedo. La persona siente tristeza por ser rechazada y se aparta de los grupos. Esto hace que no desarrolle habilidades sociales y más adelante no se pueda adaptar a ningún grupo. Esta persona no tiene ansiedad social, sino emociones de tristeza e ira generado por la humillación y el rechazo En dicho sentido, se indica que la base de la fobia y la ansiedad es el miedo, pero la base de la ansiedad social es la vergüenza.

2.3.2. Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual

El modelo de intervención por aplicar en el presente estudio de caso es el cognitivo conductual, respecto a este enfoque, Ruiz et al. (2012) señalan:

El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando estas no se producen. Para ello, la intervención también se dirige a modificar los procesos cognitivos que están a base del comportamiento.

Cabe señalar que la terapia cognitiva conductual se basa en un modelo educativo de aprendizaje (Beck et al., 2010), por lo que en estos casos se enfoca al reaprendizaje de seguridad, asociado con los temores y evitación característico de la ansiedad (Otto et al., 2004).

Según Vernon y Doyle (2018), refiere que la terapia cognitivo conductual es un tipo de psicoterapia que busca resolver dificultades que se presentan en la actualidad, emociones y conductas disfuncionales; además, valora factores como el contexto, aprendizaje, pensamientos y las verbalizaciones. Con relación a las intervenciones en TCC, es ecléctica con respecto a las técnicas, pero sólidas en su teoría. Además, cabe resaltar que los modelos de TCC tienen firmes evidencias sobre su efectividad en los trastornos psiquiátricos y en las dificultades clínicas. Los siguientes modelos de TCC que se exponen son los de mayor apoyo empírico y los más usados en la práctica clínica (Vernon y Doyle, 2018).

2.4. Sujeto

Mujer adulta, de 28 años de edad, con estudio técnico incompleto, soltera, de religión católica, acude a consulta porque refiere no me siento bien, no sé qué hacer porque me frustro cuando no puedo hablar en público, no puedo exponer en mi centro de estudio ni en cualquier lugar donde hay más de 5 personas, no puedo expresar mi opinión frente a un grupo de personas, pienso “que se burlaran de mí”, “me bloqueo” y a veces pido disculpas y me retiro.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas aplicadas:

Observación psicológica

Según Martínez y otros (2013), es un método de exploración psicológica que está presente en todo el proceso evaluativo y terapéutico, en el que el examinador realiza la función de observador participante, porque solo puede observar de modo adecuado si se incluye en la situación y participa activamente en ella.

Entrevista psicológica

Según Bleger (1964), es una de las técnicas por excelencia para recolectar datos del, o de los sujetos y ciertas informaciones previas al diagnóstico psicológico en cualquier modalidad de intervención. Es un instrumento clínico que aporta información y conocimiento del sujeto en un tiempo acotado, se torna ideal para investigar los fenómenos psicológicos por su carácter relacional, comunicacional y subjetivo. Cabe señalar que la entrevista no es solo una técnica de recolección de información, sino que en psicología es también una relación humana.

2.5.2. Instrumentos aplicados:

Nombre del instrumento:	Test de Matrices Progresivas de J.C.Raven
Autor	J.C.Raven
Año	1939
Adaptado por (año)	2014, Vásquez, Mayutte, Bedón & Murillo, en Perú
No. de ítems	60 items en 5 series de 12 cada una
Ámbito de aplicación	Educativa, organizacional, clínica
Aspectos que evalúa	Mide factor g, capacidad de deducción, factor cuantitativo de la inteligencia
Edades de aplicación	Niños, adolescentes y adultos.

Dimensiones	<ul style="list-style-type: none"> – Inteligencia – Capacidad intelectual – Habilidad mental
Aplicación	Individual y colectiva.
Duración	De 40 a 90 minutos
Base Teóricas	Prueba sustentada en la Teoría Bifactorial de la Inteligencia propuesta por Charles Spearman
Sistema de calificación	<ul style="list-style-type: none"> - Se registran las respuestas del sujeto - Se realiza la corrección con las plantillas. - Se suma el NO. de aciertos verticalmente - Se suma el total de aciertos. - Se verifica la consistencia del puntaje y se registra teniendo en cuenta la edad del sujeto. - Se detecta el percentil correspondiente - Se localiza la equivalencia diagnóstica y el rango del percentil obtenido.
Niveles y rangos	<ul style="list-style-type: none"> -Intelectualmente Superior (>95) -Superior término medio (75 a 95) -Término medio (25 a 75) -Inferior término medio (5 a 25) -Deficiente (<5)
Validez	0.86 con el test de Terman-Binet
Confiabilidad	La escala tiene un res-test de confiabilidad variable con la edad, de 0.83 a 0,93

Validez

La validación del Test de Matrices Progresivas, indica que presento un nivel de validez adecuado, sustentado por un alto nivel de varianza (0.75) y presenta una única dimensión, coincidiendo con lo esperado según teoría.

Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad se obtuvo altos niveles mediante el KR20 (0.91).

Ficha Técnica del Inventario de personalidad de Eysenck Forma B para adultos

Nombre del instrumento:	Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B para adultos (EPI).
Autor	: Hans Jurgen Eysenck – Sybil Blanca Eysenck
Año	: 1964
Adaptado por (año)	: 1972, José Anicama. Lima. Perú.
No. de ítems	: Consta de 57 ítems “L” 9 ítems: Verdad (escala de mentiras) “E” 24 ítems: Introversión – Extroversión. “N” 24 ítems: Estabilidad – Inestabilidad
Ámbito de aplicación	: Psicología clínica y educacional
Aspectos que evalúa	Personalidad
Edades de aplicación	: Adultos tanto varones como mujeres
Dimensiones	: Dimensión “E” - Introversión – Extroversión Dimensión “N” –Estabilidad – Inestabilidad Dimensión “L” – Veracidad
Aplicación	Individual o colectiva
Duración	No existe un tiempo definido o delimitado para su aplicación, pero puede resolverse entre los 10 y 15 minutos.
Base Teóricas	Prueba sustentada con el análisis factorial y el método estadístico de multivariabes, para manejar los datos que reúne.
Sistema de calificación	Se evalúa con una parrilla de calificación única para ambos sexos en las tres dimensiones. Si la respuesta coincide con la plantilla se le asigna un punto, si no coincide será cero. La sumatoria se hace escala por escala. Los resultados de ambas escalas (N y E), serán llevados a las coordenadas de la hoja de respuestas.
Niveles y rangos	Presentan dos alternativas de respuestas: Si o No, de las cuales 24 preguntas corresponden a la Introversión – Extraversión, las 24 siguientes preguntas en relación a la

dimensión Neuroticismo y 9 están destinadas a constatar la actitud de veracidad o de falseamiento de respuesta.

Validez

Este instrumento tiene validez según criterio de jueces, se obteniendo un 0.65 de validez, siendo 2 jueces para la validación del instrumento.

Confiabilidad

En relación a la confiabilidad se realizó a través del Alfa de Cronbach siendo el puntaje de 0.95% siendo confiable el instrumento.

Ficha Técnica de Inventario de Pensamientos Automáticos

Nombre del instrumento	Test de pensamientos automáticos
Autor	Aaron Beck
Año	1967
Adaptado por (año)	1991, Ruiz y Lujan
No. de ítems	45 ítems
Ámbito de aplicación	Clínica
Aspectos que evalúa	Distorsiones cognitivas presentes en la persona
Edades de aplicación	A partir de los 15 años de edad
Dimensiones	Filtraje Pensamiento Polarizado Sobre generalización Visión catastrófica Personalización Etiqueta global Debería
Aplicación	Individual y colectiva
Duración	De 15 minutos aproximadamente.
Base Teóricas	Prueba sustentada en la Teoría de Inteligencia emocional propuesta por Salovey y Mayer

Niveles y rangos	Nunca pienso en eso (0)
	Algunas veces lo pienso (1)
	Bastantes veces lo pienso (2)
	Con mucha frecuencia lo pienso (3)

Validez

Este instrumento fue validado según KMO y Bartlett y los resultados demuestran que es mayor a 0.70 por lo tanto indica la existencia de validez para evaluar los factores necesarios.

Confiabilidad

La confiabilidad del IPA demuestran que existe un nivel de confiabilidad para lo cual se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach siendo el puntaje de 0.956.

Ficha Técnica del Test de Habilidades Sociales de Goldstein

Nombre del instrumento:	Escala de Habilidades Sociales
Autor	: Arnold Goldstein et al.
Año	: 1978
Adaptado por (año)	: 1994-95, Ambrosio Tomas
No. de ítems	: 50 ítems
Ámbito de aplicación	: Clínica, educativa y organizacional
Aspectos que evalúa	Habilidades sociales
Edades de aplicación	: Niños y adultos
Dimensiones	: Habilidades sociales básicas Habilidades sociales avanzadas Habilidades relacionadas con los sentimientos Habilidades alternativas a la agresión Habilidades para hacer frente al estrés Habilidades de planificación
Aplicación	Individual y colectiva.
Duración	De 15 a 20 minutos aproximadamente.
Base Teóricas	Prueba sustentada en el análisis factorial
Sistema de calificación	La puntuación máxima a obtener en un ítem es 5 y el valor mínimo es 1. Lo cual nos permitirá conocer en qué medida

el sujeto es competente o deficiente en el empleo de una habilidad social, de igual forma cual es el déficit que presenta.

Niveles y rangos

Inferior (53)

Bajo (De 54 a 62)

Promedio (De 63 a 72)

Alto (De 73 a 81)

Superior (De 82 a 90)

Validez

Este instrumento utilizo la validez obteniendo una correlación positiva y altamente significativa a un nivel de $p < 0.0001$ con la escala total de habilidades sociales (prueba de test – retest) es decir, todas contribuyen de una manera altamente significativa a la medición de las habilidades sociales.

Confiabilidad

El análisis de la confiabilidad se realizó por medio de la consistencia interna, mediante le estadístico de Alfa de Cronbach obteniendo un nivel de significancia de 0,9244 en el estudio piloto.

2.5.3. Evaluación Psicológica

Historia psicológica

Datos de Filiación

Nombres y apellidos : Luz

Lugar y Fecha de Nacimiento : Huánuco

Edad : 28 años

Sexo : Femenino

Nivel de Instrucción : Técnica Incompleto (3er ciclo de la carrera de secretariado ejecutivo).

Lugar de procedencia : Lince

Fecha : 10/03/2022

Motivo de consulta:

La Paciente refiere “no me siento bien”, no sé qué hacer porque me frustro cuando no puedo hablar en público, no puedo exponer en la universidad ni en cualquier lugar donde hay más de 5 personas, no puedo expresar mi opinión frente a un grupo de personas, pienso que “se burlaran de mí”, “me bloqueo y a veces pido disculpas y me retiro”. Luz presenta problema de timidez desde la época de su niñez, descalificación por parte de su madre, bullying en su época escolar y abandono del padre a los dos meses de nacida. Presenta el colon irritable y asma.

Problema actual

Luz de 28 años de edad, al momento de exponer en clase en su centro de estudio, siente ansiedad 10/10, miedo 10/10, frustración (9/10), ruborización, sudoración palmar, sensación de ahogo, en ese instante se enreda al hablar, titubea y piensa ¿”por qué me bloqueo”?, “se burlarán de mí”, “sentirán lastima por mí” ¿”Por qué no puedo superar esto”?, de ahí que termina leyendo porque no puede realizarlo espontáneamente, Esto se repite dos veces al mes.

En el aspecto laboral; frente a sus compañeros de trabajo, el jefe solicita a Luz exponer sobre las estrategias para mejorar la atención a los usuarios, en ese instante sintió ansiedad 9/10, tristeza 8/10, frustración 9/10, experimentando tensión corporal, mareos, dolor de cabeza, sudoración palmar y pensó “tengo miedo a equivocarme” “pensarán que soy incapaz”, “voy a quedar mal”, ante esta situación Luz pide disculpas a su jefe pidiendo exponer en otra oportunidad porque tenía mareos y dolor de cabeza, su jefe lo acepta y ella siente alivio y calma al evitar dicha situación.

En su contexto familiar, durante una reunión de vecinos, el dirigente le pidió a Luz que apoye con un discurso en la próxima reunión. Luz acepta, sin embargo, refiere que de tan solo pensar siente ansiedad 9/10, miedo 9/10, tensión muscular, dolor en la nuca, y se le presentan pensamientos como “si me equivoco y me expreso mal”, “si me da mareos quedaré mal ante todos”, “si tartamudeo o me bloqueo se reirán de mí”, “me dirán que no sirvo para nada” “creo

que soy inútil”, “creo que me ira mal”. Luz ha llegado a pensar que “es incapaz”, refiere que al faltar a la reunión sintió alivio, tranquilidad y dejó de sentir síntomas fisiológicos y emocionales. Esto se repite 3 veces por semana.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 7 años aproximadamente, Luz recuerda cuando su madre le envió a comprar el pan, perdió el dinero y lloro mucho, cuando le dijo a su madre, ella le pegó y le dijo que no quería hijas torpes.

A los 13 años de edad, cuando cursaba el nivel secundario, sus compañeros se burlaban de ella cuando tenía que exponer. Durante sus estudios secundarios en muchas oportunidades sus compañeros le realizaban bullying y a veces lo aislaban, ella se sentía nerviosa, triste, tenía cólera, salía del salón y se iba al baño a llorar por eso cada vez que se burlaban de ella al día siguiente no quería ir al colegio, pero su madre la obligaba. Cada vez que obtenía notas bajas su madre la comparaba con su prima delante de sus tías, diciéndole eres tonta, nunca serás inteligente como tu prima y ella sentía tristeza, vergüenza y pensaba “que vergüenza, soy una tonta y lloraba”.

Cuando cursaba el primer ciclo en el centro de estudio en tres oportunidades le tocó exponer, pero no podía realizarlo, solo leía y a veces titubeaba, sentía ansiedad, y temblores en las manos y se mordía las uñas y pensaba “seguro que se están burlando de mi”, “voy a ser la comidilla de todos”.

En el segundo ciclo evitaba exponer en clase, pero le tocó por sorteo en dos oportunidades, en una oportunidad lo leyó y en la segunda le pidió a su compañera que exponga por ella y sintió alivio.

El día que llega a la consulta manifiesta que hace un mes le tocó exponer, pero ella tenía mucho temor y no aceptó. Se siente muy cansada de esta situación y quiere cambiar, quiere

lograr exponer espontáneamente sin titubear, sin tener dolor de cabeza, y saber expresarme como lo realizan las demás compañeras de su centro de estudios.

Historia personal

Embarazo

Sin complicación hasta los 9 meses.

Perinatal

Lactancia exclusiva hasta los 6 meses, y destete al año.

Desarrollo psicomotor

Lenguaje, motricidad, control de esfínteres normal según su etapa evolutiva.

Enfermedades y/o Accidentes

Luz, refiere no haber tenido enfermedades, salvo algunas caídas sin complicaciones.

Niñez

Usuaría manifiesta que desde niña fue tímida, solo su tía la animaba a ser más fuerte, manifiesta que tiene colon irritable, alergia y asma. Durante su infancia era tímida, no tenía iniciativa para iniciar una conversación, le gustaba mirar televisión, pero su madre le prohibía, cuando sus primas venían a visitarla jugaba con ellas, pero su madre le reclamaba, le gritaba que era ociosa cuando no realizaba las tareas de la casa y la comparaba con su prima.

Relaciones interpersonales:

Manifiesta que en la actualidad tiene dos amigas, que casi no las ve por falta de tiempo. Cuando su pareja la invita a acudir a alguna reunión social, ella se niega porque no tiene tiempo piensa “primero debo esforzarme en tener mi carrera después disfrutaré”. A lo largo de su vida han existido numerosas situaciones donde ha reaccionado con ansiedad y temor desproporcionados en relación a la situación social que vivía, tal como el hecho de evitar asistir a una reunión por temor a que tenga que expresarse ante los demás.

Trabajo

Actualmente trabaja en una empresa de logística, manifestando que, aunque es sacrificado sabe que más adelante tendrá sus frutos. Manifiesta que en el trabajo también tiene problemas para expresarse, cuando le toca hablar delante de todos sus compañeros ella lo esquiva. Cuando suceden errores laborales, tiende a culparse y a sentirse mal, a veces piensa “creo que por mi culpa ha salido todo mal”, siente dolor en la nuca y cefalea.

Sexualidad

Refiere que no recibió información sobre el sexo en casa. Recuerda que la madre le decía que se cuide de las enfermedades y de los embarazos. Indica que aprendió en el colegio, cuando en 2do año de secundaria un profesor les dio información general Actualmente tiene un hijo y vive con su esposo Reconoce que su vida sexual está desarrollada en un nivel de satisfacción 7/10.

Educación religiosa

Su familia es católica, ha recibido todos los sacramentos, iba a misa esporádicamente, participa de retiros espirituales que le enseñan mucho sobre la paz espiritual. Actualmente ha empezado a participar de las celebraciones religiosas, esporádicamente cuando tiene problemas.

Historia familiar

Padre: Manuel, de 48 años de edad, su grado de instrucción es secundaria completa, ocupación chofer, religión católica. Se caracteriza por ser una persona poco comunicativa, autoritario y ser impulsivo, mostrando una actitud bastante machista. La relación con la paciente se mantuvo inexistente dado que la abandono a los dos meses de nacida, sin embargo, a la edad de 15 años, él retorna y le pidió perdón, mostrando arrepentimiento. Actualmente se visitaban, y a mejorado su actitud a la fecha.

Madre: Carolina, con 45 años de edad, grado de instrucción secundaria incompleta, su ocupación es ama de casa, religión católica. Se caracteriza por ser una persona poco expresiva,

bastante renegona, autoritaria, impulsiva en algunas ocasiones, exigente, irritable, con muchos prejuicios, de igual forma hacendosa y trabajadora. En cuanto a la relación con la paciente, ha mejorado notablemente, puesto que antes su conducta era autoritaria, maltratándola física y psicológicamente. Actualmente la madre le ha pedido perdón a su hija, dado que ha comprendido su inadecuado accionar esto sucedió a raíz del nacimiento de su nieto. Actualmente su actitud es positiva frente a su hija, apoyándola en el cuidado de su nieto, sin embargo, no ha modificado su personalidad reservada.

Otras personas que integran la familia

Abuela: Mercedes, de 72 años de edad, fallecida, sin instrucción, su ocupación ama de casa, de religión católica. Se caracteriza por ser muy alegre y solidaria, en cuanto a la relación con la paciente, refiere que el vínculo ha sido muy fuerte, mostrando mucho cariño y respeto por Luz.

Historia de pareja

Aparentemente no tiene grandes problemas con su pareja, solo a veces discuten por temas de dinero, pero se soluciona el problema. Manifiesta que tuvo muchos pretendientes antes de tener a su hijo.

Diagnostico Funcional

Conductas en exceso

- ✓ Cognitivas: “Tengo miedo a equivocarme”, “pensarán que soy incapaz”, “se burlarán de mí” y “creo que soy inútil”.
- ✓ Emocionales: ansiedad (10/10), miedo (10/10) y frustración (9/10), ruborización (9/10), tristeza (8/10),
- ✓ Fisiológico: tensión corporal, mareos, dolor de cabeza, sudoración palmar, tensión muscular y dolor cervical.

Conductas debilitadas

- ✓ Postergar las exposiciones en clase
- ✓ Evitar las reuniones sociales y de trabajo

Conductas en déficits

- ✓ Habilidad para entablar conversaciones
- ✓ Capacidad para decir No
- ✓ Asertividad para expresar lo que piensa, siente y cree

Tabla 1

Análisis funcional

Ed	C	Er
Exponer frente a sus compañeros de su centro de Estudios	Leer en vez de exponer	Siente alivio porque leyendo avanza su exposición y cumple con la tarea académica de exponer.
Exponer un informe frente a sus compañeros de trabajo	Posterga la exposición del informe	Siente alivio cuando su jefe le acepta postergar la exposición del informe.
Cuando se le solicita apoyar dando un discurso frente a sus vecinos	Evita ir a la reunión	Siente alivio y tranquilidad

Tabla 2*Análisis cognitivo*

A	B	C
Exponer frente a sus compañeros de su centro de estudios	“¿Por qué me bloqueo?”, “se burlarán de mí” “sentirán lastima por mí”, “¿por qué no puedo superar esto?”.	Ansiedad (10/10), miedo (10/10), frustración (9/10) y ruborización (9/10) Al no poder exponer opta por leer
Exponer un informe frente a sus compañeros de trabajo	“No creo que lo haga bien”, “tengo miedo a equivocarme”, “pensarán que soy incapaz”.	Frustración (9/10), ansiedad (9/10), tristeza (8/10) Pide disculpas
Cuando se le solicita apoyar dando un discurso frente a sus vecinos	“¿Y si me equivoco?”, “si me dan mareos, quedaré mal ante todos”, “si tartamudeo o me bloqueo se reirán de mí”, “me dirán que no sirvo para nada”, “creo que soy inútil”.	Cólera (8/10), impotencia (9/10) Decide faltar a la reunión

Diagnóstico Tradicional*Criterios según el DSM V para el trastorno de ansiedad social*

- 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, ser observado y actuar delante de otras personas.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente 6 o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico Corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Criterios según el CIE -11 para el trastorno de ansiedad social

- A. El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un temor o ansiedad marcados y excesivos que suceden sistemáticamente en una o varias situaciones sociales como las interacciones sociales (por ejemplo, tener una conversación), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo) o hacer algo antes otros (por ejemplo, dar un discurso). El individuo se preocupa por actuar de una manera, o por mostrar síntomas de ansiedad, que serán evaluados negativamente por otros. Las situaciones sociales son evitadas sintomáticamente o

soportadas con un temor o ansiedad intensos. Los síntomas persisten durante al menos varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

2.5.4. Evaluación psicométrica

<i>Resultados del test de matrices progresivas de Raven</i>			
	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnostico
Capacidad intelectual	50	50	Término medio

<i>Resultados del test de personalidad de Eysenck</i>			
Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnostico
Extraversión			Tendencia a la Introversión
Neuroticismo			la Estabilidad
Psicoticismo			Tendencia al Ajuste conductual
Mentiras			eba se valida

<i>Resultados del test de pensamientos automáticos</i>			
N°	Pensamiento automático	Efecto emocional	
1	Interpretación del pensamiento	3	
2	Visión catastrófica	3	
3	Etiqueta Global	3	

<i>Resultados del test de habilidades sociales</i>		
N°	Habilidades para desarrollar	Efecto emocional
1	Defender sus derechos	
2	Pensar en la posición de otros y luego en la propia	
3	Bromear	
4	Pedir ayuda cuando tiene alguna dificultad	
5	Autocompensarse	

Informe Psicológico del Test de matrices progresivas de Raven

Datos de filiación

Nombre : Luz
Edad Actual : 28 años
Grado Escolar : Técnico Incompleta/Secretariado Ejecutivo.
Fechas de Evaluación : 24/08/2022
Examinadora : Lic Miriam Paipay Casas

Motivo de consulta

Aplicación del test de matrices progresivas de Raven para determinar la categoría intelectual de la usuaria.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Test de Matrices de Raven

Observaciones Generales

Descripción del ambiente: El lugar en donde se llevó a cabo la evaluación presenta una buena iluminación, está ordenado, ventilado y en buen estado de conversación.

Descripción física del paciente: La evaluada presenta 28 años de edad, de sexo femenino, de tez trigueña y de contextura delgada. Cabe resaltar que la evaluada mantiene un adecuado arreglo personal, su vestimenta estaba acorde con su edad, en buen estado de conservación y limpieza.

Observación de la Conducta.

La evaluada se presentó a la evaluación aseada y arreglada. La prueba se realizó en la mañana, su estado de ánimo fue adecuado, al realizar la prueba se mostró bastante interesada y concentrada para el desarrollo de la prueba.

Resultados

<i>Resultados del test de matrices progresivas de Raven</i>			
	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnostico
Capacidad intelectual	50	50	Término medio

Luz mostró, seguridad al momento de resolver el Test de Raven; asimismo no presento dudas durante la realización, dado que pudo seguir las indicaciones establecidas al principio, resolviéndolo en 35 minutos. Su puntaje obtenido fue de 50 respuestas correctas, presento un percentil de 50 la que la ubica en el Rango III con un diagnóstico de capacidad intelectual promedio. Teniendo en cuenta que la discrepancia debe ser no mayor a 2, la prueba resulto consistente.

Conclusiones

La evaluada ha alcanzado un nivel de Inteligencia Promedio, rango III, es decir presenta una adecuada capacidad de deducción de las relaciones, asimismo tiende a ser veloz para comprender las ideas.

Recomendación

Luz, resolvió con facilidad la prueba, logrando 50 respuesta correctas, sin embargo, se recomienda fortalecer dichas habilidades para lograr mejoras en la comprensión de las ideas.

.....

Lic Miriam Paipay Casas

Psicóloga

Informe Psicológico del Inventario de Personalidad de Eysenck

Datos de filiación:

Nombre : Luz
 Edad Actual : 28 años
 Grado Escolar : Técnico Incompleta/Secretariado Ejecutivo
 Fechas de Evaluación : 24/02/2021
 Examinadora : Lic Miriam Paipay Casas

Motivo de consulta:

Perfil Psicológico.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

Resultados:

<i>Resultados del test de personalidad de Eysenck</i>			
Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión			Tendencia a la Introversión
Neuroticismo			Tendencia a la Estabilidad
Psicoticismo			Tendencia al Ajuste conductual
Mentiras			Tendencia a no mentar

Interpretación:

Extraversión:

Luz presenta una personalidad con tendencia a la introversión, es decir, se muestra reservada, le gusta más de la actividad intelectual que la práctica, concentrándose en sus actividades laborales, se desempeña como secretaria ejecutiva en una empresa logística y se organiza para cumplir con sus responsabilidades laborales, es ordenada, primero piensa, luego

actúa en relación a tomar decisiones laborales sin embargo; esto se ve limitado cuanto le solicitan que brinde su punto de vista frente a un público. Ocasionalmente presenta tendencia a la introversión cuando tiene que relacionarse con sus pares, solo tiene dos amigas, sin embargo, no acepta salir con ellas a reuniones por temor, ya que piensa que se “burlaran de ella”.

Neuroticismo:

Luz, es una persona serena, ecuánime, pausada en las actividades que realiza; se muestra inestable cuando tiene que exponer ante un público, esta actitud le limita tomar adecuadas decisiones en su campo laboral y por ende su crecimiento profesional, personal y familiar, es tolerante frente a sus compañeros/as de trabajo, sin embargo; cuando se presentan conflictos ella prefiere evitar la situación, por lo que opta no dialogar ni aclarar las cosas, esto le ha impedido seguir creciendo como trabajadora.

Psicoticismo:

Se ajusta a las reglas sociales y familiares

Conclusiones:

- Características de personalidad introvertida
- Neuroticismo con sistema nervioso central limitado para manejo emocional.
- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares

Recomendaciones:

- Entrenamiento en competencia personales y sociales.
- Mejoramiento de control emocional.
- Mantenimiento de conductas sociales y familiares exhibidas.

.....

Lic Miriam Paipay Casas

Psicóloga

Informe Psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos

Datos de filiación:

Nombre : Luz
 Edad Actual : 28 años
 Grado Escolar : Técnico Incompleta/Secretariado Ejecutivo
 Fechas de Evaluación : 24/02/2021
 Examinadora : Lic Miriam Paipay Casas

Motivo de Consulta:

Identificación de los pensamientos automáticos.

Técnicas e instrumentos aplicados:

- Entrevista psicológica
- Inventarios de Pensamientos automáticos.

Resultados:

<i>Resultados del test de pensamientos automáticos</i>			
N°	Pensamiento automático		Efecto emocional
1	Interpretación	del	3
2	pensamiento		3
3	Visión catastrófica		3
	Etiqueta Global		3

La evaluada presenta una puntuación de 3, que corresponde a un efecto emocional bajo, en los pensamientos automáticos (interpretación del pensamiento, visión catastrófica y etiqueta global), emociones negativas que afecta su vida personal, laboral y familiar.

Interpretación:

Luz, en su área laboral presenta situaciones complicadas con sus dos compañeras que en un principio fueron sus amigas, con una frecuencia de dos veces por mes, esta situación se

produce porque nunca acepta salir con ellas, frente a ello, sus ex amigas le hacen quedar mal delante de su equipo de trabajo como también delante de su jefe, sin embargo, ella no se defiende. Asimismo, se muestra muy ansiosa cuando le invitan a exponer delante del grupo, evadiendo de la situación y mostrándose triste y piensa “¿por qué me bloqueo?”, piensa “se burlarán de mi” “creo que soy una inútil”, “pensarán que soy incapaz”. La evaluada presenta una interpretación de pensamiento negativo, asimismo un pensamiento de etiqueta global y una visión catastrófica, lo cual le genera mucha ansiedad, frustración y tristeza afectando su desarrollo personal, familiar y social.

Conclusiones:

- La examinada se desenvuelve en su vida cotidiana con el pensamiento automático de interpretación del pensamiento, etiqueta global y visión catastrófica.

Recomendaciones:

- Aplicar reestructuración cognitiva al pensamiento automático.

.....

Lic Miriam Paipay Casas

Psicóloga

Informe Psicológico del Test de Habilidades Sociales de Golsdtein

Datos de filiación:

Nombre : Luz
Edad Actual : 28 años
Grado Escolar : Técnico Incompleta/Secretariado Ejecutivo
Fechas de Evaluación : 24/02/2021
Examinadora : Lic Miriam Paipay Casas

Motivo de Consulta:

Evaluación de las habilidades sociales.

Técnicas e Instrumentos aplicados:

- Entrevista psicológica
- Lista de chequeo de habilidades sociales de Golsdtein

Resultados:

Las competencias personales para hacer frente al estrés a desarrollar con Luz son las siguientes:

- Resolver la vergüenza

Luz es secretaria ejecutiva de una empresa logística en donde viene desempeñándose hace aproximadamente 4 años, Evaluada padece dificultades cuando sus dos compañeras que en un principio fueron sus amigas le ignoran y tratan de opacarla ya que no se relaciona con el grupo, no acepta reuniones ni salida, esto se da cada dos veces al mes, asimismo cuando el jefe le indica que expongas las propuestas frente al equipo de trabajo, siente ansiedad, miedo y se muestra con el rostro rojo y nerviosa, sin embargo, no lo supera después de varios minutos, evadiendo dicha responsabilidad ante su jefe, diciendo “que tonta fui”, “soy una inútil”, ella refiere que aún le es difícil manejar esta situación.. En cuanto a su relación con sus familiares y amigos que no son de sus centros laborales de igual forma evade cualquier situación que conlleve exponer o hablar en grupos, ella piensa “se burlaran de mi”, “¿Y si me equivoco?”, “si

me dan mareos quedaré mal ante todos”, “si tartamudeo o me bloqueo se reirán de mí”, “me dirán que no sirvo para nada”, sin embargo no enfrenta esta situación por lo que limita su desarrollo integral.

- Responder a una acusación.

Luz siempre busca escapar de las situaciones complicadas a nivel laboral esta situación ha pasado durante el mes dos veces aproximadamente, frente a esto ella opta por callarse a pesar de las acusaciones que le increpan sus compañeras, no tomándolo en cuenta, esto ocurre solo en su centro laboral, luego se arrepiente y dice “soy una tonta “. En varias situaciones sus compañeras le han acusado de ciertas decisiones tomadas dentro del equipo y que por ello las cosas han salido mal. Luz opta por observarlas, se sonroja, mencionando que “porque me bloqueo “, si yo trabajo con mucha dedicación y profesionalismo, pero estas actitudes de mis compañeras me hacen queda mal frente a mi jefe, sin embargo; mi jefe en muchas ocasiones busca evitar dichas situaciones porque conoce mi trabajo, refiriendo en varias oportunidades aproximadamente 3 veces durante el año, que debería aclarar con mis compañeras la situación que me provocan malestar.

- Prepararse para una conversación difícil

Para Luz abordar conversaciones en el trabajo es una tarea muy difícil esto se da en caso que el jefe le indica que tiene que exponer delante del equipo de trabajo las propuestas que ha evaluado, a fin de que se tome las decisiones más acertadas, siendo difícil realizarlo, por el contrario, lo evita, presentando el trabajo de manera física mas no exponiendo delante del grupo para conocimiento de todos. Luz piensa “que esto no es para ella ya que le es muy difícil intervenir “ y siempre termina produciéndole malestar como dolor de cabeza, tensión corporal, mareos, sudoración palmar, tensión muscular y dolor cervical, esto sucede cada vez que tiene que exponer o entablar relaciones con sus pares.

Conclusiones:

- Problemas para enfrentar emociones como la vergüenza frente a situaciones complicadas expones, entablar relaciones.
- Dificultad para responder acusaciones dentro de su dinámica laboral.
- Limitaciones para enfrentar una conversación difícil sin ser dañada.

Recomendaciones:

- Desarrollar un programa para manejar el estrés frente a situaciones complicadas y por ende mejorar sus competencias, relaciones interpersonales y manejos de emociones.

.....

Lic Miriam Paipay Casas

Psicóloga

2.5.5. Informe Psicológico Integrado**Datos de filiación:**

Nombre : Luz

Edad Actual : 28 años

Grado Escolar : Técnico Incompleta/Secretariado Ejecutivo

Fechas de Evaluación : 24/02/2021

Examinadora : Lic Miriam Paipay Casas

Motivo de Evaluación:

Perfil psicológico

Técnicas e Instrumentos aplicados:

- La entrevista psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck – Forma B
- Inventario de pensamientos automáticos de Beck
- Lista de chequeo de habilidades sociales de Golsdtein

Resultados:

Test: Personalidad de Eysenck

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	10	25	Tendencia a la Introversión
Neuroticismo	6	30	Tendencia a la Estabilidad
Psicoticismo	4	50	Tendencia al Ajuste conductual
Mentiras	2	10	La prueba se valida

Test: Pensamientos automáticos de Beck

N°	Pensamiento automático	Efecto emocional
1	Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mi...	3
2	Visión catastrófica: “Va a suceder esto...” (que suele ser lo peor)	3
3	Etiqueta global: ¡Qué torpe soy!	3

Test: Habilidades Sociales de Goldstein

Competencias personales-sociales a desarrollar
o Relaciones Interpersonales
o Resolver la vergüenza
o Auto-recompensarse
o Negociar
o Tomar decisiones

Interpretación:

Se desenvuelve en una familia casi matriarcal debido a que el padre estuvo ausente, dado que abandono a Luz a las dos semana de nacida, la relación entre sus padres ha mejorado notablemente, con la madre era conflictiva, sin embargo; la madre ha comprendido la situación y la viene apoyando, con el padre actualmente es adecuada desde que le pidió perdón, en cuanto

a la relación con su pareja es adecuado, presentando pequeño conflictos por temas económicos, el cual es resuelto de manera inmediata. Luz a los 28 años, presenta problemas para entablar conversaciones, relaciones interpersonales y sobre todo exponer de manera adecuada en su centro de estudio y en su contexto laboral y familiar. Luz muestra mucha inseguridad dado que desde pequeña ha sufrido bullying y desestimación por parte de su madre, todo ello obedece a su poca capacidad para tomar decisiones, establecer relaciones interpersonales, poca iniciativa, conformista y no se proyecta hacia el futuro,

Luz presenta características de personalidad introvertida, es decir, retraída socialmente, reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, poca capacidad para manejar sus emociones, no se relaciona con las demás personas, evitando salidas con sus pares, por temor a que la cuestionen o juzguen, presenta adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares.

Por otro lado, es, muy ansiosa, insegura, vulnerable a los acontecimientos externos adversos, debido a que presenta un sistema nervioso central lábil, convirtiendo dichas experiencias en “traumas psicológicos”, aprendiendo a evitar y escapar de situaciones similares por sentir niveles altos de ansiedad, mostrándose aprensiva de algunos problemas pasados y preocupada de la “inminencia” de problemas futuros. Ello se evidencia cuando experimenta miedo y ansiedad frente a: grupos sociales, reuniones, pares de su entorno laboral o de su dinámica familiar, dado que no puede exponer cuando asiste a su centro de estudio, no puede entablar conversación de manera positiva y asertiva, ya que siente que se bloquea, tartamudeando, instaurándose en ella una ansiedad para exponer y/o expresar sus ideas, así como para entablar conversaciones.

Luz vivencia pensamiento como interpretación de pensamientos, frente a su situación de no poder exponer o entablar adecuadas relaciones con sus compañeros y/o pares, ella interpreta que el resto se burla de ella y que va a quedar mal, asimismo presenta una visión catastrófica, “si me dan mareos, quedaré mal ante todos”, “si tartamudeo o me bloqueo, se

reirán de mí”, de igual forma piensa que “creo que soy inútil”. “tengo miedo a equivocarme”, “pensarán que soy incapaz”, “voy a quedar mal.”, “se burlarán de mí”, “sentirán lástima por mí”, todo ello obedece a un pensamiento de etiqueta global.

La examinada le cuesta entablar relaciones interpersonales, cuando sus compañeras de trabajo le invitan a una reunión, ella se queda callada y busca evitar a las personas y situaciones dado que muestra mucha ansiedad para conversar o exponer ideas, Afirma, que esta situación le provoca vergüenza ya que tiene temor a equivocarse. Refiere que le cuesta negociar con su familia o compañeras del trabajo, por lo que prefiere callarse y aceptar sin objetar ni proponer alguna condición mutua. Generalmente cuando tiene que tomar decisiones muestra mucha inseguridad dado que no expone sus dudas frente a una situación dada y/o contexto. Presenta un estado de ansiedad social muy significativo, lo que permite indicar que es una persona con dificultades para relacionarse de manera satisfactoria, de manera emocional experimenta intolerancia a la ansiedad, provocándole malestar cuando se encuentra con grupos sociales, o cuando le refieren que exponga en su centro universitario o proponga ideas en su centro laboral. Presenta problemas de asertividad debido a que no sabe expresar lo que desea frente al grupo, generándoles sentimiento de culpa, tristeza y temor a las críticas.

Conclusiones:

- Características de personalidad introvertida
- Neuroticismo con sistema nervioso central lábil
- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares
- Presenta pensamientos automáticos de: Interpretación, Visión Catastrófica y Etiqueta Global
- Evita relaciones donde tiene que relacionarse o exponer ideas.
- Presenta 3 Inhabilidades sociales

Recomendaciones:

- Explicación de su característica de personalidad introvertida, resaltando que no es bueno ni malo.
- Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)
- Mantenimiento de conductas sociales y familiares exhibidas.
- Reestructuración cognitiva a las creencias irracionales
- Reestructuración cognitiva al pensamiento automático de “Interpretación de pensamiento, visión catastrófica y etiqueta global”
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a situaciones para ella aversivas. A través de técnicas de exposición: imaginal, virtual, en vivo.
- Entrenamiento en competencias personales consecuentes con una filosofía de vida “primero yo, después tú”. A través del ensayo conductual, comunicación asertiva e incremento de la autoestima.
- Desarrollar un programa de habilidades sociales para mejorar sus competencias interpersonales.

Lic. Miriam Paipay Casas

Psicóloga

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de Intervención y calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participantes	Técnicas de tratamiento
1,2 y 3	1/10/2022	1 hora	Semanal	Paciente	Evaluación pre – intervención
	15/10/2022	1 hora	Semanal	Paciente	1era fase: Psicoeducación
	18/10/2022	1 hora	Semanal	Paciente	2da fase: Entrenamiento asertivo
	20, 24, 30 de octubre	1 hora			
4,5, 6 y 7	2022 y 4 de nov de 2022	hora/1:30 horas	Semanal	Paciente	Entrenamiento Terapia Cognitiva se detalla ABC
	8, 14, 20 y 26 de nov de 2022	1 hora/1:30 horas	Semanal	Paciente	3era fase: Entrenamiento de relajación y desensibilización sistémica. - Exposición
12	30/11/2022	1:30 horas	Semanal	Paciente	4ta fase: Entrenamiento de relajación
	5/12/2022				
13 y 14	y 12/12/2022	1 hora	Semanal	Paciente	Entrenamiento en habilidades sociales Evaluación post intervención
TOTAL : 14 sesiones					

2.6.2. Programa de intervención

Sesión	Objetivo	Técnicas	Actividad
1, 2 y 3	Psicoeducar a la paciente en el Modelo Cognitivo Conductual sobre Ansiedad Social	Entrevista Psicoeducación Técnica de Relajación	Auto registro Elaborar Auto registros Practicar Técnica de relajación
		Reestructuración Cognitiva	Revisar el registro de actividades diarias
4, 5, 6 y 7	Eliminar pensamientos automáticos "no puedo", "soy una inútil", "soy una cobarde", "soy una fracasad" y "se burlarán de mi" ante situaciones sociales de evitación, a través de la reestructuración cognitiva	Técnica de Relajación Psicoeducación	Auto registro Prácticas de ejercicio de relajación Auto registro Auto registro

			Registrar las distorsiones cognitivas
		Terapia Cognitiva Conductual	Realizar registro de distorsiones cognitivas ABC Realizar el registro del ABCDE Exposición a primeras situaciones ansiógenas Practicar la relajación
		Técnicas de Relajación	Realizar registro de distorsiones cognitivas ABC Practicar la técnica de auto instrucciones. Exposición
8, 9, 10 y 11	Disminuir las conductas emocionales de ansiedad, miedo, frustración y tristeza ante situaciones sociales de evitación a través de la técnica de relajación y desensibilización sistémica	Técnica de auto instrucciones Reestructuración Cognitiva Escala de Niveles de Ansiedad Técnicas de Desensibilización Sistémica-Imaginería	Practicar conductas asertivas Practicar técnica de desensibilización sistémica Practicar la técnica de exposición en vivo
12	Eliminar las conductas fisiológicas de tensión corporal, mareos, dolor de cabeza, sudoración palmar y tensión muscular a través de técnicas de relajación	Técnicas de Relajación	Practicar ejercicios de tensión y distensión de los músculos Exposición Utilización de recursos Practicar conductas asertivas Auto registro Exposición Practicar Técnica de relajación Utilizar recursos adquiridos Exposición
13 y 14	Incrementar las conductas de interacción social en una mujer adulta con ansiedad social a través del desarrollo de las habilidades sociales	Técnicas de Habilidades Sociales	Utilizar recursos adquiridos Practicar en situaciones sociales Utilizar recursos adquiridos Aplicar instrumentos utilizados en la evaluación de entrada

2.7. Procedimiento

Se inicia las sesiones terapéuticas en el marco del modelo cognitivo conductual, utilizando los instrumentos y técnicas con sus respectivas fichas técnicas. El tratamiento se estableció con 14 sesiones terapéuticas, con una duración de 60 minutos aproximadamente y una periodicidad de una vez por semana, sin embargo, dentro del contrato terapéutico se estipuló que si se presentara alguna contingencia se incluiría las sesiones necesarias.

El tratamiento tuvo una duración de cinco meses, desde la primera entrevista hasta la evaluación final, las sesiones fueron divididas en: Evaluación Pretratamiento, Evaluación propiamente dicha (historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades) y la Intervención propiamente dicha. Estos procedimientos y actividades fueron registrados en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad.

La Intervención Terapéutica, utilizo la técnica de desensibilización sistemática, dado su efectividad en otros estudios permitiendo reducir el nivel de ansiedad. Se indica que en el estudio Luz, ve reforzada sus problemas cuando evita o logra escapar cada vez que se encuentra frente a estímulo que le provocan ansiedad, frente a ello se le brinda la explicación de cuáles son los estímulos que genera la ansiedad y cómo reacciona ella (evade o evita) frente a la situación a fin lograr tranquilidad. Se evaluó el caso y se le explico a la paciente que tiene que empezar a enfrentar las situaciones de le provocan ansiedad, entrenándola en la técnica de desensibilización sistémica, acompañando de la técnica de relajación, al inicio fue de manera imaginaria y poco a poco, dependiendo del avance, fue haciendo frente a la situación real.

La paciente recibió el entrenamiento respectivo para iniciar la terapia de desensibilización, con la imaginación y en la medida de su avance fue aplicándose el problema real, se recalca sus avances en cuanto al problema de exponer en público y el de las interrelaciones sociales, fueron reforzado.

Para completar las terapias se indago en la paciente que actividades recreativas eran las que más le agradaban, recomendándole que debe frecuentarlas dado que le genera tranquilidad. En las terapias, Luz vio cambios en su problema, al igual que su familia, amigos, y su entorno, permitiendo continuar con el tratamiento de manera más asertiva.

El procedimiento terapéutico se realiza en función de los objetivos propuestos, reforzando de manera constantes los progresos, cada indica que en el contrato terapéutico se indicó a la paciente que el proceso al inicia es bastante difícil sin embargo con el transcurrir de las sesiones y cumplimiento de lo indicado iba a mejorar y sobre todo sentirse segura intervenido efectivamente en su ámbito familiar, laboral y social.

2.8. Consideraciones Éticas

En el presente estudio de caso, se utilizaron investigaciones científicas y libros académicos, lo que permitió realizar un estudio integral. Se indica que para la intervención se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, participando de manera voluntaria y remarcando la confidencialidad del caso, asimismo se le informo el objetivo del estudio, las condiciones y los instrumentos a aplicarse. El estudio se realiza según los resultados obtenidos, sin plagio, sin modificación alguna y respetando los lineamientos de la Universidad.

III. Resultados

3.1. Análisis de resultados

Línea Base de Entrada, primera semana, paciente presenta las siguientes conductas disfuncionales:

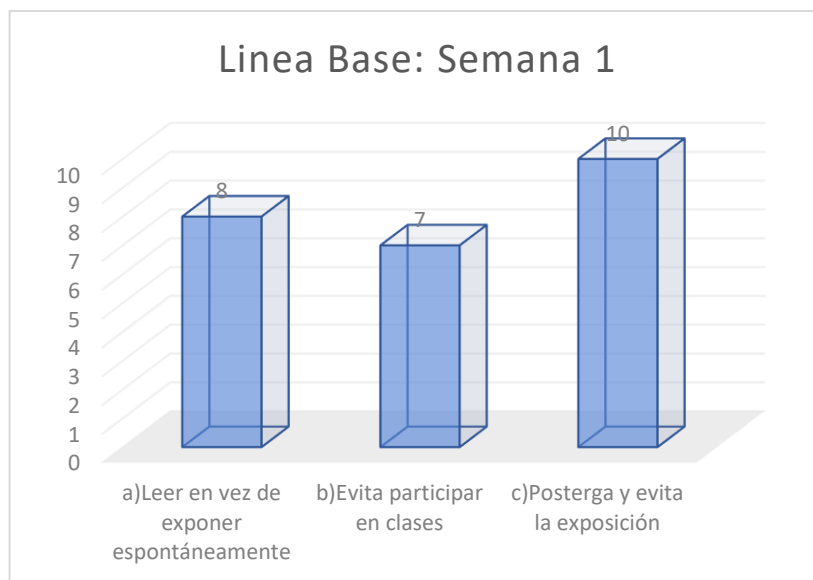
- Leer en vez de exponer: 9 veces durante la semana
- Evita participar en clase: 7 veces por semana
- Evita y postergar una exposición: 10 veces

Tabla 3

Línea Base de Registro de Conductas - Fase A

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Leer en vez de exponer espontáneamente	1	1	1	1	1	2	1	8
b) Evita participar en clases	1	1	1	1	1	1	1	7
c) Posterga y evita la exposición	2	1	2	2	1	1	1	10

En la Tabla 3, se aprecia que la paciente, Luz, presenta tres conductas disfuncionales, apreciándose que diez (10) veces ha presentado la conducta de postergar y evitar las exposiciones en un periodo de una semana, esto lo realiza porque le hacía sentir tranquilidad y reducir su ansiedad, pidiendo al profesor que lo postergue para que se prepare adecuadamente, seguidamente se observa que ocho (8) veces la paciente ha presentado conductas de leer en vez de exponer, esto se producía cuando le solicitaba que exponga frente a sus compañeros/as, conllevando a que le produzca ansiedad, finalmente se aprecia que siete (7) veces la paciente durante una semana presentaba la conducta de evitar participar en clases, ya que tenía temor a que sus compañeros/as se burlen de ella, buscando siempre una justificación frente al profesor. Se presume que las conductas manifestadas por Luz, es debido a que no puedan controlar su ansiedad, generándole intranquilidad y malestar lo que le limita su adecuado desenvolvimiento y desarrollo personal.

Figura N°1*Línea Base de Registro de Conducta*

En la figura 1, se puede indicar que en la línea base, semana 1, existe tres conductas disfuncionales predominante, postergar y evitar la exposición efectuado diez (10) veces, luego leer en vez de exponer espontáneamente realizada (8) ocho veces, seguido de evitar participar en clase realizadas (7) siete veces. Todas estas conductas son debido a la ansiedad presentada, por temor a exponer en público, y a que se burle de ella.

Tabla 4

Frecuencia de la Conducta ansiosa en el Pre y Post Test (Fases A y B)

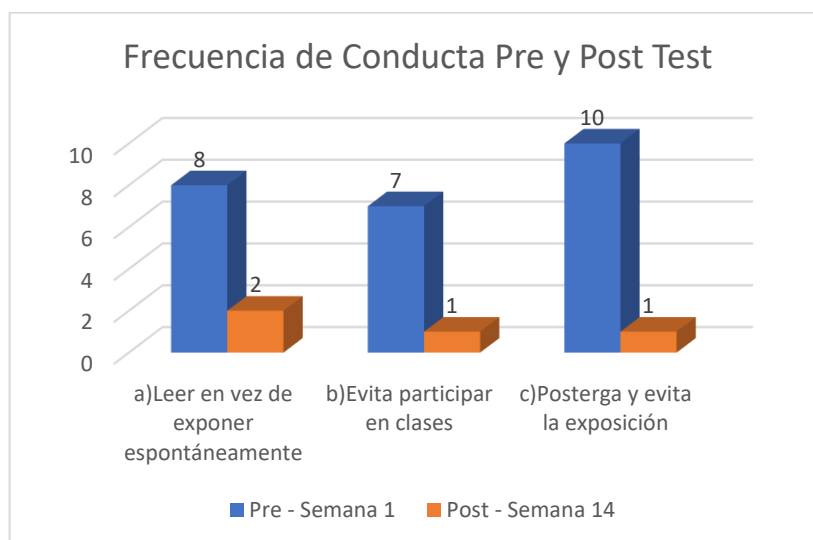
Conductas	Pre - Semana 1	Post - Semana 14
a) Leer en vez de exponer espontáneamente	8	2
b) Evita participar en clases	7	1
c) Posterga y evita la exposición	10	1

En la Tabla 4, se observa la frecuencia de la conducta ansiosa antes y después de la intervención, mencionando que hay una marcada disminución después de las 14 semanas, siendo los resultados finales de las conductas trabajadas dos (2) y (1) respectivamente. Estos

resultados permiten indicar que la intervención del programa propuesto fue positiva, cabe mencionar que aún falta un mínimo por disminuir, conducta que esperamos que reduzca paulatinamente en la media que continúen con las recomendaciones brindadas.

Figura 2

Resultados de frecuencia de conductas en el pre y post test (Fases A y B)



En la Figura 2, se puede indicar que la frecuencia de conducta ha reducido significativamente, después del tratamiento, dado que por lo general los pacientes con conductas ansiosa, después del tratamiento van asumiendo de manera asertiva los estímulos que le generan ansiedad, permitiéndole superar hablar en público, fortaleciéndose día a día con un adecuado programa de intervención.

Tabla 5

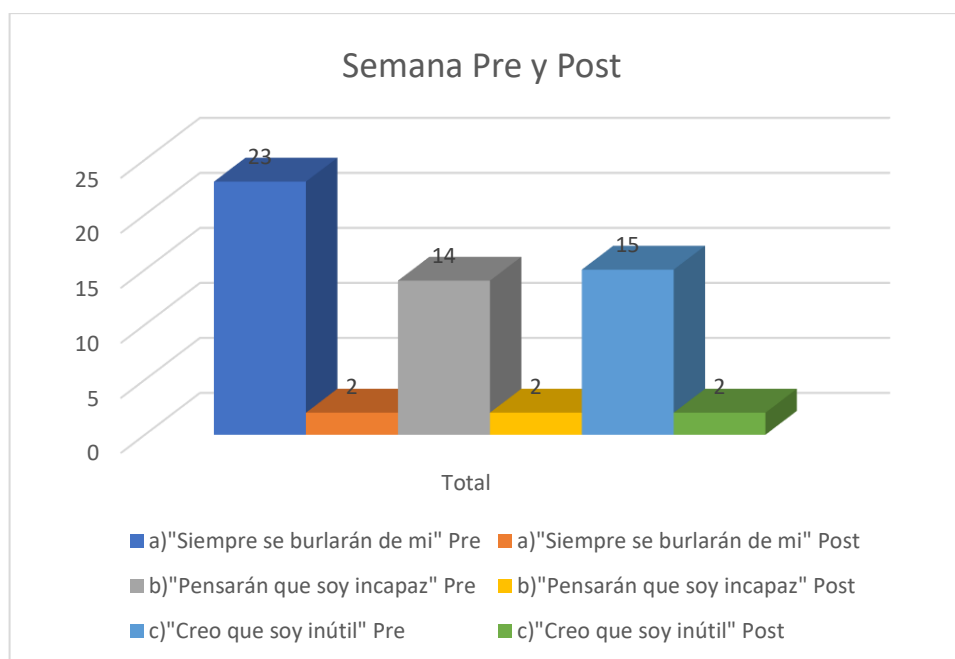
Registro de Frecuencia de Pensamientos Irracionales de la paciente Pre y Post Intervención

Conductas/Problemas	Periodo	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a)"Siempre se burlarán de mí"	Pre	5	4	2	3	3	5	1	23
	Post	1	0	0	0	1	0	0	2
b)"Pensarán que soy incapaz"	Pre	2	2	2	2	3	2	1	14
	Post	1	0	0	0	1	0	0	2
c)"Creo que soy inútil"	Pre	2	2	2	3	3	2	1	15
	Post	1	0	0	0	1	0	0	2

En la Tabla 5, se observa el registro de frecuencia de pensamientos irracionales de la paciente antes y después de la intervención. Se puede observar que el tipo de pensamiento “siempre se burlarán de mí”, durante el período de una semana, presenta una frecuencia de veintitrés (23), reduciendo significativamente a dos (2) después de la intervención. En razón al pensamiento “pensarán que soy incapaz”, se apreció una disminución de catorce (14) a dos (2). Finalmente, el pensamiento irracional “creo que soy inútil” presenta una misma reducción significativa que el pensamiento anterior.

Figura 3

Resultados comparativos de frecuencia de los pensamientos irracionales en pre y post intervención



En la figura 3, se puede indicar que el tratamiento establecido para la paciente en cuanto a sus pensamientos irracionales ha sido efectivo, asimismo se ha evidenciado que la paciente ha seguido las recomendaciones, lo que ha contribuido significativamente en la reducción de los pensamientos irracionales, siendo necesario el seguimiento respectivo a fin de eliminar las

conductas, con el fortalecimiento del tratamiento.

Tabla 6

Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones Pretest y Postest

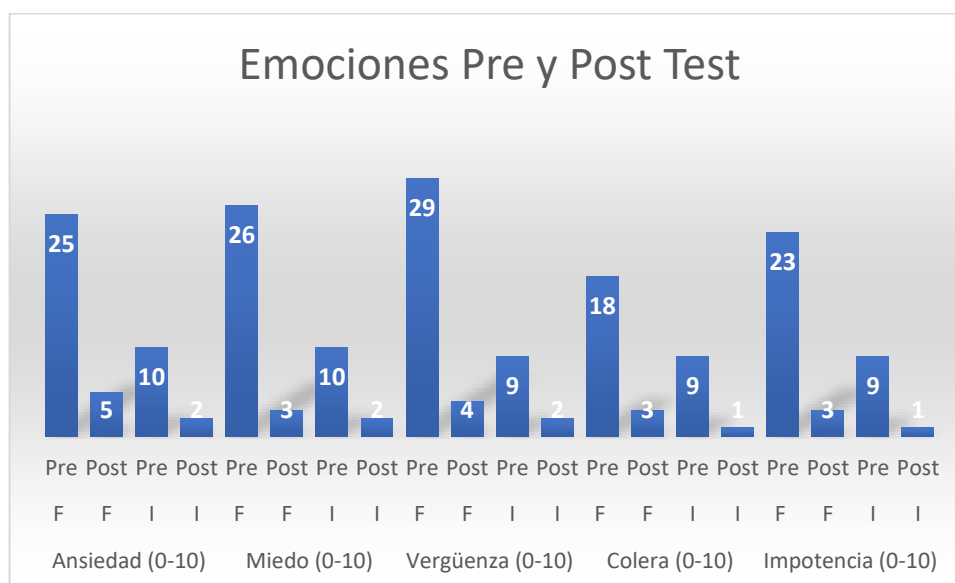
Conducta/Problema	Frec/Int	Periodo								Total
			Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Promedio
Ansiedad (0-10)	F	Pre	5	4	4	3	5	3	1	25
	F	Post	1	1	1	1	1	0	0	5
	I	Pre	10	10	10	10	10	10	3	10
	I	Post	2	0	2	2	1	2	1	2
Miedo (0-10)	F	Pre	5	4	5	3	6	2	1	26
	F	Post	1	1	1	0	1	0	0	3
	I	Pre	10	9	10	10	10	10	10	10
	I	Post	2	2	2	2	2	2	1	2
Vergüenza (0-10)	F	Pre	5	5	6	7	5	7	8	29
	F	Post	1	0	1	1	1	0	0	4
	I	Pre	9	9	9	9	9	8	7	9
	I	Post	2	2	2	2	2	2	1	2
Cólera (0-10)	F	Pre	5	7	7	6	5	6	4	18
	F	Post	1	0	1	0	1	0	0	3
	I	Pre	9	9	9	8	9	9	9	9
	I	Post	1	1	1	1	1	1	1	1
Impotencia (0-10)	F	Pre	5	6	5	5	7	6	6	23
	F	Post	2	2	1	0	0	1	0	3
	I	Pre	9	9	8	9	9	9	7	9
	I	Post	1	1	1	1	1	1	0	1

En la Tabla 6, se aprecia que se disminuyó de manera significativa la frecuencia de la conducta ansiosa durante las semanas de tratamiento, siendo los resultados: pre:25 y post:5, de igual forma se redujo el nivel de intensidad (pre 10, post 2), en relación al miedo se visualiza una disminución en la frecuencia (pre:26 y post:14) así como en la intensidad (pre:10 y post:2), en razón a la vergüenza se reduce la frecuencia (pre: 29 y post:4) como en la intensidad (pre:9 y post:2), en la cólera disminuye la frecuencia (pre:18 y post:3) así como en la intensidad

(pre:9 y post:1) en lo que respecta a la impotencia se refleja disminución de la frecuencia presentado en la pre:23 y en el post:3, en cuanto a la intensidad también hay una reducción de pre: 9 a post: 1. De los resultados, se menciona que dado al compromiso y disposición de la paciente, así como el establecimiento de un adecuado programa de intervención ha permitido la mejora significativa de la paciente en cuanto a sus emociones, manejándolo actualmente de una manera más asertiva, siendo fortalecido por la familia, así como su entorno más cercano.

Figura 4

Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones pretest y postest



En la figura 4, se puede ver la mejora de las emociones al inicio y al final del tratamiento, evidenciándose una reducción significativa y positiva para el adecuado desarrollo de la paciente.

Tabla 7

Resultados de la prueba de pensamientos automáticos Pre y Post

N°	Pensamiento automático	Efecto emocional
1	Interpretación del pensamiento	3
2	Visión catastrófica	3
3	Etiqueta Global	3

Luz, en su área laboral presenta situaciones complicadas con sus dos compañeras que

en un principio fueron sus amigas, con una frecuencia de dos veces por mes, esta situación se produce porque nunca acepta salir con ellas, frente a ello, sus ex amigas le hacen quedar mal delante de su equipo de trabajo como también delante de su jefe, sin embargo, ella no se defiende. Asimismo, se muestra muy ansiosa cuando le invitan a exponer delante del grupo, evadiendo de la situación y mostrándose triste y piensa “¿por qué me bloqueo?”, piensa “se burlarán de mi” “creo que soy una inútil”, “pensarán que soy incapaz”. La evaluada presenta una interpretación de pensamiento negativo, asimismo un pensamiento de etiqueta global y una visión catastrófica, lo cual le genera mucha ansiedad, frustración y tristeza afectando su desarrollo personal, familiar y social.

Tabla 8

Resultados del Registro de opiniones de Ellis Pretest y Postest

Escala	Creencia Irracional	Pretest	Postest
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno	5	3
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles	5	3
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenados o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada	3	3
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran	5	3
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos	3	3
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando	3	3

En la Tabla 8, se observa una reducción de las creencias irracionales de la paciente desde el inicio al finalizar el tratamiento en las escalas A “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”, B “Debemos ser absolutamente competentes,

inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” y D “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”, presentando en el pre test un puntaje de 5 y en el post test un puntaje 3, por el contrario se ha mantenido en la escala C “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenados o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, E “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos” y F “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”(Pre 3 y Post 3).

Estos cambios indica que la paciente ha mejorado su mirada en cuanto a sus creencias, presentando creencias más racionales y una intervención más asertiva que permite un desenvolvimiento adecuado.

Tabla 9

Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

Nº	Habilidades para desarrollar	Efecto emocional
1	Defender sus derechos	
2	Pensar en la posición de otros y luego en la propia	
3	Bromear	
4	Pedir ayuda cuando tiene alguna dificultad	
5	Autocompensarse	

Resolver la vergüenza

Luz es secretaria ejecutiva de una empresa logística en donde viene desempeñándose hace aproximadamente 4 años, Evaluada padece dificultades cuando sus dos compañeras que en un principio fueron sus amigas le ignoran y tratan de opacarla ya que no se relaciona con el grupo, no acepta reuniones ni salida, esto se da cada dos veces al mes, asimismo cuando el jefe le indica que expongas las propuestas frente al equipo de trabajo, siente ansiedad, miedo y se

muestra con el rostro rojo y nerviosa, sin embargo, no lo supera después de varios minutos, evadiendo dicha responsabilidad ante su jefe, diciendo ‘‘que tonta fui’’, ‘‘soy una inútil’’, ella refiere que aún le es difícil manejar esta situación. En cuanto a su relación con sus familiares y amigos que no son de sus centros laborales de igual forma evade cualquier situación que conlleve exponer o hablar en grupos, porque se bloquea y se siente mal, ella piensa ‘‘se burlaran de mi’’, ‘‘¿Y si me equivoco?, ‘‘pensaran que soy incapaz’’, sin embargo, no enfrenta esta situación por lo que limita su desarrollo integral.

Responder a una acusación.

Luz siempre busca escapar de las situaciones complicadas a nivel laboral esta situación ha pasado durante el mes dos veces aproximadamente, frente a esto ella opta por callarse a pesar de las acusaciones que le increpan sus compañeras, no tomándolo en cuenta, esto ocurre solo en su centro laboral, luego se arrepiente y dice ‘‘soy una tonta ‘‘. En varias situaciones sus compañeras le han acusado de ciertas decisiones tomadas dentro del equipo y que por ello las cosas han salido mal. Luz opta por observarlas, se sonroja, mencionando que ‘‘porque me bloqueo ‘‘, si yo trabajo con mucha dedicación y profesionalismo, pero estas actitudes de mis compañeras me hacen queda mal frente a mi jefe, sin embargo; mi jefe en muchas ocasiones busca evitar dichas situaciones porque conoce mi trabajo, refiriendo en varias oportunidades aproximadamente 3 veces durante el año, que debería aclarar con mis compañeras la situación que me provocan malestar.

Prepararse para una conversación difícil

Para Luz abordar conversaciones en el trabajo es una tarea muy difícil esto se da en caso que el jefe le indica que tiene que exponer delante del equipo de trabajo las propuestas que ha evaluado, a fin de que se tome las decisiones más acertadas, siendo difícil realizarlo, por el contrario, lo evita, presentando el trabajo de manera física mas no exponiendo delante del grupo para conocimiento de todos. Luz piensa ‘‘que esto no es para ella ya que le es muy

difícil intervenir ‘ y siempre termina produciéndole malestar como dolor de cabeza, tensión corporal, mareos, sudoración palmar, tensión muscular y dolor cervical, esto sucede cada vez que tiene que exponer o entablar relaciones con sus pares.

3.2. Discusión de los resultados

La ansiedad social es un problema que afecta a muchas personas, en este estudio se ha planteado como objetivo general que la paciente pueda disminuir los niveles de ansiedad social que le genera al realizar exposiciones en su ámbito académico y laboral, así como fortalecer las conductas de interacción social, en una mujer adulta, a través de la terapia cognitivo conductual, lo que se busca es a través de un tratamiento de 14 sesiones, la paciente mejore su problema en cuanto a la ansiedad social y por consiguiente se pueda desarrollar e interrelacionar adecuadamente.

El estudio de caso devela que al concluir el tratamiento se ha logrado una disminución significativa en la sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad social de la paciente representando el 82%, cabe indicar que las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas en el presente caso han sido adecuadas, resultados similares al de Rojas, encontró que al efectuar una intervención con la terapia cognitiva conductual en una mujer adulta de 28 años de edad con problemas de fobia social logro una disminución del nivel de ansiedad, reducción de pensamiento, emociones y comportamientos disfuncionales para la paciente, de igual forma Mendoza, encontró en su estudio que al aplicar el tratamiento cognitivo-conductual adaptando distintas técnicas a las características de la usuaria: entrenándole en la relajación progresiva de Beck, reestructuración cognitiva y exposición graduada, se logró una intervención eficaz según la evaluación pre y post tratamiento y el seguimiento correspondiente, según Montero, encontró en un estudio sobre ansiedad social en una joven de 20 años de edad, con problemas de una elevada ansiedad ante la exposición, después de la intervención con la técnicas cognitivo-conductual, psicoeducación, relación, exposición en imaginación y en vivo, que el tratamiento

ayudo a reducir sus niveles de ansiedad, como la mejora en los temas de asertividad y temor a la evaluación negativa.

En relación a los objetivos específicos, en el primer objetivo se brindó psicoeducación a la paciente en el modelo Cognitivo Conductual sobre la ansiedad social, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva ABCDE, los autorregistros, etc. En cuanto al objetivo general se logró la aplicación de la terapia cognitivo – conductual, de manera efectiva, evidenciando en el registro pre test y post test realizado a la paciente, lo cual se puede indicar que la paciente presenta mayor seguridad para enfrentar sus miedos que le limitan avanzar y desenvolverse adecuadamente.

En cuanto al segundo objetivo que es eliminar pensamientos automáticos “no puedo”, “soy una inútil”, “pensarán que soy incapaz” y “se burlarán de mi” ante situaciones sociales de evitación, a través de la reestructuración cognitiva, se aplicó de manera adecuada reduciendo significativamente los pensamientos negativos, es decir la paciente a través de análisis de sus pensamiento se concientizo optando por pensamientos más racionales y funcionales que le han permitido desenvolverse adecuadamente. Resultados similares al de Diaz, demostró que se realizó una evaluación utilizando el modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad, la intervención ha permitido disminuir la activación fisiología y sobre todo tener la capacidad para identificar pensamientos catastróficos y debatirlos, asumiendo la situación de una manera más asertiva, de igual forma resultados similares al de Delannays, refiere que la terapia cognitiva-conductual produce mejoría a aquellos síntomas que tienen raíces emocionales y permite confrontar experiencias ansiógenas, también se utilizó la técnica de Autoobservación, para identificar los pensamientos irracionales, lo que permitió que la paciente aprenda gradualmente a cambiar sus pensamientos rígidos a pensamientos más flexibles, de la misma forma resultados similares a de Vera, encontró en su estudio de caso de fobia social, que las prescripciones directas en la forma de una desensibilización sistemática permitieron que la

paciente se vaya enfrentando progresivamente a situaciones temidas logrando afrontarlas con éxito, reforzando la confianza en ella misma. fuerte lazo terapéutico entre paciente y terapeuta, el uso de la influencia personal y el mostrar un interés real por el paciente hizo que la terapia tuviera el éxito esperado.

En relación al tercer objetivo que es disminuir las conductas emocionales de ansiedad, miedo, frustración y tristeza ante situaciones sociales de evitación a través de la técnica de relajación y desensibilización sistémica. Resultados similares a de Cabaña, arrojo en su estudio de caso único de fobia social, indicando que se logró eliminar las respuestas de escape o evitación, la metodología utilizada fue multicomponentes, con técnicas de relajación y estrategias cognitivo – conductuales para el afrontamiento. La técnica fue la exposición en vivo, las auto instrucciones para evita pensamientos negativos, obteniendo que la intervención fue positiva, logrando la eliminación del problema con el apoyo de 5 sesiones en el espacio de dos meses. De la misma forma resultados similares a la de Sotelo, encontró que el tratamiento redujo los síntomas ansiosos y que la terapia cognitivo-conductual demostró eficacia en el tratamiento para la fobia social tras una significativa disminución de la ansiedad y la depresión, ya que los ataques de pánicos mermaron considerablemente y ahora la paciente se muestra más sociable y asertiva con las demás personas, de igual forma con capacidad de expresar desacuerdos, reduciéndose la evitación y el aislamiento social.

En relación al cuarto objetivo que es “Eliminar las conductas fisiológicas de tensión corporal, mareos, dolor de cabeza, sudoración palmar y tensión muscular a través de técnicas de relajación”, se obtuvo como resultado que la paciente pueda realizar sus actividades de manera normal sin afectar los aspectos fisiológicos. Resultados similares al de Vera, encontró que a partir de la intervención utilizada en pocas semanas con la paciente se evidencian grandes cambios en la joven se extinguen los síntomas de activación fisiológica y realiza actividades por si misma fuera de la casa. Actualmente se encuentra retomando las relaciones con sus

antiguas amistades sin presentar problemas fisiológicos propios de la ansiedad social. Asimismo, resultados similares a lo de Riveros, demostró que al aplicar el tratamiento cognitivo-conductual en un caso clínico de fobia social e incluyendo autorregistro, entrenamiento en respiración controlada, relajación progresiva, restructuración cognitiva, exposición en vivo, y entrenamiento en habilidades sociales, en donde se desea comprobar los efectos de una intervención específica, para lo cual se utilizó el diseño univariable multicondicional ABA. Las puntuaciones obtenidas en las escalas post test indicaron una mejoría clínicamente significativa del paciente con problemas de fobia social.

En relación al quinto objetivo que es: “Incrementar las conductas de interacción social en una mujer adulta con ansiedad social”, se obtuvo como resultado mejora en sus relaciones sociales, logrando de esta manera un estado psicológico saludable. Resultados similares a de Requena, encontró que el abordaje cognitivo conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA, con dicha intervención logro que el paciente mejoró notablemente y puede desenvolverse adecuadamente tanto en el ámbito social como personal, pues ahora se desenvuelve mejor donde antes tenía el temor intenso a ser calificado en forma muy negativa. De la misma forma resultados similares a la de Sotelo, que encontró en su estudio de fobia social y terapia cognitiva, el tratamiento redujo los síntomas ansiosos y se evidenciaron cambios frente a la exposición en público y la interacción social. De ahí que se demostró que la terapia cognitivo-conductual presentó eficacia en el tratamiento para la fobia social, ya que los ataques de pánicos mermaron considerablemente y ahora la paciente se muestra más sociable y asertiva con las demás personas.

3.3.Seguimiento

Al concluir las catorce semana de intervención, la paciente refirió sentirse mejor, recalcando que viene aplicando los conocimientos adquiridos y aprendidos, así como las recomendaciones brindadas en cuanto a las tareas para la casa, fortaleciéndose y creciendo

como persona, permitiendo visualizar cambios como: exponer 5 veces, aunque no ha sido perfecto pero lo ha intentado y enfrentado a sus emociones y pensamientos negativos, según los datos estadísticos analizados se indica que la paciente a lograr superar su ansiedad en un 82%, manifestando la paciente que continuara aplicando lo aprendido para seguir perfeccionándose, finalmente se le brinda datos de contactos si requiere ayuda para seguir fortaleciéndose como persona.

IV. Conclusiones

- La Aplicación de las técnicas de psicoeducación han contribuido a que la paciente inserte los conocimientos científicos impartidos sobre la terapia cognitiva conductual vislumbrándose los resultados en la reducción de los síntomas de ansiedad.
- Se logró disminuir la conducta de evitación y postergación frente a las exposiciones de la paciente, por medio de la aplicación de la técnica de la desensibilización sistemática
- Las técnicas de reestructuración cognitiva han contribuido que la paciente modifique los pensamientos automáticos por pensamientos más adaptativos y saludables.
- Se logró disminuir las respuestas emocionales en la paciente como la ansiedad, miedo y frustración ante situaciones sociales, con el apoyo de la técnica de desensibilización sistemática.
- Se logró incrementar las conductas de interacción social como participar en clases, trabajar en grupo y realizar exposiciones sin optar por leer, frente a un grupo de personas, través de la técnica del modelado.

V. Recomendaciones

- Elaborar un programa de seguimiento para reforzar los resultados obtenidos de la intervención, como mantenimiento de pensamientos adaptativos y saludables, respuestas emocionales positivas, así como adecuadas conductas de interacción social, permitiendo un desarrollo exitoso a nivel personal, familiar y social de la paciente.
- Elaborar y enseñar estrategias de prevención de recaídas direccionado a la mejora continua.
- Identificar los pensamientos irracionales que se aparecen para debatirlos y modificarlos en pensamientos más adaptativos, utilizando las prácticas enseñadas en el tratamiento terapéutico.
- Utilizar las técnicas aprendidas, como las auto instrucciones, relajación, etc. cada vez que se presentan emociones y conductas negativas que limitan el desenvolvimiento adecuado del paciente.
- Realizar el seguimiento mensual, y posteriormente por un espacio de cada 6 meses, que le permita mantener y fortalecer los cambios obtenidos en la presente intervención.
- Realizar el seguimiento de manera mensual y luego por espacio de 6 meses, a fin de fortalecer las conductas de interacción social de la paciente, permitiendo su desarrollo de manera armoniosa en su contexto social.

VI. Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana, (2000). Manual Diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales. (5ª ed.). El Manual Moderno. Washington, APA. <https://doi.org/10.1002/9781119547174.ch198>.
- Ayuso, J. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. https://www.google.com.pe/books/edition/Trastornos_de_angustia/QW4XAQAAMA-AJ?hl=es&gbpv=1&bsq=inauthor:%22Jos%C3%A9+Luis+Ayuso+Guti%C3%A9rrez%22&dq=inauthor:%22Jos%C3%A9+Luis+Ayuso+Guti%C3%A9rrez%22&printsec=frontcover.
- Bados, A. (2001). Fobia Social. Síntesis. <https://www.trastornoevitacion.com/images/pdf/FOBIA%20SOCIAL%20-%20naturaleza-evaluacion-y-tratamiento-Arturo%20Bados.pdf>.
- Baldomero, E., & Roca, M. (2022). Respuesta y remisión en pacientes depresivos con síntomas de ansiedad tratados con venlafaxina retard en atención primaria. <https://medes.com/publication/21067>.
- Bados, A. (2009). Fobia social naturaleza, evolución y tratamiento. Editorial. Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación. Pearson. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, España: Descleé de Brouwer. <file:///D:/2DA/libros/tearapia%20coginitiva%20depression.pdf>.

- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North América*, 21, 457–478. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x.
- Castillo, O. (2000). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Tesis de segunda especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3489>.
- Castro, L. (1975). *Diseño experimental sin estadística. Usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta*. México DF: Trillas. file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/1792.pdf.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Síntesis. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>.
- Caballo, V., Salazar, I., García L., Irurtia, M. & Arias, B. (2014). *Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas*. Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6119225>.
- Caballo, V., Ellis, A., Lega, L. (2002). *Teorías y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Siglo Veintiuno. S.A. https://www.academia.edu/36833091/Terapia_Racional_Emotiva_Conductual_Una_versi%C3%B3n_te%C3%B3rico_pr%C3%A1ctica_actualizada_Leonor_Lega.
- Caballo, V., Salazar, I., Garrido, L., Irurtia, M. & Hofmann S. (2018). *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social*. Pirámide. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/04/09.Caballo-27-1EsAL.pdf>.

- Castañón, A. (2019). Intervención cognitivo conductual en estrés, ansiedad y depresión en usuarios de reproducción asistida. [Tesis de Post grado, Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez]. Repositorio Institucional UACJ. <http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5370/Tesis%20Ana%20Indira%20Casta%C3%B1n.pdf?sequence=3&isAllowed=>.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica. Bilbao, España: Descleé de Brouwer. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf.
- Craske, M. (2016). Anxiety The Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30381-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30381-6/fulltext).
- Díaz, A. (2021). Evaluación e Intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada, estudio de caso. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9659/ESTUDIO%20DE%20CASO%20UNICO%20TAG%20NI%C3%91O%20DE%2010%20A%C3%91OS-%20PAOLA%20ANDREA%20DIAZ%20ESCOBAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, N., Soto, H., & Ortega, G. (2016). Terapias cognitivas y psicología basada en la evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. Revista electrónica de estudiantes, 11(1), 19-38. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/24074/24202>.
- Diccionario de la Real Academia Española, (2019). “La ansiedad”. https://www.abc.es/bienestar/psicologia-sexo/abci-ansiedad-201909250938_noticia.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20Diccionario%20de%20la,inquietud%20o%20zozobra%20del%20C3%A1nimo.

- Durand, A. (2019). Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4071>.
- Ellis, A. (1999). Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted. Paidós. http://www.sinmiedoconducir.com/descargas/Como_controlar_la_ansiedad_antes_que_esta%20le_controle_a_Ud.pdf.
- Ellis, A. (2004). Las relaciones con los demás. Terapia del comportamiento emotivo racional: Manual del Terapeuta. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=248760>.
- Hernández, R. (2017). Metodología de la Investigación. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>.
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective Mutism. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26709680/>.
- Latas, M., et al. (2018). Psychiatrists' treatment preferences for generalized anxiety disorder. *Hum Psychopharmacol*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29266492/>.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. (2ª ed.). Siglo XXI.
- Marks, I. (1986). Tratamiento de neurosis. Barcelona: Martínez Roca. <https://www.iberlibro.com/TRATAMIENTO-NEUROSIS-TEORIA-PRACTICA-PSICOTERAPIA-CONDUCTUAL/12472921358/bd#&gid=1&pid=1>.
- Maina, G., Mauri, M., & Rossi, A. (2016). Anxiety and depression *Journal of Psychopathology*. <https://old.jpsychopathol.it/article/anxiety-and-depression/>.

Macias, M. (2022). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html#abstract](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html#abstr).

Moreno, M. (2020). Intervención Cognitiva Conductual en adultos con fibromialgia, depresión un ensayo aleatorizado. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7474869>.

Mera, C. (2015). Los trabajos más relevantes de la historia de la psicología en el siglo XXI. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Cádiz, Puerto Real, España.

Mendoza, H. (2020). Terapia cognitivo conductual aplicado a un adolescente con fobia social. [Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4902/UNFV_MENDOZA_ROJAS_HADA_GABRIELA_TITULO_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2020%20%281%20%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Ministerio de Salud. (2018). Lineamientos de la Política Pública Sectorial en Salud Mental. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>.

Minsa. (2018). Mediciones básicas en epidemiología. Lima. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2885.PDF>.

Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7(3), 847-862. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>.

Moreno, V., & Deus, J. (2016). Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España.

https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2016/169278/Informe_Victor_Moreno_1196727_DDD.pdf
f.

Morgan, D. (2011). Tesis para obtener título en Psicología Clínica, estudio de caso en joven de 18 años de edad con problemas de ansiedad.
<https://core.ac.uk/download/pdf/147381556.pdf>.

Muñoz, J., & Aplizar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*, 30(1), 40-47
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales, CIE-11.
[https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf).

Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa,
<https://www.redalyc.org/pdf/970/97020402002.pdf>.

Paredes, A. (2016). La Urgencia de la evidencia en Psicoterapia.
[file:///C:/Users/Miriam/Downloads/DialnetLaUrgenciaDeLaEvidenciaEnPsicoterapia-5759441%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Miriam/Downloads/DialnetLaUrgenciaDeLaEvidenciaEnPsicoterapia-5759441%20(1).pdf).

Pérez, A., Rodríguez, A., & Vargas, M. (2008). “Pioneros de los Modelos Mediacionales-Psicología Conductual”. Universidad del Rosario.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Perez_16-2oa.pdf

Prieto, M. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) y de la TCC focalizada en el trauma en infancia maltratada. Tesis doctoral no publicada, Universidad de

Murcia, España.

<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/373197/TMPL.pdf?sequence=1>.

Polo y otros (2011), Relación entre ansiedad ante los exámenes.

<https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552359004.pdf>.

Ramírez, M., Martínez, A., & Ávila, G. (2015). Estudio sobre: Detección de sintomatología de ansiedad social en caso único con un adolescente de Motul, Yucatán, México.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58187>.

Requena, F. (2019). Intervención cognitivo conductual para la Fobia Social en un varón adulto.

[Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio Institucional

UNFV.http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3450/UNFV_REQUENA_VILLARREAL_FREDDY_HECTOR_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Riveros, F. (2019). Estudio de caso clínico sobre fobia social en una adolescente.

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9734>.

Rojas, L. (2022). Intervención cognitivo conductual en fobia social en una mujer, Universidad

Nacional Federico Villarreal.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5926/TESIS%20ROJAS%20DELGADO%20LEYDI%20PAMELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo

conductuales. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>.

- Sánchez, J., Rosa, A., & Olivares, J. (1999). "Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española." *Psicothema*.
<https://www.psicothema.com/pii?pii=316>.
- Spielberger, C., Pollans, C., & Wordan, T. (1984). Anxiety disorders. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: John Wiley and Sons.
- Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva. Un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia* 10(2), 131-156.
<file:///C:/Users/gorki/Downloads/Dialnet-FobiaSocialYTerapiaCognitiva-7529910.pdf>.
- Taylor, P., Perry, A., Hunton, P., Tan, R., Fisher, N., Focone, C., ... Seddon, C. (2019). Cognitive Analytic Therapy for psychosis: A case series. *The British Psychological Society*, 92(3), 359-378. doi: 10.1111/papt.12183.
- Tobeña, A. (1997). *El estrés dañino*. Madrid: Aguilar.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=108878>.
- Tortella, M. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.
<https://www.calameo.com/read/0057950691ee13af74a99>.
- Toro, R. (2012), *Terapia cognitiva para fobia social*.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872012000200007&script=sci_abstract.
- Valles, A. (2005). *Intervención en adolescente con fobia social generalizada frente a los grupos de control activo y lista de espera*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144488>.

- Vélez, C. (2019). Artículo “Presencia dentro de mi propio cuerpo: Caso de Fobia Social. Universidad Católica Boliviana “San Pablo””.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200012.
- Vernon, A., & Doyle, K. (2018). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. New York, USA: American Counseling Assn.
https://behaviortherapy.com/?gclid=Cj0KCQjwoemBhCfARIsADR2QCu58w-8v8tnne-YwJ7GmMUwyugEoSjGKOkTDXbMpbFKb1eklem9bBgaAuDiEALw_wcB.
- Virues, R. (1976). *Revista Psicológica Científica, La Ansiedad*.
<https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>.
- Wolpe, J. (1976). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer (Original 1958). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=200977>.

VII. Anexos

Pruebas

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontraras una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala que se te presenta a continuación:

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

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK FORMA B – PARA ADULTOS

	Si	No
1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?		
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?		
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista “a la mano”, cuando la gente le habla?		
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?		
5. ¿Permanece usualmente retraído(a) en fiestas y reuniones?		
6. Cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?		
7. ¿Se enfada o molesta a menudo?		
8. Cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere “sacar los trapos al aire” de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?		
9. ¿Es usted triste, melancólico(a)?		
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?		
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?		
12. ¿Se pone a veces malhumorado(a)?		
13. ¿Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado(a) o confiado(a) a su buena suerte?		
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?		
15. ¿Le gusta trabajar solo(a)?		
16. ¿Se ha sentido a menudo apático(a) y cansado(a), sin razón?		
17. ¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?		
18. ¿Se ríe a veces de chistes groseros?		
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a), hartado(a), fastidiado(a)?		
20. ¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?		
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?		
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?		
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?		
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?		
25. ¿Le gustan las bromas?		
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?		
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?		
28. Cuando se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?		
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?		
30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?		
31. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?		
32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?		
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?		
34. ¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?		
35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?		
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?		
37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?		
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?		
39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?		
40. ¿Sufre de los nervios?		
41. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?		
42. ¿Deja algunas veces para mañana, Lo que debería hacer hoy?		
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?		
44. Cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?		
45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?		
46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?		
47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?		
48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?		
49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?		
50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?		
51. ¿Se mantiene usualmente hermético(a) o encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?		
52. ¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?		
53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?		
54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?		
55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando esta con sus superiores?		
56. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa usualmente que vale la pena intentarlo?		
57. ¿Siente “sensaciones” en el abdomen, antes de un hecho importante?		