



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON ANSIEDAD

SOCIAL

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

López Castilla, Rossmery Esperanza

Asesora:

Casquero Zaidman, Miriam

ORCID: 0000-0003-0214-481X

Jurado:

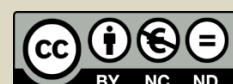
Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Peña Correa, Giovanna Britt

Campana Cruzado, Frey

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON ANSIEDAD SOCIAL

ORIGINALITY REPORT

24%

SIMILARITY INDEX

22%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

10%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1 repositorio.unfv.edu.pe 10%
Internet Source

2 hdl.handle.net 3%
Internet Source

3 Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal 2%
Student Paper

4 Submitted to Infile 2%
Student Paper

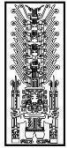
5 www.academia.edu 1%
Internet Source

6 recursosbiblio.url.edu.gt 1%
Internet Source

7 sifp.psico.edu.uy 1%
Internet Source

8 dspace.uazuay.edu.ec <1%
Internet Source

idoc.pub



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON
ANSIEDAD SOCIAL

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autora:

López Castilla, Rossmery Esperanza

Asesora:

Casquero Zaidman, Miriam

ORCID: 0000 – 0003 – 0214 – 481X

Jurado:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Peña Correa, Giovanna Britt

Campana Cruzado, Frey

Lima-Perú

2024

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a mis padres Feliciano, Vilma y hermanos por estar siempre presentes, por su cariño y apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi hija Arleth que gracias a ella aprendí a ser más fuerte, por ser mi motor y motivación para continuar con mis proyectos.

Agradecimiento

A Dios, quien con su bendición llena mis días de salud y mucha fortaleza para seguir con mis proyectos. A mi familia por siempre estar a mi lado.

A mi asesora Mirian Casquero Zaidman por sus enseñanzas, apoyo y comprensión en cumplir este trabajo

Expresar mi gratitud a mi paciente David, por concederme la autorización para que a través de su historia personal pueda aportar conocimiento en el abordaje de pacientes que padecen de ansiedad social.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen..... | ix |
| Abstract | x |
| I. INTRODUCCIÓN | 11 |
| 1.1. Descripción del problema..... | 12 |
| 1.2. Antecedentes | 14 |
| 1.2.1. Investigaciones Internacionales..... | 14 |
| 1.2.2. Investigaciones Nacionales | 15 |
| 1.2.3. Fundamentación de la variable dependiente y de la variable independiente..... | 18 |
| 1.3. Objetivos | 25 |
| 1.3.1. Objetivo General: | 25 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos:..... | 25 |
| 1.4. Justificación..... | 25 |
| 1.5. Impactos Esperados del trabajo académico..... | 26 |
| II. METODOLOGÍA | 27 |
| 2.1. Tipo y diseño de investigación..... | 27 |
| 2.2. Ámbito temporal y espacial..... | 28 |
| 2.3. Variables de la investigación..... | 28 |
| 2.4. Participante..... | 28 |

| | |
|---|-----|
| 2.5. Técnicas e Instrumentos | 299 |
| 2.5.1. Técnicas..... | 29 |
| 2.5.2. Instrumentos..... | 34 |
| 2.5.3. Evaluación Psicológica | 39 |
| 2.5.4. Evaluación Psicométrica | 46 |
| 2.6. Intervención psicológica | 59 |
| 2.6.1. Plan de Intervención y Calendarización..... | 59 |
| 2.6.2. Programa de intervención..... | 61 |
| 2.7. Procedimiento | 80 |
| 2.8. Consideraciones éticas | 82 |
| III. RESULTADOS..... | 83 |
| 3.1. Análisis de resultados..... | 83 |
| 3.1.1. Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social..... | 83 |
| 3.1.2. Inventario de Ansiedad de Beck | 83 |
| 3.1.3. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein..... | 84 |
| 3.1.4. Inventario de Pensamientos Automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan . | 85 |
| 3.2. Discusión de resultados..... | 91 |
| 3.3. Seguimiento | 92 |
| IV. CONCLUSIONES | 94 |

| | | |
|------|-----------------------|-----|
| V. | RECOMENDACIONES | 95 |
| VI. | REFERENCIAS | 96 |
| VII. | ANEXOS | 106 |

Índice de Tablas

| Nº | Título | Pág. |
|-----------|---|-------------|
| Tabla 1 | Análisis funcional | 51 |
| Tabla 2 | Análisis de triple columna ABC | 53 |
| Tabla 3 | Plan de intervención y calendarización | 57 |
| Tabla 4 | Fases de evaluación | 81 |
| Tabla 5 | Fases de intervención | 82 |
| Tabla 6 | Registro de la línea base de la semana 1 según presencia de pensamientos distorsionados | 86 |
| Tabla 7 | Registro de la línea base de la semana 1 según la intensidad de la ansiedad | 87 |
| Tabla 8 | Registro semanal en frecuencia de conductas problema | 88 |
| Tabla 9 | Línea de tratamiento por sesiones para pensamientos distorsionados | 89 |
| Tabla 10 | Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema | 90 |

Índice de Figuras

| Nº | Título | Pág. |
|-----------|--|-------------|
| Figura 1 | Pre y postest de la Escala de Ansiedad Social | 83 |
| Figura 2 | Pre y post test de la Escala de Ansiedad de Beck | 84 |
| Figura 3 | Escala de Habilidades Sociales de Goldstein | 85 |
| Figura 4 | Inventario de Pensamientos Automáticos de distorsiones cognitivas | 85 |
| Figura 5 | Registro de la línea base de la semana 1, según la intensidad de la ansiedad | 87 |
| Figura 6 | Registro semanal en frecuencia de pensamientos distorsionados | 88 |
| Figura 7 | Registro semanal en frecuencia de conductas problema | 89 |
| Figura 8 | Línea de tratamiento por sesiones para tratamiento distorsionados | 90 |
| Figura 9 | Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema | 91 |

Resumen

Objetivo: Se pretendió determinar el efecto de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual de un adulto de 26 años, con ansiedad social, presentando los siguientes síntomas como aceleración cardiaca, sudoración excesiva, mareos, dolores de cabeza y miedo de hablar con extraños o exponerse en público. **Método:** Se aplicó un programa psicoterapéutico de intervención cognitivo conductual (ICC), durante doce sesiones, que se llevaron a cabo en 4 meses. Los datos fueron recolectados por medio de una Historia Clínica, lo que sirvió de insumo para determinar las características de la ICC. El plan de intervención inició con un registro de pensamientos distorsionados y conductas frecuentes, sobre los cuales se brindó psicoeducación al paciente y se ejecutaron las técnicas propias de la ICC. El estudio se considera de tipo experimental, con evaluación pretest, seguido de la ICC y una evaluación post test. Por su parte, la variable independiente fue la ICC, mientras que la dependiente fue la ansiedad social. Como pruebas psicológicas se aplicaron la Escala de evaluación de Liebowitz, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Pensamientos Automáticos- Distorsiones Cognitivas y Escala de Habilidades Sociales. **Resultados:** Los resultados muestran una ansiedad alta en el post test que se redujo tras la aplicación de la ICC. **Conclusiones:** La mejora en los síntomas de ansiedad social fue significativa, principalmente en las conductas evitativas, así mismo, la reducción de distorsiones cognitivas y respuestas fisiológicas.

Palabras claves: Terapia cognitivo conductual, Intervención Cognitiva-Conductual, Ansiedad Social.

Abstract

Objective: The aim was to determine the effect of a Cognitive Behavioral Intervention Program on a 26-year-old adult with social anxiety, presenting the following symptoms: accelerated heart rate, excessive sweating, dizziness, headaches, and fear of talking to strangers or exposing himself in public. **Method:** A psychotherapeutic program of cognitive behavioral intervention (CBI) was applied during twelve sessions, which took place over 4 months. The data were collected through a Medical History, which served as input to determine the characteristics of CBI. The intervention plan began with a record of distorted thoughts and frequent behaviors, about which psychoeducation was provided to the patient and the CBI techniques were executed. The study is considered experimental, with a pretest evaluation, followed by the CBI and a posttest evaluation. The independent variable was the CBI, while the dependent variable was social anxiety. The psychological tests used were the Liebowitz Rating Scale, the Beck Anxiety Inventory, the Automatic Thoughts Inventory - Cognitive Distortions and the Social Skills Scale. **Results:** The results show a high level of anxiety in the post-test, which was reduced after the application of the ICC. **Conclusions:** The improvement in the symptoms of social anxiety was significant, mainly in avoidance behaviors, as well as the reduction of cognitive distortions and physiological responses.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive-Behavioral Intervention, SocialAnxiety.

I. INTRODUCCIÓN

Las sensaciones de ansiedad son comunes en la mayoría de las personas, al menos en una ocasión, pero los sujetos con un diagnóstico de trastorno de ansiedad pueden llegar a niveles más altos y frecuentes de miedo o preocupación. Estas emociones por lo general se acompañan de tensión a nivel físico, manifestaciones comportamentales y cognitivos que puede ser difícil mantener bajo control, causando niveles importantes de angustia, que perduran a través del tiempo cuando no son tratados, afectando o deteriorando la vida en sociedad, familia y trabajo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), indica que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes del mundo, se calcula que un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad, afectando a más de 301 millones de personas. La prevalencia es mayor en mujeres que en varones, siendo posible que los síntomas aparezcan a lo largo de la adolescencia o la infancia.

Dentro de estos trastornos, encontramos a la ansiedad social, que se caracteriza por un miedo persistente y una amplia variedad de situaciones sociales, en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras (American Psychological Association [APA], 2000). En la gama de situaciones sociales temidas se encuentran: exposición en clases, ir a reuniones sociales, participar en actividades o equipos deportivos, usar baños públicos, hablar ante figuras de autoridad o asistir a encuentros sociales informales (Beidel et al., 1999; García-López, 2007; Hofmann et al., 1999). La exposición a estas situaciones suele generar respuestas psicofisiológicas de ansiedad, tales como sentir un nudo en la garganta, ruborizarse, palpitations, sensación de desmayo, temblores, dolores de estómago, dolores de cabeza y en ocasiones ataques de pánico (Beidel y Turner, 1998; Kearney, 2005). Otras manifestaciones, que se han hallado particularmente en niños, por su etapa evolutiva, son el llanto, el tartamudeo o quedarse paralizado (Willetts y Creswell, 2007).

Por lo tanto, esta investigación busca describir el caso clínico de un hombre de 26 años que padece ansiedad social quien refiere tener *miedo a las críticas*, presentando síntomas ansiógenos como aceleración cardíaca, mareos, dolores de cabeza, problemas estomacales, sudoración palmar, que afecta su desenvolvimiento en sociedad y trabajo. Para obtener estos datos relevantes se procedió a realizar una minuciosa entrevista clínica. Asimismo, se corroboró mediante una evaluación psicológica para la confirmación diagnóstica y la formulación de una ICC. Tras dicha intervención, es posible notar la mejoría en lo referido a los pensamientos distorsionados.

En el primer apartado, se realiza una introducción al tema de la ansiedad social, describiéndose el problema y presentándose los antecedentes, tanto en lo nacional como en lo internacional. Aquí se encuentra, por añadidura, las secciones de fundamentación teórica, los objetivos terapéuticos, la justificación del estudio de caso y el impacto que se espera obtener a través del trabajo académico. En el segundo apartado, se abordan todos los aspectos metodológicos, lo que incluye la demarcación de tipo y diseño investigativo, determinación de variables, descripción de las características del caso de estudio, las técnicas e intervenciones a aplicar, los instrumentos para la evaluación psicológica y psicométrica, para cerrar con el calendario de ejecución, el programa de ICC, con su respectivo procedimiento y las consideraciones éticas. En el tercer apartado, se muestran los hallazgos del estudio, en términos de pre test y post test, seguido de la sección de discusión y el seguimiento del caso.

En cuanto a los hallazgos, se sugiere que a nivel de sociedad se realice programas de ICC para conseguir una mejoría en estos síntomas de ansiedad.

1.1. Descripción del problema

La salud mental, “es considerada a nivel mundial parte elemental del ser humano, lo cual contribuye de manera representativa a la calidad de vida y a una plena participación social” (Olivares et al., 2007, p. 89).

En España, estudios recientes indican que entre el 5% y el 12.06% de la población presenta el trastorno de ansiedad social (Gómez-Ortiz et al., 2016).

Los estudios epidemiológicos, han expuesto que el trastorno de ansiedad social es altamente prevalente en la etapa infantil y juvenil, llegando a ser considerado por autores como Albano y Detweiler (2001), como uno de los trastornos más diagnosticados en el ámbito clínico durante esta etapa vital (García-López et al., 2008). Etapa en la cual, los niños y jóvenes son constantemente examinados por sus pares, intentando responder de la manera que es esperada y convenida socialmente (Olivares et al., 2003), el no hacerlo, produce muchas veces una infravaloración personal en el autoconcepto social y en la autoestima, posiblemente con graves consecuencias para su desarrollo (Valles-Arándiga et al., 2014).

Un estudio realizado en Medellín - Colombia entre los años 2011 y 2012, con una muestra de 4 179 personas se expresaron los siguientes resultados: La prevalencia de vida de la fobia social en términos generales fue de un 4.07%, para el sexo femenino fue de 4.45% y el masculino de 3.47% (Muñoz y Alpízar, 2016).

La ansiedad social es considerada por el Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi" [INSM "HD-HN"], 2012) como la tercera más frecuente entre los trastornos psiquiátricos de nuestro país con un 2.9%, precedido por el Episodio Depresivo (7%) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (3%).

La Universidad San Ignacio de Loyola (USIL, 2021) indica que la ansiedad y la depresión afectan a 1 de cada 3 personas debido al confinamiento obligatorio decretado para hacer frente a la covid-19. De forma análoga, se puede notar que a nivel estadístico se ha dado un aumento de los casos de ansiedad en la población, y queda evidencia de que como resultado del periodo de pandemia muchos sujetos atravesaron crisis de ansiedad, derivadas del miedo al contagio, entre otros factores.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Investigaciones Internacionales

Reguera (2021, España) realizó una investigación denominada “Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con Fobia social de 21 años”. El objetivo principal de esta intervención fue mejorar las habilidades sociales, aumentar la confianza en sí mismo y reducir la ansiedad social. Para evaluar el progreso se utilizó una entrevista semiestructurada y una serie de instrumentos de evaluación, incluidos: SCL-90, STAI, CORE-OM y NEO- FII. Respecto a la intervención, se aplicó la psicoeducación, reestructuración cognitiva, práctica de conductas sociales, exposición a situaciones sociales vividas y entrenamiento en habilidades sociales. Como resultado se obtuvo la reducción de la ansiedad social temporal y rasgo, además de una reducción de los síntomas clínicos, mejora en el bienestar y funcionamiento general del estudiante.

Martínez et al., (2019, España) llevó a cabo el “Programa de intervención de orientación cognitivo-conductual dirigido a una mujer de 22 años”. El propósito fue implementar un plan de tratamiento de 16 sesiones y 2 de seguimiento. Para evaluar el progreso, se utilizaron herramientas de medición como la entrevista conductual de Fernández- Ballesteros, el Inventario de 90 síntomas Revisado (SCL-90 R), el Cuestionario de Salud General de Goldberg (CGHQ) y la Escala Breve de Fobia Social (BSPS). En el plan terapéutico se emplearon diversas técnicas, entre las que se incluyeron la psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y exposición. Los resultados obtenidos reflejaron una reducción en la sintomatología experimentada por la paciente.

Tran et al., (2021) realizó un estudio sobre la vergüenza situacional y su relación con la ansiedad social en adultos que tartamudean. Para esta investigación se tomaron en consideración 4 contextos en los que se medía el nivel de vergüenza. También se recolectó

información sociodemográfica, sobre el tartamudeo y la ansiedad. En cuanto a los hallazgos, se describió que un 65% de la muestra manifestó niveles altos de vergüenza al hablar en el contexto social y laboral, mientras que el 35.5% de la muestra lo sintió al tener que hablar en el contexto del hogar o con un sujeto importante para ellos. En ese sentido, se llegó a la conclusión de que los adultos con tartamudeo viven un nivel elevado de vergüenza cuando deben hablar en grupos sociales y en el trabajo, y en menor medida en los otros dos contextos.

Fajardo (2018), realizó una investigación titulada “Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con Fobia social de 15 años”, con el propósito de describir la efectividad en la intervención en un paciente con fobia social a partir de las estrategias del modelo cognitivo-conductual. Los instrumentos a utilizar fueron la observación, entrevista clínica, Escala de Estrategias de Coping Modificada (EECM), Inventario de Beck, Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP), Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-L2), Escala de desesperanza de Beck, Test de habilidades sociales (EMS) y en las 13 sesiones se aplicaron las técnicas de psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición gradual, reestructuración cognitiva y técnicas de autocontrol. Los resultados demostraron una reducción del miedo al hablar en público y ansiedad en entornos sociales. Por consiguiente, se reafirma la eficacia de la ICC, mostrado en otros casos clínicos.

1.2.2. Investigaciones Nacionales

Flores (2021) llevó a cabo un “Programa Cognitivo Conductual para reducir los síntomas de ansiedad social en adolescentes de cuarto año de secundaria de la ciudad de Chiclayo”. El programa se implementó en el colegio privado Juan Mejía Baca y benefició a un grupo de 50 adolescentes, entre mujeres y hombres. Constó de un total de 12 sesiones, de 60 minutos de duración cada una, en las que se aplicaron diversas técnicas de terapia

cognitivo-conductual. Estas técnicas incluían: Psicoeducación, establecimiento de contratos conductuales, musicoterapia, diálogo socrático, reestructuración cognitiva, exposición simbólica, entrenamiento en habilidades sociales, psicodrama, prácticas de relajación y respiración. Para evaluar los resultados del programa se utilizaron diversas herramientas, como encuestas, observación directa, evaluación de expertos y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados del estudio mostraron que los adolescentes pudieron controlar eficazmente su ansiedad social, adoptar estrategias de afrontamiento más saludables y superar gradualmente los pensamientos irracionales o disfuncionales. En conclusión, se puede afirmar que la ICC jugó un papel positivo en el manejo de la ansiedad social, lo que contribuyó al mejor desempeño de los adolescentes en su vida social y académica.

Laya (2018), titulada “Tratamiento cognitivo conductual para abordar la fobia social”. El objetivo principal de este estudio fue reducir la angustia psicológica asociada con la fobia social cambiando los pensamientos irracionales que conducían a conductas ansiosas. Este abordaje se centró en una niña de 10 años, donde se aplicó la entrevista psicológica, anamnesis y pruebas psicológicas como Escala de Inteligencia de Weschler WISC R, Inventario De Personalidad Eysenck Forma A, Cuestionario de Autoestima Escolar Coopersmith, Test de Depresión para niños CDS, Test Conociendo Mis Emociones, Cuestionario De Creencias Irracionales IBT, Cuestionario de ansiedad para niños IDARE STAI e incluyó varias técnicas como psicoeducación, diálogo expositivo, dramatización, resolución de problemas, relajación de los músculos abdominales y exposición imaginaria a situaciones reales. Los resultados mostraron que la paciente superó su miedo a las interacciones sociales diarias, ganó confianza y comenzó a participar en nuevas actividades sociales. Es así que se confirmó la eficacia de la ICC.

Huertas (2018) desarrolló una intervención titulada “Programa cognitivo-

conductual con un joven limeño de 27 años”. El principal objetivo de esta intervención fue mejorar el aspecto emocional del paciente, a través del reemplazo de las ideas distorsionadas por mejores ideas que le permitieran adaptarse a diversas situaciones de su vida personal, personal y familiar. La terapia se llevó a cabo en 19 sesiones, cada una con una duración de 45 minutos. Se utilizaron diversas técnicas y herramientas para desarrollar la intervención, como la observación psicológica, entrevista psicológica, el Cuestionario de Historia de Vida de Arnold Lazarus, el Inventario Clínico Multiaxial Millon II, el Inventario de Personalidad de Eysenck (Forma-B), el Inventario de Depresión de Beck II y STAI. En cuanto a las estrategias utilizadas en la intervención fueron la psicoeducación, diálogo expositivo, asignación de tareas, ejercicios de respiración abdominal, relajación muscular progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, diálogo expositivo, desarrollo de habilidades sociales, uso de la escalera de autoestima, biblioterapia, debates, técnicas de asertividad, modelado, comportamiento en el ensayo, asignación de tareas, juego de roles, resolución de problemas y escucha activa. Los resultados de esta intervención demostraron que la paciente aplicó con éxito las diversas técnicas aprendidas, especialmente en autorregulación y relajación abdominal. Esto le permitió abordar situaciones que antes temía o evitaba con más confianza. Así, en este caso se confirmó la eficacia de la ICC en el tratamiento de la Fobia Social.

Rojas (2022) llevó a cabo una intervención titulada “Orientación cognitivo-conductual dirigida a una mujer de 28 años del distrito de Los Olivos que había sido diagnosticada con fobia social (F40.1)”. El objetivo principal de esta intervención fue capacitar a la paciente para que pudiera exhibir conductas cognitivas apropiadas que le permitieran desenvolverse de manera óptima en su vida personal, social y profesional. En el proceso de intervención, se emplearon herramientas y técnicas que incluyeron entrevistas e instrumentos psicológicos como el autorregistro, el Cuestionario de

personalidad de Eysenck- Revisado EPQ-R, Inventario de pensamientos automáticos e Inventario de la escala de ansiedad de Zung. El programa terapéutico constó de 10 sesiones e involucró estrategias tales como la psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática. Los resultados obtenidos reflejaron una disminución en los niveles de ansiedad, así como una reducción en los pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales experimentados por la paciente. En consecuencia, se establece la eficacia de la ICC en el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

1.2.3. Fundamentación de la variable dependiente y de la variable independiente

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tipo de psicoterapia propuesto para trabajar problemas emocionales y conductuales, tomando en cuenta cómo influye el aprendizaje humano, de la misma forma que cómo impactan tanto el lenguaje, como el pensamiento y el entorno en los desafíos a nivel psicológico. Su objetivo es resolver emociones y conductas disfuncionales (Mendoza, 2020).

Por otro lado, la TCC en forma global se encuentra involucrada con todos los procesos de índole conductual que envuelven la disminución de comportamientos y emociones no funcionales, por medio de reformar la conducta, por un lado, y por el otro lado a modelos de pensamiento incoherente en la persona. A su vez, Keegan (2012) comentó que, la terapia cognitivo-conductual ofrece a los pacientes la oportunidad de explicar tácticas que admitan la regulación emocional y el manejo de la conducta de consumo obligatorio.

Labrador et al., (2011), expresaron que en muchos casos se ha enfatizado la eficacia de las intervenciones psicológicas contra la fobia social, destacando que la estrategia más adecuada es la de adiestramiento de habilidades interpersonales,

modificación cognitiva y una mixtura de estas estrategias combinada con la farmacoterapia también es efectiva. Es por ello que, Habigzang et al., (2019) concluye que, entre los diversos enfoques psicoterapéuticos, las corrientes cognitivos–conductuales tiene realidad verdadera de su eficacia para reducir los síntomas del trastorno.

INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL

La ICC es un enfoque de intervención psicoterapéutica, cuyo objetivo es cambiar el estado actual de un individuo, atendiendo a sus pensamientos sobre sí, sobre los otros, y el mundo en general, de la misma forma que atiende a las asociaciones que existen de forma natural entre pensamiento, emoción y comportamiento (Ceberio y De la Cruz, 2023). La ICC le facilita al profesional de la psicología el establecimiento de habilidades y el uso de técnicas cognitivo-conductuales que resulten óptimas y transmisibles al paciente por medio de la psicoeducación progresiva durante la atención terapéutica, con el afán de minimizar los síntomas que agobien a la persona, mejorar el estilo y calidad de vida, además de lograr el crecimiento personal (Torres, 2021).

Salguero et al., (2013) señala que, el ejercicio para poder trabajar una intervención cognitiva implica reconocer y cambiar el contenido de la vivencia sensata (pensamientos, percepciones, sentimientos, etc.), como procedimientos de la cognición (alerta, apreciaciones, recuerdos, atribuciones, etc.) que se cree que están involucrados en su respuesta o regulación emocional.

Bados (2008) refiere que la intervención psicológica reside en la utilización de bases y estrategias psicológicas por parte de un psicólogo colegiado, con el propósito de ayudar a otros seres humanos a entender sus dificultades, a dominar estos, prevenir la presencia de los mismos, optimar las capacidades individuales o relaciones de los individuos.

Las ICC, de acuerdo a Beck (1995), se fundamenta en el supuesto de que la forma

en la que los eventos son percibidos tiene una influencia notable en la vida emocional y comportamental de los sujetos. Estos sentimientos no se determinan por las situaciones en sí, en cambio, reciben su influjo de la manera en que las personas las llegan a interpretar.

ANSIEDAD SOCIAL

La ansiedad social, se determina por un temor agudo, constante y descomunal a uno o diferentes escenarios y hechos interpersonales frente a otros. Suele ser cuando se expone al paciente a personas desconocidas o que pueden estar bajo vigilancia de otros (Bados, 2009). Hoy en día, la fobia social es un tema muy poco estudiado e infradiagnosticado, pero muy limitante para el ser humano que la posee, porque obstaculiza la posibilidad de su desarrollo personal, estropeando su educación, las actividades en el ámbito laboral y las conexiones interpersonales.

Por otra parte, el ser humano que desarrolla alguna perturbación de ansiedad social, logra superar estándares más elevados de miedo y da como resultado un gran malestar ya que se vuelve intolerable e incapacitante, lo que puede generar que las personas puedan empezar a evadir los contextos sociales para poder omitir las emociones desagradables que esto le conlleva (Frangella y Lukaszewicz, 2015).

Según (Bados et al., 2003), indica que las personas con ansiedad social, temen situaciones que impliquen:

- Intervención pública: Conversar o actuar en público, mostrar un informe ante un grupo, intervenir en grupos pequeños formales.
- Interacción informal: Se refiere al inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones (en particular con extraños), o bien a juntarse a platicar o ingresar a actividad que ya han iniciado, develar asuntos personales, emitir halagos, demostrar cariño, interactuar con el sexo opuesto, mantener una relación de tipo estrecha, concurrir a eventos festivos, hacer llamadas telefónicas, aceptar críticas,

entre otros.

- Interacción asertiva: Pedir a otras personas que modifiquen una conducta fastidiosa, quejarse ante alguien, pedir cambios en un producto o servicio pagado, decir que no ante peticiones, opinar en situaciones de desacuerdo, emitir una crítica o disgusto personal, conservar su opinión ante confrontación de la misma o hablar con personas de alto mando.
- Ser observado: Ocurre cuando el sujeto siente que alguien le observa, como por ejemplo al comer, beber, escribir, trabajar, utilizar los servicios públicos, ingresar a un lugar cuando otras personas llegaron antes o convertirse en el foco de atención.

Reactividades fisiológicas autónomas de la ansiedad

Estas formas de reaccionar son tomadas como síntomas somáticos de activación del SNA, y se suelen incluir las siguientes: palpitaciones, sudoración, taquicardia, sensación de temblor corporal o de la voz, tensión en los músculos, enrojecimiento de la piel, sequedad bucal, alteraciones gastrointestinales y escalofríos. En las respuestas adaptativas, alientan y apoyan estrategias de comportamiento para mantener nuestra integridad. Cabe señalar que, entre las personas con ansiedad social existe un grupo que, si bien muestra reacciones cognitivas, no muestra reacciones autonómicas (Bados, 2009).

Reactividad cognitiva de la ansiedad

Estas son respuestas que inhiben la capacidad de concentrarse y pone el foco atencional en las reacciones de tipo somáticas. También produce vigilancia al prestar atención selectiva a las expresiones faciales de otras personas (Prince y Anderson, 2011). Estas reacciones van acompañadas de miedo al sentir bastante ansiedad y experimentar respuestas fisiológicas, defectos físicos o falta de cualidades, comportamiento social inapropiado, escrutinio negativo, ser el centro de atención e incomodar a los demás

(Bados,2009).

Los sesgos y errores cognitivos comúnmente observados en la ansiedad social incluyen: valorar de forma poco realista las propias capacidades, valorar de forma exagerada las opiniones de los demás, tener expectativas poco realistas de interacción social y sobreestimar la crítica. Vale la pena señalar que, en algunos casos, manifestar conductas ansiosas y evaluar negativamente el contexto puede tener un efecto de profecía autocumplida. Esto crea productos cognitivos distorsionados debido a suposiciones negativas y creencias fundamentales (Bados y García, 2011).

Reactividad conductual de la ansiedad

De acuerdo a Bados (2009), la respuesta conductual a contextos angustiantes implica estrategias evitativas o calmantes ante situaciones sociales desagradables. Hay muchos tipos de ellos, como, por ejemplo:

Comportamiento de evitación: Pasar desapercibido, usar maquillaje para ocultar imperfecciones, distraerse pensando que se es ajeno a la situación, excusarse con el fin de evitar la situación, preguntar sobre pistas falsas, usar vello facial o ropa para ocultar un posible sonrojo y esconder las manos.

Afrontamiento conductual: Ingerir bebidas alcohólicas, fumar u otros comportamientos, generalmente silencio prolongado e incómodo, tartamudeo, habla incoherente, monótona y grave, rostro inexpresivo, postura rígida y espalda arqueada.

Se sabe que hoy en día, la fobia social se puede tratar eficazmente mediante técnicas cognitivo-conductuales. Aunque aún hay muchas cuestiones por descifrar, podemos destacar que la perspectiva cognitivo-conductual ofrece terapias debidamente probadas y validadas para la ansiedad social (Caballo et al., 2019).

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014), menciona que la ansiedad social suele asociarse con las siguientes características como sensibilidad a las

críticas, comentarios negativos y rechazos de los demás, dificultades para afirmarse, autoestima pobre y sensaciones de inferioridad. Acerca del curso de esta condición, es posible mencionar que por lo general aparece en la adultez, el inicio de la enfermedad suele ser crónico y persistente, con unas experiencias estresantes, humillantes o de forma lentas e insidiosas.

Su primer criterio diagnóstico, se refiere a las sensaciones de alta intensidad, ya sea de miedo o de ansiedad, que debe ocurrir en una o varias situaciones de orden social, en las que la persona siente que el entorno o las personas de este le examinan o valoran. Algunos ejemplos se han presentado en líneas anteriores. El segundo criterio diagnóstico, implica que la persona teme que su conducta deleve síntomas de su ansiedad, que le lleven a recibir una valoración negativa, o bien que lo coloquen en una situación de humillación, rechazo o incluso de ofender a otros. El tercer criterio, implica que situaciones sociales similares generan miedo o ansiedad a nivel similar en casi todas las ocasiones en que las debe enfrentar (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

El cuarto criterio, apunta a la evitación de situaciones sociales que usa como recurso el individuo, o bien a su capacidad de resistirla, con un miedo o ansiedad elevado como coste. El quinto criterio, apunta a que una evaluación clínica objetiva permite concluir que tanto el miedo como la ansiedad no guardan proporción con la amenaza real que el sujeto recibe o parece recibir de la situación que la desencadena. El sexto criterio, es de tipo temporal, e indica que estos síntomas deben haberse manifestado de forma continua al menos por 6 meses, mientras que el séptimo indica que el malestar derivado de estas experiencias debe general afectación clínica o deterioro en una o más áreas de su funcionamiento. El octavo criterio es de descarte, con lo cual el clínico debe valorar que estos síntomas no se deban a consumo de sustancia u otra condición médica conocida. El noveno criterio, es el diagnóstico diferencial, donde se debe descartar que estos síntomas

se expliquen mejor por algún otro trastorno de la lista de posibles diagnósticos diferenciales. Y el último criterio es que, de haber alguna condición médica conocida, los síntomas no deben limitarse a la asociación con esta condición, o ser excesivos de acuerdo a las descripciones habituales.

Diagnostico diferencial: Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014), distinguimos la ansiedad social de:

- a. Timidez normal: No puede considerarse patológica, por lo que únicamente se diagnostica si afecta de forma significativa el área social, personal o laboral.
- b. Agorafobia: Esta condición puede hacer que una persona tema y evite eventos sociales de cualquier índole, si creen que en una situación de riesgo les resultaría complicado escapar o conseguir alguna ayuda. Tiene síntomas parecidos a los del pánico. Por el contrario, en la ansiedad social se tema más los comentarios o reacciones negativos de los demás. Por otro lado, una persona con ansiedad social puede mantener la calma mejor cuando está completamente sola, lo que no suele ocurrir con la agorafobia. De esto, se deriva que también hay un diagnóstico diferencial con el trastorno de pánico.
- c. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Los sujetos con TAG, presentan una preocupación excesiva respecto a muchas cosas que le parece difícil de controlar, en cambio el trastorno de ansiedad social, se basa en la evaluación negativa de parte de los demás. Por lo tanto, se entiende que la ansiedad generalizada abarca una parte social, pero para ser diagnosticada tiene que cumplir más criterios.
- d. Trastorno de ansiedad por separación (TAS): Las personas con TAS, pueden evitar asistir a eventos sociales porque les da miedo separarse de su progenitor, se sienten más cómodos cuando su figura paterna o materna están presentes en los

eventos sociales y hasta incluso cuando están en casa, mientras que la ansiedad social pueden sentirse nervioso en su casa o con la presencia de la figura de apego.

e. Fobias específicas: Los individuos con una fobia social específica pueden tener miedo a pasar una situación vergonzosa o humillante, mas, en general, no muestran miedo ante una evaluación negativa.

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Disminuir los niveles de ansiedad, modificando los pensamientos negativos y reduciendo las conductas de evitación social, mediante la ICC.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Reducir los niveles de ansiedad por medio de la técnica de relajación muscular.
- Modificar los pensamientos negativos a través de la técnica de reestructuración cognitiva.
- Incrementar las conductas de interacción social a través de técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales.
- Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad y el temor en situaciones sociales a través de la técnica de exposición.

1.4.Justificación

Los informes sobre el tratamiento en el Perú son limitados y un porcentaje importante de las investigaciones se concentran en aspectos epidemiológicos más que en estudios de casos sobre el tema específico del trastorno de ansiedad social y aplicaciones de tratamiento adecuadas.

En la primera etapa de la intervención, el paciente refirió miedo a interactuar con personas, temor a ser juzgado o ridiculizado, nerviosismo, sudoración palmar, mareos,

sensación de falta de aire, presentando signos y síntomas de preocupación.

La ICC facilita crear estrategias específicas por caso y utilizar técnicas cognitivo-conductuales. Mediante estas técnicas podemos reducir gradualmente los síntomas que le molestan (ansiedad social) y mejorar su calidad y estilo de vida.

1.5. Impactos Esperados del trabajo académico

El resultado de la ICC en el caso atendido impactará positivamente en cómo se desenvuelve el paciente en las instancias sociales y laborales.

Los estudios de caso aportan información muy valiosa para el ámbito clínico, el cual ayudará a los psicólogos a intervenir de una manera adecuada casos de psicopatologías muy diversas, incluida la del interés de este estudio, con el programa de ICC.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Investigación experimental aplicada con diseño de caso único, ya que se pretende intervenir en la sintomatología de la fobia social a través de la intervención de la variable independiente en la variable dependiente precisan que el estudio de caso constituye una investigación en la que existen métodos cualicuantitativos de análisis completo en respuesta a un problema planteado (Kerlinger, 1975, citado por Hernández et al., 2015). De acuerdo a Kazdin (2001, citado por Roussos, 2007) el diseño bicondicional ABA permite elegir al sujeto, aplicarle una evaluación previa a la administración de algún estímulo y finalmente realizar una segunda estimación.

Para el diseño A-B-A, primero, se establece una línea base (fase A). Luego, se aplica un tratamiento o una variable independiente de tratamiento (fase B). Finalmente, se retira el tratamiento, lo que corresponde a una segunda fase A con la expectativa de que la conducta regrese a su estado inicial (Nuñez, 2011).

Diseño de investigación: Se ejecutó siguiendo un total de 4 etapas, mismas que se describen a continuación:

Fase I: Selección de la muestra

Se trata de un paciente masculino, adulto, de 26 años, soltero, con formación de nivel técnico superior, que presenta un diagnóstico de ansiedad social, según indica desde hace más de cinco años.

Fase II: Aplicación de los instrumentos

Se aplicó una batería de pruebas psicológicas, que se detalla:

- Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social.
- Inventario de Ansiedad de Beck.
- Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de

Ruiz y Lujan.

- Escala de Habilidades Sociales de Goldstein.

Fase III: Aplicación del programa cognitivo conductual

Se aplicó el programa de ICC; mismo que constó de 12 sesiones, que al inicio tuvieron una frecuencia semanal, y posteriormente pasaron a frecuencia quincenal, en todos los casos con una duración de una hora.

Fase IV: Análisis de resultados

Se aplicó post test con las mismas pruebas psicológicas antes mencionadas y se llevó a cabo el análisis respectivo.

2.2.Ámbito temporal y espacial

La primera sesión, consistente de la aplicación del pre test, se llevó a cabo el 04 de abril del 2023, siendo su última consulta de la ICC el 25 de julio del 2023. La ejecución tanto de la parte evaluativa como de la terapéutica fue en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima, en el Policlínico San Joaquín, consultorio externo.

2.3.Variables de la investigación

- Variable dependiente: Ansiedad social.
- Variable independiente: Programa de ICC.

2.4.Participante

Se trató de un paciente con edad de 26 años, perteneciente al sexo masculino, con los siguientes rasgos físicos: contextura gruesa, tez trigueña, cabello recortado negro, estatura de 1.72 cm, peso de 85 kg. Es soltero de estado civil, no tiene hijos, su profesión es suboficial del Ejército del Perú y estudiante de ingeniería electrónica en la universidad UTP (5to ciclo), con 3 hermanos, siendo este el tercero.

2.5. Técnicas e Instrumentos

2.5.1. Técnicas

Psicoeducación:

Se trata de un recurso con el que se facilita a un paciente o sus cuidadores y familiares información relevante y específica sobre su trastorno. Tiene como objetivo: Explicarle el proceso que atraviesa, atravesó y/o atravesará, bajo la idea de que pueda entenderlo, manejarlo, eliminar sus prejuicios, no adelantar sus pensamientos, cumplir adecuadamente el tratamiento, bajar la probabilidad de recaídas y disminuir la carga emocional (Martínez, 2019).

Cuevas y Moreno (2017), expresan que la psicoeducación es mucho más que solo ofrecer definiciones acerca de un tema, esta estrategia anhela cambiar pensamientos y/o comportamientos del paciente, familiares o cuidadores, por lo que esto le ofrece una mejor aceptación del padecimiento de salud, por medio de cambios en los hábitos vitales, creencias acerca de su enfermedad, apego al tratamiento, control de los estresores o prevención de posibles recaídas.

Entrenamiento en respiración profunda y relajación progresiva.

La respiración profunda forma parte de las técnicas de ICC y resulta de utilidad para controlar y disminuir el grado de activación general. Según García (2020), el procedimiento para empezar la respiración es mantenerse sentado en una posición cómoda, ubicar la mano izquierda encima del abdomen, al tiempo que la mano derecha se ubica encima de la izquierda. Seguidamente, el sujeto debe visualizar una bolsa vacía dentro de su abdomen, justo donde se están posando las manos. Se comienza la respiración y se hace consciente de cómo, con cada inspiración, la bolsa se llena de aire lentamente y la onda de inspiración sube hasta la zona de los hombros. Se inspira entre 3 y 5 seg., y se sostiene la respiración, mientras la persona se repite a sí mismo “mi cuerpo está relajado”. El aire

retenido se exhala lentamente por la boca, y simultáneamente se mantienen las sugerencias mentales de mantenerse relajado.

Para lograr mejores resultados se recomienda hacer entre 4 y 5 ciclos de inspiración y exhalación profunda por ronda y cumplir entre 10 y 15 rondas diarias, distribuidas entre todos los horarios del día, pero reservándola también para momentos de estrés (Dosil, 2020).

Por su parte, la Relajación Progresiva consiste en bajar el grado de activación por medio de una reducción progresiva de la tensión a nivel muscular. Se trata de tensar y distender un grupo muscular a la vez entre extremidades, tronco, rostro y cuello, al tiempo que el sujeto se hace consciente de sus sensaciones ante cada tensión y distensión. Mientras tenga los músculos tensos, hay que procurar que la contracción muscular sea notoria, lo que contribuirá a que se perciban de forma más clara las sensaciones de tensión. Mientras estén distendidos, hay que evitar todo esfuerzo muscular activo, tratando de experimentar el alargamiento de los músculos que ocurre cuando se suelta de forma rápida la tensión. Tras la tensión y distensión de los grupos musculares por separado, se puede intentar con varios grupos musculares o con todo el cuerpo (Martínez y Sánchez, 2023).

Cada fase de tensión deber mantenerse cerca de 4 seg. aprox., mientras que la de distensión debe durar alrededor de 15 seg. aprox. Al finalizar la relajación de todos los grupos musculares, conviene realizar un repaso mental, iniciando desde el que se trabajó al final hasta el que se trabajó al principio (Burgos et al., 2020).

Rivera y Alcázar (2019), expresan que respirar es un hecho natural, inconsciente y se realiza de manera automática, pero, quienes suelen inhalar hondamente, gozan de mejores beneficios en la salud mental y física, a contraste de las personas que respiran de forma insustancial.

Por lo que, Huamaní (2022), dice que la respiración diafragmática aborda una

técnica respiratoria de relación de tipo diafragmática, ubicándose este órgano bajo las costillas y sobre el estómago. Esta técnica implica que, al respirar, el movimiento principal se produce en el abdomen, en lugar de que sea el pecho el que se eleve y descienda. Como resultado, se logra una respiración más lenta, constante y profunda.

Pucha et al., (2019), dicen que la relajación progresiva de Jacobson es un método muy usado hoy en día, por su gran eficiencia en las personas que cumplen con los criterios de ansiedad. El tratamiento enseña a ablandar los músculos por medio de una sucesión de pasos. En primer lugar, se atribuye fuertemente la tensión a algunos conjuntos de músculos, y luego de ello, se va liberando toda la tensión que se ha generado y la concentración es conducida a notar la forma en la cual se relajan los diferentes grupos musculares.

Reestructuración cognitiva:

Conocida por sus siglas RC, se trata de que el usuario, con la asistencia del psicoterapeuta, logre identificar y cuestionar sus pensamientos distorsionados, para que estos eventualmente puedan sustituirse por otros pensamientos más adecuados y con ello se limite o elimine la afectación a nivel de emociones y/o conductas que estos generaron. Aquí, los pensamientos se tratan como hipótesis a poner a prueba, por lo cual tanto el psicoterapeuta como el paciente trabajan en conjunto para recolectar data que permita determinar si estas hipótesis son válidas o si tienen alguna utilidad. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

La reestructuración cognitiva, es una técnica mediante la cual se logra ejecutar intervenciones basadas en una orientación teórica cognitivo conductual y una terapia

racional emotiva, mediante esta práctica se ha puesto en evidencia que se logra un progreso revelador el cual se consigue mediante tratamientos psicoterapéuticos (Pozo, 2016).

La reestructuración cognitiva implica que el paciente, con el apoyo inicial del psicoterapeuta, reconozca y desafíe sus ideas desadaptativas, de tal forma que sean reemplazados por pensamientos más adecuados y se reduzcan o eliminen las alteraciones emocionales (García y Linares, 2020).

Es por ello, que es de suma importancia la ejecución de un programa de reestructuración cognitiva conductual, para concientizar a los pacientes y sensibilizar acerca de las ideas, sentimientos y efectos que establecen la actitud de la autosuficiencia y el plan de vida (Castro, 2016).

Modelado:

Se trata de exponer al paciente a un modelo conductual y/o de pensamiento, que le muestre a este correctamente ver a través de alguien más tanto su actuación en escenarios similares, como las posibles respuestas al mismo, lo que servirá a modo de entrenamiento vicario. El psicoterapeuta puede representar el modelo a observar, pero si es terapia grupal lo puede realizar alguna otra persona del grupo terapéutico. También existe la opción de utilizar modelos grabados o una presentación en vivo. Es fundamental que, el psicoterapeuta ayude al paciente a dirigir su atención a los elementos constitutivos de la situación que se está representando, con el objetivo de reducir su complejidad. El modelado, entonces, posee el beneficio de que ayuda ilustrando los elementos más allá de lo verbal en un comportamiento interpersonal específico. Por otra parte, el paciente no interpretará la conducta modelada como la única forma “correcta” de comportamiento, sino como una manera de enfocar una situación particular (Caballo, 2005).

Exposición en imaginación y en vivo.

La exposición imaginativa, se trata de imaginar que te enfrentas a situaciones

conflictivas y/o que estás experimentando estímulos internos que te generan miedo y desencadenan ciertos impulsos. Esto significa, recordar el entorno físico, las reacciones físicas, la emoción, los pensamientos y los resultados temidos. Por ejemplo, la exposición imaginación puede incluir recordar a detalle una situación alarmante, resucitar una pesadilla, recrear angustias o recuerdos (Bados y García, 2011).

Según Rivera (2023), esta técnica resulta beneficiosa para individuos que experimentan una ansiedad intensa y evitan enfrentar directamente sus temores, mostrando resistencia al inicio de la exposición directa.

La exposición en vivo es una técnica utilizada para las dificultades de pánico con la intención de reducir la frustración de la persona ante las situaciones temidas, consiguiendo la disminución de la ansiedad a través de la presentación en vivo de los hechos y estímulos que provocan molestia, al lograr como resultado final la reforma de las interpretaciones (Jiménez, 2018).

Bados y García (2011) comentan que, la exposición en vivo involucra someterse de manera ordenada y deliberada a circunstancias temidas en la vida real; por ejemplo, lugares altos, transportes públicos, conversar con personas con autoridad, hacerse análisis de sangre, entre otros. Es por ello que, la técnica de exposición en vivo tiene como objetivo confrontar a las personas a situaciones o condiciones que estimulan el terror o pavor, de forma que puedan regular el nivel de ansiedad creado, para dirigir los métodos de tratamiento que abordan los problemas diagnosticados (Amores, 2018).

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Según Rosales et al., (2013), para llevar a cabo este entrenamiento, es necesario contar con instrucción verbal, diálogo y discusión, pues esto permitirá conseguir un examen justo de la habilidad que se desea enseñar, por medio de su delimitación y determinación, que permite conocer su relevancia e importancia para el sujeto. Es por ello

que, cuando se utilice la habilidad en contexto reales de la vida del individuo, este tendrá recursos y materiales óptimos, con los que podrá practicar de forma continua, tanto fuera como dentro del contexto de interés, primero con las instrucciones, supervisión del psicoterapeuta, y después de forma autónoma.

Pérez (2009), indica que el modelado, es una de las técnicas más significativas, básica y utilización que ayuda en el entrenamiento de habilidades sociales. El método de preparación de estas, implica el enseñar al sujeto un modelo que elabora de una manera adecuada, aquellas conductas que se pretende enseñar en el repertorio conductual del sujeto; así pues, las funciones que se dan en el modelado comportamental en su utilidad a la enseñanza de las habilidades sociales son continuas, en las cuales se puede encontrar: la obtención de nuevas habilidades sociales para la interacción social, facilitación de conductas aprendidas, desensibilización de conductas por ansiedad, inhibición de conductas existentes en el repertorio del sujeto y el incremento de la estimulación ambiental.

2.5.2. Instrumentos

“ESCALA DE LIEBOWITZ PARA LA ANSIEDAD SOCIAL”

Ficha Técnica

Nombre Original : Liebowitz Social Anxiety
Scale Nombre en español : Escala de Ansiedad de
Liebowitz Autor : M. R. Liebowitz
Año de publicación : 1987
Año de adaptación : 1999 por Bobes, J.
Edades de aplicación: De 17 a 65 años
Forma de aplicación: Colectiva o individual.
Tiempo de aplicación: 15 minutos aprox.

Aspectos que evalúa: Nivel de ansiedad, miedo y evitación por situaciones sociales.

Descripción. La Escala de Ansiedad de Liebowitz (LSAS) fue desarrollada por Liebowitz en el año 1987 y recibió una adaptación en 1992. Tiene 24 reactivos que se refieren a contextos sociales, que suelen generar problemas en las personas con ansiedad social. Los reactivos se engloban en 2 subescalas: 13 reactivos de ansiedad de actuación o ejecución y 11 reactivos de ansiedad social.

Validez y Confiabilidad.

Para el análisis de consistencia interna en la Escala de Ansiedad de Liebowitz, se consideraron otros 2 instrumentos (SDI y SADS). Al valorar las dimensiones de la “Escala Ansiedad Social de Liebowitz” se consiguió una correlación elevada ($r = .70$), salvo entre las dimensiones distintas sobre la situación de actuación en público frente a interacciones sociales. Al valorar las dimensiones del LSAS con las pruebas mencionadas, se consiguió que el coeficiente de consistencia interna fuera elevado ($r = .72$), por lo que se entiende que hay una homogeneidad apropiada entre los instrumentos. La adaptación española correlacionó la “Escala de Ansiedad Social del Liebowitz” con la “Social Anxiety and Distres Scale”, con lo que consiguió un coeficiente de correlación de Pearson elevado ($r > .70$) para todas las dimensiones. De igual forma, para valorar la validez discriminante, se consideraron los instrumentos “LSAS” y “SADS” en pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad social y en pacientes no clínicos, con lo que se llegó al hallazgo de que los pacientes con diagnóstico manifestaban ansiedad y evitación social más elevada que las personas sin diagnóstico ($p < .001$).

“INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK”

Ficha Técnica

Nombre Original : Beck Anxiety Inventory

Nombre en español : Inventario de Ansiedad de Beck

Autor : Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer

RA.Año de publicación : 1988

Edades de aplicación: 18 años o más

Forma de aplicación: Colectiva e individual

Tiempo de aplicación: 10 a 30 minutos aprox.

Aspectos que evalúa: Síntomas de ansiedad.

Descripción.

El “Beck Anxiety Inventory (BAI)” fue creado por Beck, con la idea de desarrollar una prueba psicológica con la capacidad de discriminar fiablemente entre los cuadros sintomáticos de ansiedad y depresión. Se concibió de forma específica para evaluar el grado de severidad sintomática de la ansiedad. Se trata de un inventario clínico de autoaplicación, con 21 reactivos, que presentan síntomas variados de la ansiedad. Se concentra en los elementos de orden físico asociados a la ansiedad, con una sobrerrepresentación en este aspecto. Por ser de tipo clínico, su descripción está vinculada de forma directa con la redacción de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada reactivo recibe una puntuación de entre 0 y 3, donde 0 es “en absoluto”, 1 es “levemente, no me molesta mucho”, 2 es “moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y 3 es “severamente, casi no podía soportarlo”. La calificación total, se obtiene de la sumatoria de todos los reactivos. Los síntomas evaluados deben responderse en función de las experiencias acumuladas durante la última semana y el momento presente.

Validez y Confiabilidad.

Está muy bien correlacionado con otros instrumentos evaluativos de la

ansiedad para poblaciones diversas. Así pues, el valor de r de Pearson con la “Escala de ansiedad de Hamilton” es de .51; con el “Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado”, de .47 a .58; y con la “Subescala de Ansiedad del SCL- 90R”, de .81. Adicionalmente, muestra buena relación con los instrumentos para la evaluación de la depresión. El r de Pearson con el “Inventario de Depresión de Beck” es de .61; y con la “Subescala de Depresión del SCL-90R”, de .62. En cuanto a la confiabilidad, tiene buena consistencia interna (alfa de Cronbach superior a .90). Sobre la correlación reactivo-test, se ubica entre .30 y .71 y la confiabilidad test-retest con una semana de separación entre aplicaciones se encuentra entre .67 y .93. Pasadas 7 semanas, se ubica en .62.

“INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS-DISTORSIONES COGNITIVAS DE RUIZ Y LUJAN”

Ficha Técnica

Nombre Original : “Inventario de Pensamientos automáticos de Ruiz y

Lujan” Autor : Ruiz y Lujan

Año de publicación : 1991

Edades de aplicación: 18 años o más

Forma de aplicación: Colectiva e individual

Tiempo de aplicación: De 10 a 30 minutos

aprox.Aspectos que evalúa: Distorsiones cognitivas.

Descripción.

Los pensamientos distorsionados o distorsiones cognitivas son los que una persona puede tener acerca de sí mismo, sobre la imagen que proyecta en los demás, sobre los otros y las situaciones de interacción. Esto lleva a una manera

equivocada de procesar la información, que se recibe de los sentidos, con lo que es posible que se afecte el comportamiento y se generen pensamientos automáticos. El instrumento cuenta con 45 reactivos, que se puntúan en un rango entre 0 y 3, donde 0 es “Nunca pienso en eso”, 1 es “Algunas veces lo pienso”, 2 es “Bastantes veces lo pienso” y 3 es “Con mucha frecuencia lo pienso”.

Validez y Confiabilidad.

Se utilizó el método de división por mitades para la determinación de la confiabilidad, con lo que se obtuvo un valor de .82, que se considera aceptable y válida para la muestra.

“ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES DE GOLDSTEIN”

Ficha Técnica

Nombre Original : “Escala de Habilidades Sociales de

Goldstein” Autor : Arnold Goldstein.

Año de publicación : 1978

Edades de aplicación: A partir de 12 años.

Forma de aplicación : Colectiva e

individual. Tiempo de aplicación: Entre 10 y

30 minutos.

Aspectos que evalúa : Evalúa habilidades sociales

Descripción.

Fue creada por Goldstein y su grupo de colaboradores, con un total de 50 reactivos, que atienden 6 diferentes tipos de habilidades, incluyendo las habilidades sociales básicas y avanzadas, relacionadas con los sentimientos, las que se usan como alternativas a la agresión, las que sirven para enfrentar al estrés y las de planificación.

Validez y Confiabilidad.

Se encontraron relaciones significativas menores al valorreferencial de p , por lo que la escala no varió en su número de reactivos. De forma análoga, sus dimensiones mostraron relaciones positivas y significativas con respecto al valor de p , por lo que se entiende que contribuyen de manera equitativa a la valoración global de las habilidades sociales.

2.5.3. Evaluación Psicológica

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos: David
- Edad : 26 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Lima, 24 de febrero del 1997
- Grado de instrucción: Técnico
- Ocupación : Suboficial del ejército del Perú
- Dirección : San Juan de Lurigancho
- Estado civil : Soltero
- Derivado por: Medicina General
- Lugar de la entrevista: Policlínico “San Joaquín”
- Fecha de entrevista : 04 de abril del 2023
- Psicóloga : Rossmery López Castilla

Motivo de consulta

Paciente refiere “El médico general me refirió al servicio de psicología, porque llevo la conclusión que lo que me pasa es psicológico, porque me duele mucho la cabeza, siento que mi corazón late muy rápido y pienso que me va a dar un ataque cardíaco, cuando pasa eso me da mareos y náuseas que no puedo controlarlas, pero eso no me pasa siempre

solo en determinadas ocasiones que me resultan incómodas o nuevas, por eso no entiendo que es lo que me pasa realmente”.

Problema actual

El paciente indica que siempre que está en formación (lista de diana) y dicen que sacaran a un suboficial al frente para que brinde el parte piensa “ojala que no me saquen porque me voy a equivocar y los demás se burlaran de mí”, “lo hare mal, porque los demás hablan mejor que yo”, “qué tal si salgo y me desmayo, todos pensarán que soy exagerado”, con lo cual experimenta miedo y ansiedad, en conjunto con aumento de la frecuencia cardiaca, temblor en pies y piernas, reducción de la fuerza en su voz, aumento de la sudoración en las palmas de las manos, cefalea y sensación de ausencia de aire, lo que lleva al examinado a evadir la lista de diana, pidiendo permiso para no formar o indicando que se encuentra mal de salud para no estar presente, lo que le permite sentir que el malestar desaparece progresivamente, aunque se vuelve a repetir en la siguiente formación de lista de diana.

David refiere que cada vez que un superior le da la orden para comandar a los soldados para realizar gimnasio básico sin armas, él piensa “si lo hago mal, se burlaran de mí”, “lo peor que son soldados y si lo hago mal hablarán entre ellos diciendo que soy un suboficial torpe”, “seré el centro de atención, no tengo que equivocarme”, experimentando los mismos síntomas antes descritos, la conducta de evasión y el alivio temporal. Esto le ocurre 1 vez o 2 veces al mes.

David refiere que hace quince días le invitaron a una reunión de camarería en el trabajo, el cual se vio obligado a ir porque era una orden de un superior, durante esa semana antes del evento estuvo pensando “Habrá mucha gente y se darán cuenta que estoy nervioso”, “Si me dicen que de unas palabras seguro que lo hare mal”, “mejor invento algo para no ir”, experimentando ansiedad, inclusive algunos minutos previo a su llegada al

evento comenzó a pensar “mejor no voy al evento o sino notaran que estoy nervioso”, “si ingreso y si me preguntan algo no sabre que responder”, “me miraran raro por mi forma de vestir”, “nadie querrá hablar conmigo, porque sabrán que estoy nervioso”, experimentando ansiedad y miedo, ante ello finge un desvanecimiento y sentirse mal, siendo trasladado al hospital por su mamá, y ya ubicado en la sala de emergencia abre sus ojos, le indica a su madre que llamea su superior y que se excuse que no podrá ir al almuerzo porque se encuentra en el hospital, cuando escucha que el superior le dice está bien señora, el examinado siente alivio, pensando “me salve de ir a la camarería”.

David indica que hace una semana, su jefe le mando a llamar porque tenía que hablar con él, antes de entrar a su oficina él piensa “ahora que me dirá, se va a dar cuenta que estoy nervioso”, “seguro se dio cuenta que hago mal las cosas”, “seguro que me va a cambiar”, “me va a gritar y me pondré nervioso”, “que tal me pregunta algo y no sabre que responder, que vergüenza”, experimentando los mismos síntomas y evasión antes descritos, indicando a su secretario que se siente mal y que no podrá ingresar hablar con el jefe, cuando se retiró del lugar experimenta tranquilidad.

David indica que cuando debe exponer en clases piensa “seguro que me voy a equivocar y que los demás se burlaran de mí”, “podría desmayarme y todos pensarán que soy exagerado”, seguidos de los mismos síntomas y conductas evasivas, por lo que no ingresa al aula y reciben la reducción provisional de los síntomas hasta un siguiente evento similar.

David indica que 5 días atrás, la catedrática de la universidad les ordeno que formen grupos de seis para hacer un trabajo en equipo, cuando termino la clase, empezó a pensar “seguro nadie me escogerá para estar en su grupo”, “como siempre paro serio, nadie me dirán nada”, “seguro piensan que soy un tonto, como siempre ando callado”, “pensarán que no senada”, con las mismas consecuencias sintomáticas y conductuales ya descritas.

David refiere, que cada vez que sube al bus, y una persona la mira empieza a pensar “seguro tengo algo en mi cara”, “ya saben que estoy nervioso y se están burlando de mi”, “todos están al pendiente de mi”, “no debí subir a este bus”, “seguro están hablando de mi”, “seguro que quieren preguntarme algo”, “debo de bajar de una vez”, seguido del mismo desenlace descrito en otros estímulos.

David indica que cada vez que está en el aula de la universidad y se sienta con un compañero piensa “mejor no me hubiera sentado con él”, “pensara que no tengo con quien más sentarme”, “seguro notara que estoy nervioso”, “que vergüenza, ya me están sudando las manos de lo nervioso que estoy”, “mejor me voy de acá y me siento en otro lado”, continuado por el mismo cuadro sintomático y conductual.

Desarrollo Cronológico Del Problema

Cuando tenía 7 años, manifiesta que empezaron sus problemas de ansiedad, cuando su profesor le sacó adelante para exponer, el cual él vio que todos sus compañeros le observaban y se puso tan nervioso que se quedó callado, experimentando por primera vez los síntomas físicos de la ansiedad, como ausencia de oxígeno, aumento de ritmo cardiaco, sudoración palmar y cefalea.

A los 12 años de edad, refiere que en una oportunidad su madre le mando a comprar y uno de los vendedores le miro y se empezó a reír de él, experimentando taquicardia y sudoración palmar, lo único que hizo fue salir corriendo de la tienda. Cuando llegó a su casa su madre le grito refiriendo no puedes comprar algo tan simple, quedándose callado.

A los 14 años David indica que en una oportunidad su compañero lo ridiculizó en frente de sus compañeros porque no quiso salir al frente cuando el profesor le ordeno, quedándose en la carpeta agachado y escuchando las burlas de sus compañeros, estando toda la clase en silencio y triste, al llegar a su casa no le contaba a nadie por vergüenza de decir a sus padres.

A los 16 años de edad refiere que cuando subía al bus y una de las personas le miraba él se sentía nervioso e intranquilo experimentando ansiedad, el cual el bajaba la mirada parano ser observado y esperando llegar rápido a su destino para poder bajar del bus. Esa situación siempre le pasaba cuando subía algún transporte público.

A los 20 años refiere que en una oportunidad conoció a una chica que le gustaba de su academia, pero él no se acercaba por miedo a que lo rechacen, es por eso que cada vez que la veía a la chica él se alejaba y se sentaba lejos de ella, o agachaba la mirada para que no la vea. Así mismo dice que la pasaba con otras chicas, se ponía nervioso y pensaba que no era suficiente para ellas.

A los 21 años refiere que cuando ingreso a la escuela del ejército, en una ocasión le dijeron que tenía que comandar y cuando salió vio a todos sus compañeros mirándolo, experimentando taquicardia, falta de oxígeno y sudoración palmar, quedándose callado, en el cual su superior le castigo mandándole a comandar toda la noche solo para que practiquey se suelte.

A los 23 años ingreso a la universidad, refiere que los primeros ciclos estuvieron tranquilos porque las clases eran virtuales, pero cuando se volvió presencial empezaron los problemas, porque cuando decían que hagan trabajos grupales él lo hacía solo y se cargaba de bastante trabajo porque pensaba que nadie querría hacer con él.

A los 24 años indica que cada vez que le decían que tenía que exponer, inventaba cualquier cosa para no hacerlo porque pensaba que sus amigos se burlarían de él o que se iba quedar callado y no saber que decir. Así mismo refiere que prefería sentarse solo porque pensaba que nadie quería sentarse con él para no experimentar esa sensación de rechazo.

A sus 24 años indica que se enamoró de Janina, por entonces de 28 años. Refiere que ella no es expresiva con sus sentimientos, siente que no le da importancia a la relación

por eso es que siempre discuten. El refiere es mejor alejarme de ella porque no me conviene tiene muchos problemas, le ayudo, pero ya me canso de estar siempre ayudándole, no la dejaporque piensa que se va a quedar solo y no va haber otra mujer que lo quiera. Actualmente sigue con ella ya llevan 2 años de relación.

Antecedentes personales:

Desarrollo inicial: El evaluado indica que su madre tuvo un embarazo normal, que se alimentaba muy bien y que el papa viajaba mucho, tenían discusiones como cualquier pareja. Así mismo indica que hubo complicaciones en el parto (asfixia perinatal), nació a término, por parto eutócico, caminó al cumplir un año y dos meses, dejo de lactar a los 3 años y también dejo de usar pañales al año y medio, mostró dificultades para desarrollar sulenguaje (pedía la cosas señalando), recién a los 3 años empezó hablar.

Conductas Inadecuadas Más Resaltantes De La Infancia:

El evaluado indica que fue un niño muy curioso, sentía gusto por experimentar o agarrar cosas, lo que le llevó a tener varios accidentes, aunque de tipo leve, pero en dos oportunidades le llevaron al hospital, en una ocasión cogió el tomacorriente electrocutándosedejando todos los dedos de sus manos quemadas, en otra ocasión se cayó introduciéndose un tenedor en el cachete. Así mismo refiere que miraba películas de terror con su amigo a diario que al final no podía dormir por miedo a que le pase algo.

Actitudes De La Familia Frente Al Niño:

David indica que sus padres aplicaban castigo físico para la corrección de su comportamiento, recuerda que a los 6 años cuando él se equivocaba en pronunciar la R o hacia alguna travesura, su padre le gritaba diciéndole porque no eres un niño normal y porqueserás así, sintiéndose culpable por no ser un niño normal, por eso tenía miedo en hablar o hacer alguna travesura. Su madre se molestaba cuando se equivocaba, pero tenía más paciencia con él.

Educación:

A nivel inicial se adaptó con facilidad no presentando problemas de conducta, solo en la pronunciación de la R, en nivel primaria presento problemas de adaptabilidad porque le molestaban sus compañeros (apodos), su conducta buena, su aprendizaje con buen desempeño, en secundaria le costó la adaptación en aula, mientras que en el nivel técnico superior (ETE), donde duró 3 años, también tuvo complicaciones para adaptarse y actualmente está en la universidad estudiando ingeniería electrónica presentando problemas de adaptabilidad. Así mismo indica que en toda su educación siempre ha presentado rendimiento alto.

Trabajo:

Su primer trabajo fue en el corredor de metropolitano como supervisor, presento problemas de adaptabilidad, indica que no hacia amigos con facilidad le costaba hablar con las personas, por miedo a que se burlen de él. Actualmente está laborando en la aviación de ejercito hace 3 años, indica que solo tiene compañeros de trabajo, pero no amigos, la gran parte del día para solo en el trabajo.

Vida psicosexual:

Su vida psicosexual se desarrolló de acuerdo con su edad cronológica.

Antecedentes patológicos:

No presento antecedente patológico, accidentes, operaciones ni procesos judiciales

Antecedentes familiares:

Padre: Félix de 59 años de edad, independiente, natural de Apurímac – Andahuaylas. El evaluado indica que la conducta de su papá era rígida, autoritario, de poca expresión, pero mucha crítica. Al respecto, rememora que siempre le llamaba la atención o vociferaba palabras soeces cuando se equivocaba en pronunciar la R o cuando hacia alguna travesura. También recuerda que siempre que llegaba a la casa, estaba renegando

o gritando palabras soeces por algo que encontró mal o porque no le hicieron caso. Actualmente tienen una relación adecuada, es comunicativo y se preocupa mucho por él.

Madre: Rosa de 56 años de edad, independiente y ama de casa, natural de Lima. El evaluado indica que su madre tenía conductas de sumisión, siendo callada, estricta, hacia caso a todo lo que su padre quería, cuando le gritaba ella se quedaba callada, pero también cuando su padre se pasaba ella sacaba su genio, su madre a diferencia de su padre era más afectuosa, le hablaba bien tenía más paciencia con él. Actualmente tienen una relación adecuada, es comprensiva, consentidora y amorosa.

Hermana: Seydlith de 33 años de edad, oficial de la PNP, natural de Lima. El evaluado indica que como hermana mayor siempre fue buena con él, cuando la madre no estaba ella lo cuidaba, en la actualidad se llevan muy bien, tiene buena comunicación. Indica que ella es la que siempre le aconseja cuando presenta problemas en el estudio o trabajo.

Hermana: Vilma de 30 años de edad, suboficial del ejército del Perú, natural de Lima. El evaluado indica que su hermana es buena, estricta y muy responsable. Actualmente, tienen una relación adecuada, pero no hablan mucho porque ella está trabajando en la selva central (Mazamari) y solo viene una vez cada tres meses.

Hermano: Jefry de 21 años, estudia farmacia y bioquímica en el 4to ciclo, refiere que su hermano menor, es bueno, tranquilo, comprensivo, no tienen un tema en común ya que él es menor y tiene otras actividades que realiza, pero cuando ambos se necesitan siempre están ahí.

2.5.4. Evaluación Psicométrica

“ESCALA DE LIEBOWITZ PARA LA ANSIEDAD SOCIAL”

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: David

Edad : 26 años
Ocupación : Suboficial del ejercito
Lugar de la entrevista: “Policlínico San
Joaquín” Fecha de evaluación: Abril del 2023

Motivo de Consulta.

Asiste a sesión para que se le aplique la prueba psicología de ansiedad social.

Instrumentos Aplicados

- La “Escala de Liebowitz para la ansiedad social”.

Análisis e interpretación:

El evaluado consiguió una puntuación total de 53 puntos. En la dimensión de miedoo ansiedad, fue de 35; y en la de evitación, fue de 18, siendo su diagnóstico de ansiedad social moderada.

El evaluado evidencia timidez y temor en situaciones específicas como lo son: en daruna opinión, ser el centro de atención y sostener conversaciones con extraños a su familia que muchas veces le conlleva a manifestarse comportamientos de tensión, inquietud con respuestas fisiológicas de sudoración, presión en el estómago, taquicardia y ruborización.

Recomendaciones:

Iniciar terapia cognitivo conductual

“INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK”

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: David

Edad : 26 años
Ocupación : Suboficial del ejercito

Lugar de la entrevista: “Policlínico San Joaquín” Fecha de evaluación: Abril del 2023

Motivo de Consulta.

Asiste a sesión para que se le aplique el “inventario de ansiedad de Beck”.

Instrumentos Aplicados

- “Inventario de ansiedad de Beck”.

Análisis e interpretación:

El evaluado consiguió una puntuación total de 30 puntos, lo cual le ubica con una ansiedad moderada.

El evaluado presenta incapacidad para relajarse, ya que siente temor, nervios e inseguridad ante su entorno.

Recomendaciones:

Iniciar terapia cognitivo conductual Entrenamiento en relajación.

“ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES DE GOLDSTEIN (EHS)”**Datos de filiación**

Apellidos y Nombres: David

Edad : 26 años

Ocupación : Suboficial del ejercito

Lugar de la entrevista: “Policlínico San Joaquín” Fecha de evaluación: Abril del 2023

Motivo de Consulta.

Asiste a sesión para que se le aplique la “escala de habilidades sociales de Goldstein”.

Instrumentos Aplicados

- La “Escala de Habilidades Sociales de Goldstein (EHS)”.

Análisis e Interpretación

El evaluado en la dimensión “habilidades sociales básicas” consiguió una puntuación directa de 85 (percentil 57), ubicándolo en la categoría normal nivel. En la

dimensión “habilidades sociales avanzadas”, fue de 77 (percentil 43), ubicándolo en la categoría normal nivel. En la dimensión “habilidades relacionadas con sentimientos”, fue de 75 (percentil de 42), ubicándolo en la categoría bajo nivel. En la dimensión “habilidades alternativas a la agresión”, fue de 77 (percentil 42), ubicándolo en la categoría bajo nivel. En la dimensión “habilidades frente al estrés”, fue de 50 (percentil 38), ubicándolo en la categoría bajo nivel.

En la dimensión “habilidades de planificación”, fue de 80 (percentil 45), ubicándolo en la categoría normal nivel.

El examinado se ubica en un nivel bajo en las dimensiones “habilidades relacionadas con sentimientos”, “habilidades alternativas a la agresión” y “habilidades frente al estrés”. Así mismo presenta dificultades para resolver el miedo, auto recompensarse, defender sus propios derechos, dar respuesta a bromas, una queja o una conversación difícil, arreglárselas cuando le dejan de lado, interactuar con otras personas, presentarse a otras personas, dar instrucciones.

Recomendaciones:

Iniciar entrenamiento en habilidades sociales.

“INVENTARIO DE PENSAMIENTO AUTOMÁTICOS -DISTORSIONES COGNITIVAS DE RUIZ Y LUJAN”

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: David

Edad : 26 años

Ocupación : Suboficial del ejército

Lugar de la entrevista: “Policlínico San Joaquín” Fecha de evaluación: Abril del 2023

Motivo de Consulta.

Asiste a sesión para que se le aplique el “inventario de pensamientos automáticos

– distorsiones cognitivas”.

Técnicas e Instrumentos Aplicados

- “Inventario de pensamiento automáticos - distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan”.

Análisis e interpretación:

El evaluado obtuvo un puntaje de 9 en la dimensión “falacia de recompensa divina”, de 7 en “los deberías”, de 7 en “etiqueta global”, de 6 en “interpretación de pensamientos”, de 6 en “falacia de cambio”, de 5 en “visión catastrófica”, de 5 en “sobre generalización” y de 6 en “filtraje”.

El paciente da muestras de distorsiones del pensamiento vinculados a algunas áreas vitales, condición que le impide llevar su vida diaria de forma normal.

Recomendaciones.

- Reestructuración cognitiva.

2.5.4.1. Informe Psicológico Integrador

INFORME PSICOLÓGICO INTEGRADOR

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: David

Edad : 26 años

Ocupación : Suboficial del ejercito

Lugar de la entrevista: “Policlínico San Joaquín” Fecha de evaluación: Abril del 2023

Motivo de Consulta.

El paciente asiste a sesión para que se le evalúe psicológicamente por presentar sintomatología de ansiedad social.

Técnicas e Instrumentos Aplicados

- “Escala de Liebowitz para la ansiedad social”.
- “Inventario de Ansiedad de Beck”.

- “Escala de Habilidades Sociales de Goldstein”.
- “Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan”.

Análisis de interpretación de resultados.

En la “Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social”, el evaluado consiguió una puntuación total de 53 puntos. En la dimensión de miedo o ansiedad, fue de 35; y en la de evitación, fue de 18, siendo su diagnóstico de ansiedad social moderada. El evaluado evidencia timidez y temor en situaciones específicas como lo son: en dar una opinión, ser el centro de atención y sostener conversaciones con extraños a su familia que muchas veces le conlleva a manifestarse comportamientos de tensión, inquietud con respuestas fisiológicas de sudoración, presión en el estómago, taquicardia y ruborización.

En el “Inventario de Ansiedad de Beck” el evaluado consiguió una puntuación total de 30 puntos, lo cual le ubica con una ansiedad moderada. El evaluado presenta incapacidad para relajarse, ya que siente temor, nervios e inseguridad ante su entorno. En la “Escala de Habilidades Sociales de Goldstein”, en la dimensión “habilidades sociales básicas” consiguió una puntuación directa de 85 (percentil 57), ubicándolo en la categoría normal nivel. En la dimensión “habilidades sociales avanzadas”, fue de 77 (percentil 43), ubicándolo en la categoría normal nivel. En la dimensión “habilidades relacionadas con sentimientos”, fue de 75 (percentil de 42), ubicándolo en la categoría bajo nivel. En la dimensión “habilidades alternativas a la agresión”, fue de 77 (percentil 42), ubicándolo en la categoría bajo nivel. En la dimensión “habilidades frente al estrés”, fue de 50 (percentil 38), ubicándolo en la categoría bajo nivel. En la dimensión “habilidades de planificación”, fue de 80 (percentil 45), ubicándolo en la categoría normal nivel. Así mismo presenta dificultades para resolver el miedo, auto recompensarse, defender sus propios derechos, dar respuesta a bromas, una queja o una conversación difícil, arreglárselas cuando le dejan de lado, interactuar con otras personas, presentarse a otras personas, dar instrucciones.

En el “Inventario de Pensamientos Automáticos - Distorsiones Cognitivas de Ruiz yLuján”, el evaluado obtuvo un puntaje de 9 en la dimensión “falacia de recompensa divina”,de 7 en “los deberías”, de 7 en “etiqueta global”, de 6 en “interpretación de pensamientos”,de 6 en “falacia de cambio”, de 5 en “visión catastrófica”, de 5 en “sobre generalización” y de 6 en “filtraje”. El paciente da muestras de distorsiones del pensamiento vinculados a algunas áreas vitales, condición que le impide llevar su vida diaria de forma normal.

Conclusión Diagnostica.

El evaluado presenta un cuadro sintomático consistente con ansiedad social, que se valida a través de los criterios diagnósticos del DSM-V.

Tabla 1

Análisis funcional

| Estimulo discriminativo | Conducta | Estimulo reforzador |
|--|---|---|
| <p>Externo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formar en lista de diana - Comandar a los soldados - Reunión de camarería en el trabajo - Hablar con su jefe - Exposición académica - Formación de grupos de trabajo. - Cuando sube al bus y él es el único parado. - cuando se sienta con un compañero (a) dentro del aula. | <p>Pensamiento:</p> <p>“Ojalá que no me saquen porque me voy a equivocar y los demás se burlaran de mí”, “lo hare mal, porque los demás hablan mejor que yo”, “qué tal si salgo y me desmayo, todos pensaran que soy exagerado”</p> <p>“sí lo hago mal, se burlarán de mí”, “lo peor que son soldados y si lo hago mal hablaran entre ellos diciendo que soy un suboficial torpe”, “seré el centro de atención, no tengo que equivocarme” “Habrá mucha gente y se darán cuenta que estoy nervioso”, “Si me dicen que de unas palabras seguro que lo haremos”, “mejor invento algo para no ir”</p> <p>“ahora que me dirá, se va a dar cuenta que estoy nervioso”, “seguro se dio cuenta que hago mal las cosas”, “seguro que me va a cambiar”, “me va a gritar y me pondré nervioso”.</p> <p>“seguro que me voy a equivocar y que los demás se burlaran de mí”, “podría desmayarme y todos pensaran que soy exagerado”.</p> <p>“seguro nadie me escogerá para estar en su grupo”, “como siempre paro serio, nadie me dirá nada”, “seguro piensan que soy un tonto, como siempre ando callado”, “pensaran que no se nada”.</p> | <p>Externo:</p> <p>siente alivio cuando no forma</p> <p>siente alivio cuando no sale a comandar.</p> <p>Siente alivio cuando no asiste a la reunión de camarería.</p> <p>Siente alivio cuando no habla con su jefe.</p> <p>Siente alivio no ingresando al aula.</p> <p>Siente alivio cuando se retira del aula.</p> <p>Siente alivio cuando baja del bus</p> <p>Siente alivio cuando se siente solo.</p> <p>Interno:</p> <p>Pensar: “mejor me quedo callado”.</p> |

“seguro tengo algo en mi cara”, “ya saben que estoy nervioso se están burlando de mi”, “todos están pendiente de mi”, “no debí subir a este bus”, “seguro están hablando de mi”, “seguro que quieren preguntarme algo”, “debo de bajar de unavez”
“mejor no me hubiera sentado con él”, “pensara que no tengo con quien más sentarme”, “seguro notara que estoy nervioso”, “que vergüenza, ya me están sudando las manos de lo nervioso que estoy”, “mejor me voy de acá y me siento en otro lado”,

Emocional:

Miedo (8/10), vergüenza (8/10), ansiedad (8/10)

Fisiológico:

Dolor de cabeza, aceleración cardiaca, mareos, malestar estomacal, temblor, sudoración en las manos, sequedad en los labios. enrojecimiento

Motor:

Miente que se encuentra mal de salud para no formar.

Inventa tener cólicos estomacales para no comandar.

Inventa desvanecimiento para no asistir a la reunión de camarería del trabajo.

No ingresa al salón de clase

Se retira del salón de clase

Se baja del bus

Tabla 2

Análisis de la triple columna (ABC)

| (A) | (B) | (C) |
|---|--|--|
| Situación | Pensamientos | Emoción |
| <p>Cuando tiene que formar en lista de diana.</p> <p>Cuando tiene que comandar a los soldados.</p> <p>Cuando tiene reunión de camarería en el trabajo.</p> <p>Cuando le manda a llamar su jefe para conversar.</p> <p>Cuando tiene una exposición académica.</p> <p>Cuando tiene que formar grupos de trabajo en la universidad.</p> <p>Cuando sube al bus y él es el único parado.</p> <p>- cuando se sienta</p> | <p>“Ojalá que no me saquen porque me voy a equivocar y los demás se burlarán de mí”, “lo hare mal”</p> <p>“Lo peor que son soldados y si lo hago mal hablan entre ellos diciendo que soy un suboficial torpe”, “seré el centro de atención, no tengo que equivocarme”</p> <p>“Habrá mucha gente y se darán cuenta que estoy nervioso”, “Si me dicen que de unas palabras seguro que lo hare mal”</p> <p>“seguro se dio cuenta que hago mal las cosas”, “seguro que me va a cambiar”</p> <p>seguro que me voy a</p> | <p>Miedo (8/10), vergüenza (8/10), ansiedad (8/10)</p> |
| | | Reacciones Fisiológicas |
| | | <p>Dolor de cabeza, aceleración cardiaca, mareos, malestar estomacal, temblor, sudoración en las manos, sequedad en los labios. enrojecimiento</p> |
| | | Conducta |
| | | <p>Miente que se encuentra mal de salud para no formar.</p> <p>Inventa tener cólicos estomacales para no comandar.</p> <p>Inventa desvanecimiento para no asistir a la reunión de camarería del trabajo.</p> <p>No ingresa al salón de clase</p> <p>Se retira del salón de clase</p> <p>Se baja del bus</p> |
| | | Consecuencias |
| | | <p>Siente alivio cuando no forma</p> <p>Siente alivio cuando no sale a comandar.</p> <p>Siente alivio cuando no asiste a la reunión de camarería.</p> <p>Siente alivio cuando no habla con su jefe.</p> <p>Siente alivio no ingresando al aula.</p> <p>Siente alivio cuando se retira del aula.</p> <p>Siente alivio cuando baja del bus</p> <p>Siente alivio cuando se siente solo.</p> |

con un compañero (a) dentro del aula. equivocarse y que los demás se burlaran de mí”. “seguro nadie me escogerá para estar en su grupo”, “como siempre paro serio, nadie me dirá nada”, “seguro piensan que soy un tonto, como siempre ando callado”, “pensaran que no se nada”

“seguro tengo algo en mi cara”, “ya saben que estoy nervioso y se están burlando de mí”, “todos están al pendiente de mí”, “no debí subir a este bus”

“mejor no me hubiera sentado con él”, “pensara que no tengo con quien más sentarme”, “seguro notara que estoy nervioso”

Criterios según el DSM-V para ansiedad social

| Criterios según el DSM-V para ansiedad social | Indicadores que presenta el paciente |
|--|--------------------------------------|
| <p>A. “Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos”.</p> | Si lo presenta |
| <p>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)”.</p> | Si lo presenta |
| <p>C. “Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales”.</p> | Si lo presenta |
| <p>D. “Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa”.</p> | Si lo presenta |
| <p>E. “El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural”.</p> | Si lo presenta |

| | |
|--|----------------|
| F. “El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses”. | Si lo presenta |
| G. “El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento”. | Si lo presenta |
| H. “El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica”. | No presenta |
| I. “El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo”. | Si lo presenta |
| J. “Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva”. | No presenta |

Recomendaciones.

Se recomienda ICC para afrontar el cuadro de ansiedad social.

2.6. Intervención psicológica

2.6.1. Plan de Intervención y Calendarización

Tabla 3.

| Sesión | Fecha | Duración | Periodicidad | Participantes | Técnicas |
|--------|------------|----------|--------------|---------------|--|
| 1 | 18-04-2023 | 60' | Semanal | usuario | Psicoeducación |
| 2 | 25-04-2023 | 60' | Semanal | usuario | Respiración diafragmática |
| 3 | 02-05-2023 | 60' | Semanal | usuario | Relajación muscular progresiva |
| 4 | 09-05-2023 | 60' | Semanal | usuario | Relajación muscular progresiva |
| 5 | 16-05-2023 | 60' | Semanal | usuario | Reestructuración cognitiva Debate socrático |
| 6 | 30-05-2023 | 60' | Quincenal | usuario | Reestructuración cognitiva |
| 7 | 13-06-2023 | 60' | Quincenal | usuario | Reestructuración cognitiva |
| 8 | 27-06-2023 | 60' | Quincenal | usuario | Entrenamiento en habilidades sociales |
| 9 | 11-07-2023 | 60' | Quincenal | usuario | Entrenamiento en habilidades sociales |
| 10 | 25-07-2023 | 60' | Quincenal | usuario | Exposición en imaginación |
| 11 | 08-08-2023 | 60' | Quincenal | usuario | Exposición en vivo |
| 12 | 22-08-2023 | 60' | Quincenal | usuario | Exposición en vivo Aplicación de pruebas |

El programa de ICC está compuesto por 12 sesiones, con una hora de duración cada una aproximadamente. La primera sesión evaluativa se llevó a cabo el 04 de abril del 2023 y la última fue el 14 de abril del 2023. La ICC duró 4 meses, las primeras cinco semanas de forma semanal y posterior a ello, quincenal, iniciando el 18 de abril del 2023. El paciente es el único participante en la ICC. Entre las técnicas de intervención se utilizaron la RC, el entrenamiento en respiración, el modelado, la exposición en vivo y el entrenamiento en habilidades sociales.

2.6.2. Programa de intervención.

Objetivo terapéutico 1. “Definir el tema de la ansiedad desde un enfoque cognitivo conductual”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|--|--------------------------------------|---|--|--|
| 1 | Informar y explicar al paciente sobre la ansiedad. | Psicoeducación Dialogo expositivo | <p>Inicio</p> <p>Se recibe al paciente y se le aclara el objetivo de la sesión.</p> <p>Desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se ofrece una explicación sobre en qué consiste la ansiedad, las formas en que se presenta en nuestra mente y cuerpo, cómo se ven las cosas bajo el lente de la ansiedad y cuáles comportamientos se presentan. <p>Se utiliza la ficha “Ansiedad: amiga o enemiga”, que permite diferenciar entre la ansiedad perjudicial y la adaptativa.</p> <p>Se identifican los signos corporales de ansiedad detallando como se manifiesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activación somática - Procesos cognitivos - Reacción conductual | 10' 40' | Lectura adicional de la psicofisiología de la ansiedad. Realice en que situaciones se presenta la ansiedad, cuáles su intensidad y cuáles síntomas físicos se presentaron, mediante el autorregistro. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|-----|--|
| | | | <p>Se le explica cómo llenar los autorregistros sobre la ansiedad. En que situaciones se presenta la ansiedad, cuál es su intensidad y cuáles síntomas físicos se presentaron.</p> <p>Cierre</p> <p>. Se proyectará un video y se realiza la retroalimentación lo que se ha aprendido en la sesión.</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=t4U5Tu-xcrA</p> | 10' | |
|--|--|--|---|-----|--|

| | | | | | |
|--|--|--|---|----------------------|--|
| | | | <p>Antebrazo y mano del brazo no dominante.</p> <p>Bíceps del brazo no dominante.</p> <p>Luego se empezará con el 2 grupo de los músculos:</p> <p>Frente (se arruga y aprieta la frente frunciéndola hacia arriba. Se siente la tensión por en el contorno de las cejas y encima del puente de la nariz. Se mantiene esa tensión por unos instantes para luego soltar la tensión de la frente lentamente). Y así con la demás parte de músculos:</p> <p>Parte superior nariz y mejillas.</p> <p>Parte superior de mandíbula y mejillas. El cuello.</p> <p>En la sesión se utilizará la imaginación y musicoterapia.</p> <p>Cierre</p> <p>-Necesidad de realizar las tareas</p> | <p>50'</p> <p>5'</p> | |
|--|--|--|---|----------------------|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>pausada y regular. Se repite esto con el abdomen.</p> <p>Luego se empezará con el 4 grupo de los músculos: El muslo y la parte superior de la pierna dominante: se aspira aire de forma profunda y se coloca el músculo largo de encima de la pierna contrapuesto con los de la parte de atrás. Se sostiene la tensión unos instantes y poco a poco se pasa a relajarse. Y así con la demás parte de músculos:</p> <p>Pantorrilla de la pierna dominante</p> <p>Piedominante</p> <p>Muslo y parte superior de la pierna dominante</p> <p>Pantorrilla de la pierna no dominante</p> <p>Pie no dominante</p> <p>En la sesión se utilizará la imaginación y musicoterapia.</p> <p>Cierre</p> <p>Se repasa todo lo que se aprendió en esta sesión y la anterior.</p> <p>Preguntar que le pareció la técnica que se realizó y que se debe realizar cada vez que presenta sintomatología de ansiedad.</p> | 5 | |
|--|--|---|---|--|

Objetivo terapéutico 3. “Modificar los pensamientos negativos a través de la técnica de reestructuración cognitiva”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|---------------------------|--|--|--------------------------|---|
| 5 | Psicoeducar sobre el ABC. | Psicoeducación Reestructuración Cognitiva | <p>Inicio</p> <p>Se pregunta cómo les fue con la tarea encomendada, si tienen alguna pregunta. Reforzando sus logros obtenidos. Desarrollo</p> <p>Se expone el modelo ABC.</p> <p>Se da a conocer cuál es la influencia de los propios pensamientos en nuestro sentir y actuar. Así mismo se explicita cómo se asocia la ansiedad entre situación, conducta, la emoción y el pensamiento, todo esto con apoyo audiovisual, a saber: https://www.youtube.com/watch?v=7GCXgyqFDRC Le mostramos casos (historietas) de situaciones variadas que propiciaron distintas conductas en distintos sujetos. Se le pide que escriba cuáles pensamientos podrían generar tal conducta. Se hace una descripción del diálogo interno o los pensamientos automáticos.</p> | 5' 20' 30' | Hacer un registro de pensamientos automáticos por medio del registro ABC. |
| | | | <p>Se presentan algunas distorsiones cognitivas</p> <p>Cierre</p> <p>Se pregunta si todo lo aprendido está claro.</p> | 5' | |

Objetivo terapéutico 3. “Modificar los pensamientos negativos a través de la técnica de reestructuración cognitiva”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|--|--|---|------------|--|
| 6 | Dar feedback de la práctica de la técnica RC del paciente. | Reestructuración cognitiva Dialogo expositivo | <p>Inicio</p> <p>Se da la bienvenida al paciente y se da una revisión a la tarea de la sesión 5, ofreciendo elogios por los logros obtenidos.</p> <p>Desarrollo</p> <p>Se le asisten para que pueda hacer una descripción acerca de una situación de su marco pensamiento- emoción-conducta-respuesta fisiológica.</p> <p>Se hace un repaso sobre las distorsiones cognitivas, eligiendo aquella que presenta el paciente en mayor medida.</p> <p>Se le enseña a hacer el registro ABCDE para debatirlos pensamientos irracionales.</p> <p>Se buscan alternativas un poco más racionales para dar respuesta a estas situaciones.</p> <p>Se alienta la autoverbalización para afrontamiento. Se ofrecen preguntas que sean utilizables como desafío a los pensamientos disfuncionales.</p> <p>Está totalmente seguro que realmente pasara eso...</p> | 10' 45' | Hacer un registro de pensamientos automáticos por medio del registro ABC; y plantear un nuevo pensamiento alternativo más funcional. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|----|--|
| | | | Cierre Rueda de preguntas con el examinado. | 5' | |
|--|--|--|---|----|--|

Objetivo terapéutico 3. “Modificar los pensamientos negativos a través de la técnica de reestructuración cognitiva”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|--|----------|--|----------------|---|
| 7 | Dar feedback de la RC por debate de pensamiento. | RC. | <p>Inicio</p> <p>Revisar las tareas dejadas en la sesión 7, repasar el modelo ABCDE y comentar cuáles fueron las propuestas de pensamientos alternativos.</p> <p>Desarrollo</p> <p>Se sigue trabajando el ABCDE, en la sesión, debatiendo cada pensamiento y cambiarlos por unos más racionales.</p> | 10' 45' | <p>Se Hacer un registro de pensamientos automáticos por medio del registro ABCDE</p> <p>-Se le indica al que practique la técnica de respiración diafragmática.</p> |
| | | | <p>Cierre</p> <p>Retroalimentación en respiración diafragmática.</p> | 5' | |

Objetivo terapéutico 4. “Incrementar las conductas de interacción social a través de técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|--|---|---|---|---|
| 8 | Aumentar el comportamiento asertivo al entrenar en habilidades sociales. | Psicoeducación Entrenamiento en habilidades sociales Modelado | <p>Inicio</p> <p>Revisar las tareas de la sesión 7, ofreciendo elogios por los logros obtenidos.</p> <p>Desarrollo</p> <p>Explicar al paciente la definición de “Habilidades sociales”, lo mismo que sus objetivos terapéuticos y características. Usar materiales didácticos, instructivos audiovisuales.</p> <p>Entrenar en habilidades sociales, en como iniciar y mantener una conversación, para lo cual el psicoterapeuta será quien fungirá como modelo.</p> | 5’ 50’ | Se indica que repita el modelo interpretado en eventos que le generen ansiedad. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|----|--|
| | | | <p>Para iniciar una conversación se indica al examinado que primero tiene que aproximarse al otro sujeto, mirarle por un par de segundos y sonreír. En caso de que se le conozca, saludarle; caso contrario, presentarse, manteniendo un comportamiento no verbal ajustado al lenguaje verbal.</p> <p>Seguidamente para empezar una conversación realizar un comentario o pregunta acerca de una situación cualquiera (ofrecer un cumplido, emitir una opinión, realizar una observación).</p> <p>Así mismo se le explica que para sostener conversaciones se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saber escuchar - Responder a las preguntas - si no preguntar aquello que no entiende. - Expresar la propia opinión y las ideas. - Respetar turnos al conversar. <p>Cierre</p> <p>Uso del videofeedback .</p> | 5' | |
|--|--|--|---|----|--|

Objetivo terapéutico 4. “Incrementar las conductas de interacción social a través de técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|--|---------------------------------------|---|---------------|--------------------------------|
| 9 | Aumentar el comportamiento asertivo al entrenar en habilidades sociales. | Entrenamiento en habilidades sociales | <p>Inicio</p> <p>Revisar las tareas de la sesión 8, ofreciendo elogios por los logros obtenidos.</p> <p>Desarrollo</p> <p>Explicar el concepto de las dos habilidades: Asertividad y empatía.</p> <p>Se explica que la asertividad no es más que la competencia para expresar opiniones personales, necesidades o deseos, de forma directa, con claridad y respeto. Así mismo se refiere a tener la entereza para defender los derechos personales y los límites que los demás deben respetar, al tiempo que se respetan los límites y derechos ajenos.</p> <p>La empatía sería la competencia para comprender la vida mental y emocional del otro, poniéndose en su lugar.</p> <p>Se entrena en habilidades sociales, en la asertividad y empatía.</p> | 5' 50' | Repetir el modelo interpretado |

| | | | | | |
|--|--|--|--|----|--|
| | | | <p>Con relación al asertividad se brinda un ejemplo con tres conductas de estilo agresivo, pasivo y asertivo, para identificar cual es la forma adecuada de expresar, pedir y respetar sus derechos.</p> <p>Con relación a la empatía se proyecta un video para ver cómo actúan y se retroalimenta.</p> <p>Cierre</p> <p>Se proyecta un video</p> | 5' | |
|--|--|--|--|----|--|

Objetivo terapéutico 5. “Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad y el temor en situaciones sociales a través de la técnica de exposición”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|--|---------------------------|--|---|---|
| 10 | Realizar entrenamiento sobre la exposición en imaginación a través de la lista de jerarquía. | Exposición en imaginación | <p>Inicio</p> <p>Revisar las tareas de la sesión 9, ofreciendo elogios por los logros obtenidos.</p> <p>Desarrollo</p> <p>Explicar la técnica de exposición imaginaria y por qué es necesario aplicarlo.</p> <p>Se explica cómo hacer la lista de situaciones temidas de manera jerárquica de 0 a 10 (mínima a máxima ansiedad)</p> <p>Se realiza la lista en la sesión.</p> <p>Entrenar en la técnica de exposición en imaginación en el consultorio, acompañado con música de relajación.</p> <p>Exponer el ítem 1 de la jerarquía y solicitar que lo visualice de la forma más nítida posible. En caso de que en la plena exposición el paciente indique un SUD > 4 (“moderada preocupante”), se le pide que</p> | 5' 50' | <p>Practicar la técnica de respiración diafragmática.</p> <p>Practicar la exposición en imaginación</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|----|--|
| | | | <p>evite seguir imaginando y que vuelva a relajarse. De no haber ansiedad, se mantiene la imaginación entre 15 y 20 seg. Posteriormente, se repite por 30 o 40 seg. en la relajación y se presenta de nuevo el ítem con las mismas pautas. De producirse ansiedad de nuevo se pausa otra vez para relajarse y presentar el ítem una vez más. Si se producen respuestas persistentes de ansiedad y la misma no se reduce, se retrocede al ítem desensibilizado anterior y se finaliza la DS para valorar qué problema está produciendo ansiedad excesiva (en imaginación o relajación), y así volver a exponer de forma sucesiva y progresiva hasta conseguir que el estímulo que se teme no siga generando una respuesta de ansiedad y con ello lograr el objetivo, al superar cada ítem de manera imaginaria.</p> <p>Cierre</p> <p>Se explica porque es importante seguir practicando la técnica de respiración.</p> | 5' | |
|--|--|--|--|----|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|----|--|
| | | | <p>solo en ello y si viene pensamientos negativos como “me están mirando o dirán que estoy nervioso”, debatirlos y decirse que esas personas están concentradas en otras cosas y no en uno.</p> <p>Y así sucesivamente con las demás situaciones:</p> <p>Cuando un compañero se sienta a su lado Cuando tiene que hablar con su jefe</p> <p>Cuando tiene que exponer en clase</p> <p>Cierre</p> <p>Se proyectará un video sobre la EEV de otras personas para reforzar su conducta.</p> | 5' | |
|--|--|--|--|----|--|

Objetivo terapéutico 5. “Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad y el temor en situaciones sociales a través de la técnica de exposición”.

| Sesión | Objetivo de la sesión | Técnicas | Actividades | Tiempo | Tareas |
|--------|-----------------------|----------|--|--------|--|
| 12 | Entrenar laEEV. | EEV | <p>Inicio</p> <p>Revisar las tareas de la sesión 11, ofreciendo elogios por los logros obtenidos.</p> | 5' | Practicar la técnica de respiración diafragmática. |
| | | | <p>Desarrollo</p> <p>Entrenar la EEV con las demás situaciones: Formación de grupos</p> <p>Formar en la lista de diana</p> <p>Reunión de camarería en el trabajo Comandar a sus soldados.</p> <p>En todas estas situaciones se acompaña al examinado para poder exponerse a situaciones parecidas con personas desconocidas.</p> <p>Se aplica pruebas psicológicas post test.</p> <p>Cierre</p> <p>Se agradece por la participación durante todas las sesiones y se motiva a que tiene que seguir practicando.</p> | 45' | |
| | | | | 10' | |

2.7.Procedimiento

Fases de evaluación:

Se inicio con la entrevista buscando establecer una adecuada relación terapéutica con el usuario, permitiéndole tener la confianza de expresar lo que le sucede, recogiendo información significativa para la elaboración de la historia clínica. Luego, se procede con la administración de los instrumentos psicométricos. Finalmente, se procede a elaborar el informe psicológico con los resultados obtenidos de las pruebas para ser explicados detalladamente al usuario en la sesión de entrega de resultados.

Tabla 4

| Sesiones | Objetivo | técnicas e Instrumentos |
|-----------------|---|--|
| Sesión 1 | Conseguir información de valor sobre el problema del usuario | Entrevista psicológica |
| Sesión 2 | Valorar la frecuencia de las conductas evitativas y el nivel de ansiedad. | Entrevista psicológica “Escala de Liebowitz para la ansiedad social (LSAS)” “Inventario de ansiedad de Beck (BAI)” |
| Sesión 3 | Evaluar sobre que habilidades sociales presenta el paciente. | Entrevista psicológica “Escala de habilidades sociales de Goldstein” |

| | | |
|-----------------|---|---|
| Sesión 4 | Evaluar qué tipo de pensamiento distorsionado presenta el paciente. | Entrevista psicológica “Inventario de pensamientos automáticos – distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan”. |
| Sesión 5 | Explicar al usuario los resultados psicológicos | Informe psicológico |

Fases de intervención:

El proceso de ICC fue iniciado procurando fortalecer el rapport terapéutico, por medio de la psicoeducación sobre el problema presentado, sus causas y los factores que sostienen el cuadro de ansiedad social. Se le explicaron los objetivos de la ICC y se desarrollaron doce sesiones de terapia psicológica.

Tabla 5

| Objetivo | Sesiones | Técnicas |
|--|-----------------|--------------------------------|
| “Definir el tema de la ansiedad social desde el enfoque cognitivo conductual” | Sesión 1 | Psicoeducación |
| “Reducir los niveles de ansiedad”. | Sesión 2 | Respiración diafragmática |
| | Sesión 3 | Relajación muscular progresiva |
| | Sesión 4 | |
| “Modificar pensamientos negativos” | Sesión 5 | RC |
| | Sesión 6 | |
| | Sesión 7 | |

| | | |
|---|-----------|--------------------------------------|
| “Incrementar las conductas de interacción social”. | Sesión 8 | Entrenamiento en habilidades |
| | Sesión 9 | sociales |
| “Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad y el temor a situaciones sociales”. | Sesión 10 | Técnica de exposición en imaginación |
| | Sesión 11 | EEV |
| | Sesión 12 | EEV Aplicación de pruebas. |

2.8. Consideraciones éticas

Según el Código de Ética y Deontología, perteneciente al Colegio de Psicólogos del Perú (Ley 30702), menciona en el Capítulo III, de la Investigación, en el Artículo 24° que todo Psicólogo debe tener presente que toda investigación y presentación de casos clínicos debe contar con el consentimiento informado.

Para el presente caso clínico se le solicito el consentimiento informado al paciente quedando establecido que su caso iba ser presentado para obtener la titulación de la segunda especialidad, el cual estuvo de acuerdo.

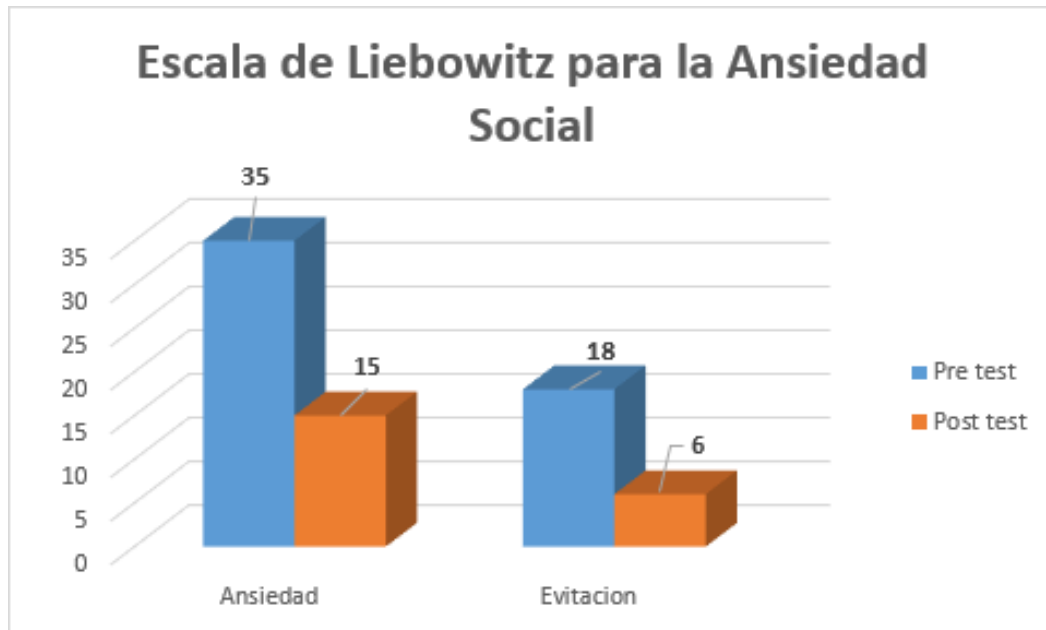
III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

3.1.1. Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social

Figura 1

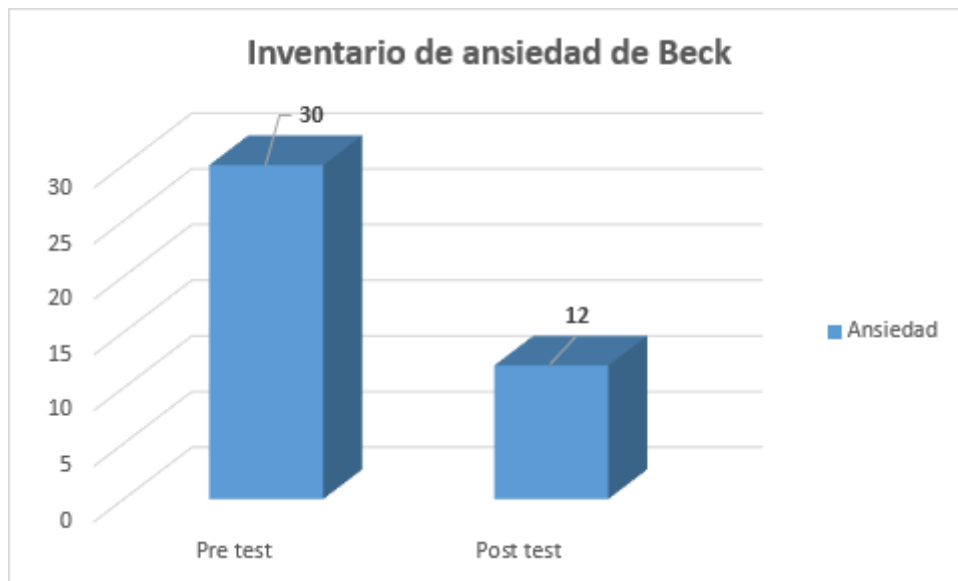
Pre test y pos test de la “Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social”



3.1.2. Inventario de Ansiedad de Beck

Figura 2

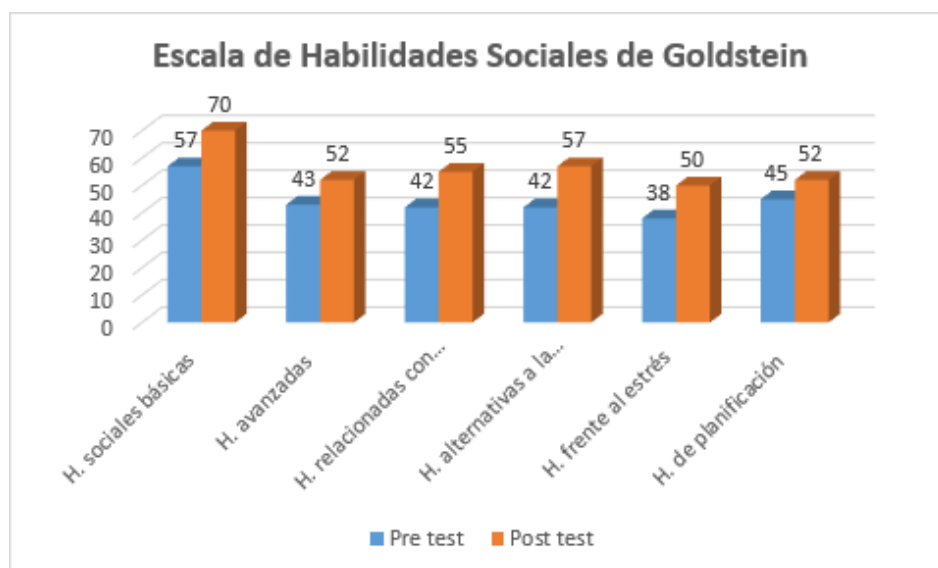
Pre test y post test de la “Escala de Ansiedad de Beck”



3.1.3. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

Figura 3

Pre test y pos test de la “Escala de Habilidades Sociales de Goldstein”



3.1.4. Inventario de Pensamientos Automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan

Figura 4

Pre test y pos test del “Inventario de Pensamientos Automáticos de distorsiones cognitivas”

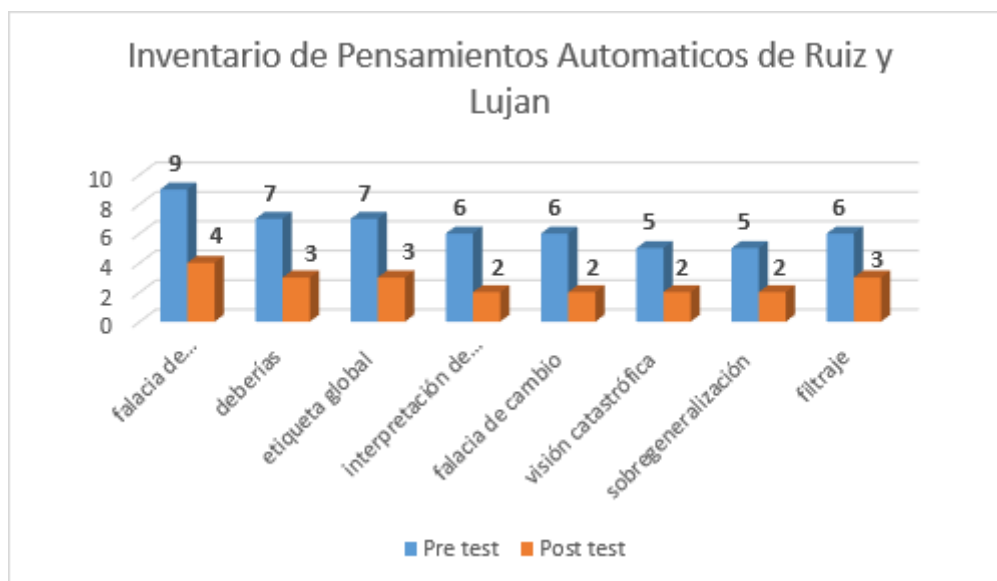


Tabla 6

Registro de la línea base de la semana 1 según presencia de pensamientos distorsionados

| Pensamientos | Lun | Mar | Mie | Jue | Vie | Sab | Dom | Total |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| “Lo hare mal, los demás son mejores que yo” | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 11 |
| “La gente se burlará de mí, si me equivoco” | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| “Que tal me preguntan algo y no sabre que responder” | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 11 |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|----|
| “La gente espera mucho de mí, pero cuando me conocen se decepcionan” | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 13 |
| “La gente habla de mí, como para solo y no hablo mucho dirán que soy un tonto” | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 10 |
| “La gente sabe que estoy nervioso” | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 7 |

Tabla 7

Registro de la línea base de la semana 1 según la intensidad de la ansiedad

| Pensamientos | SUD |
|--|------------|
| A. Ansiedad al pensar “Lo hare mal, los demás son mejores que yo” | 7 |
| B. Ansiedad al pensar “La gente se burlará de mí, si me equivoco” | 8 |
| C. Ansiedad al pensar “Que tal me preguntan algo y no sabre que responder” | 8 |
| D. Ansiedad al pensar “La gente espera mucho de mí, pero cuando me conocen se decepcionan” | 9 |
| E. Ansiedad al pensar “La gente habla de mí, como para solo y no hablo mucho dirán que soy un tonto” | 9 |
| F. Ansiedad al pensar “La gente sabe que estoy nervioso” | 9 |

Figura 5

Registro de la línea base de la semana 1, según la intensidad de la ansiedad



Figura 6

Registro semanal en frecuencia de pensamientos distorsionados



Tabla 8

Registro semanal en frecuencia de conductas problema

| Conducta/ problema | Lun | Mar | Mier | Jue | Vie | Sab | Dom | total |
|--|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-------|
| Miente que se encuentra mal de salud para no formar. | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| Inventa tener cólicos estomacales para no comandar. | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Inventa desvanecimiento para no asistir a la reunión de camarería del trabajo | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| No ingresa al salón de clase | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| Se retira del salón de clase | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| Se baja del bus | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 |

Figura 7

Registro semanal en frecuencia de conductas problema

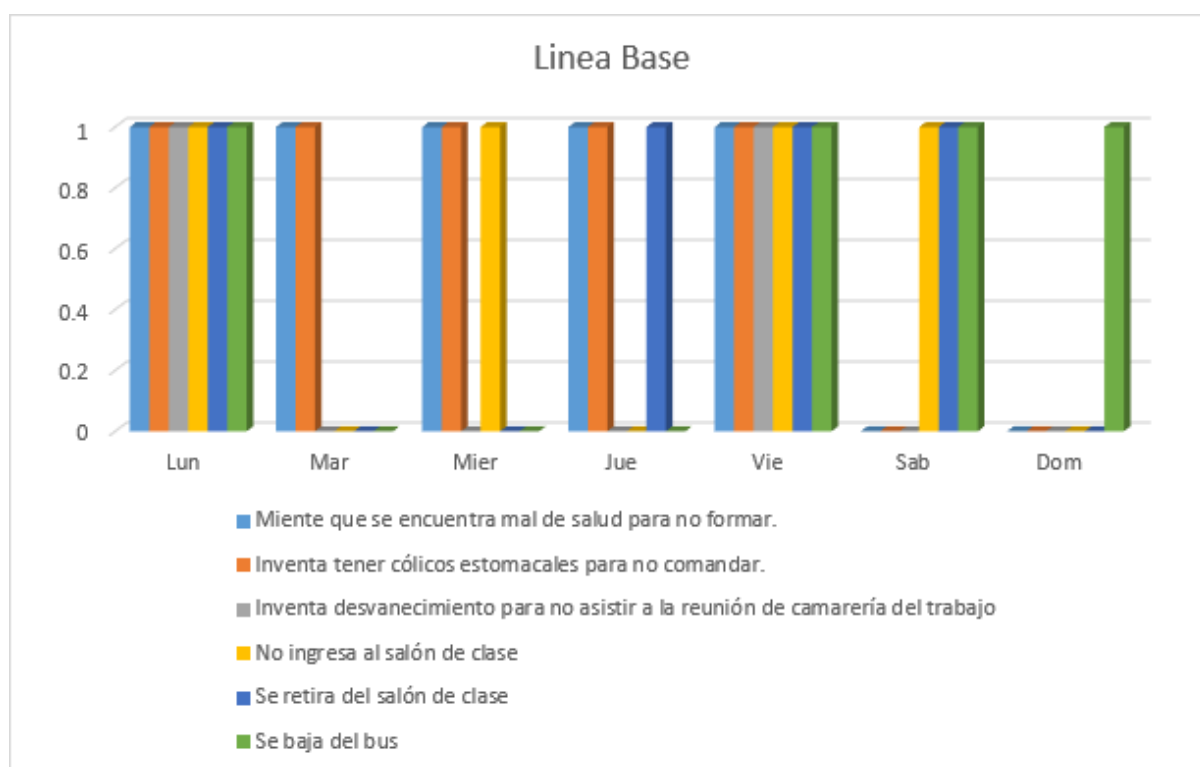
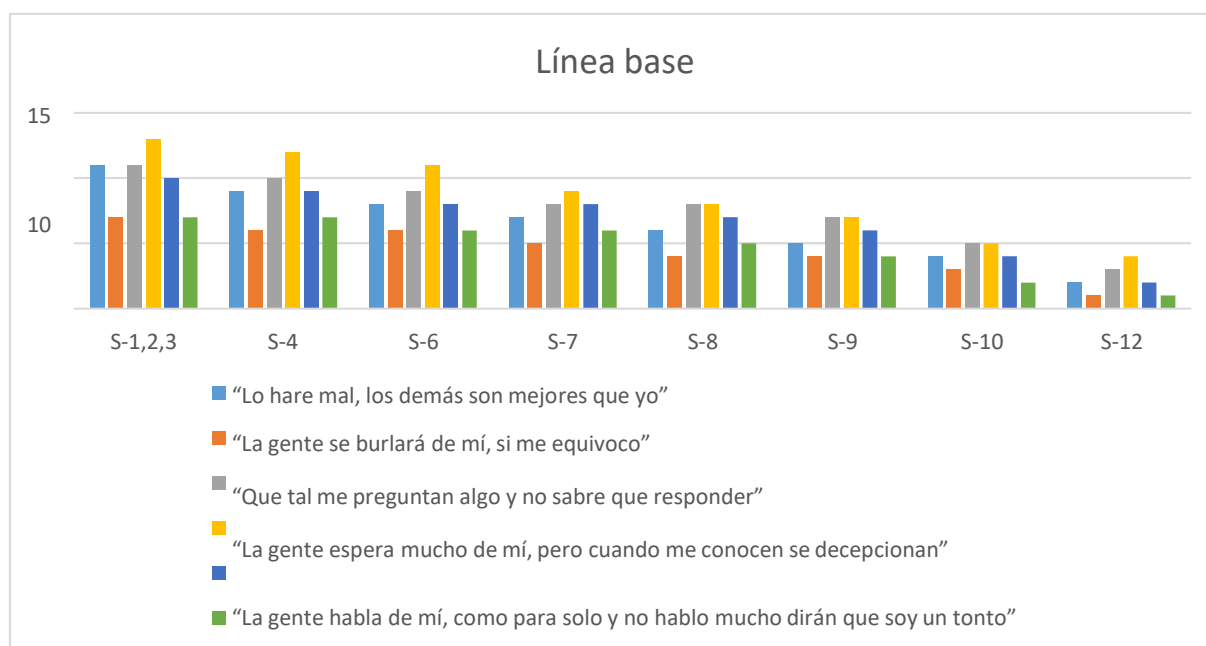


Tabla 9*Línea de tratamiento por sesiones para pensamientos distorsionados*

| Pensamientos | S-1,2,3 | S-4 | S-6 | S-7 | S-8 | S-9 | S-10 | S-12 |
|--|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| “Lo hare mal, los demás son mejores que yo” | 11 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 2 |
| “La gente se burlará de mí, si me equivoco” | 7 | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 | 1 |
| “Que tal me preguntan algo y no sabre que responder” | 11 | 10 | 9 | 8 | 8 | 7 | 5 | 3 |
| “La gente espera mucho de mí, pero cuando me conocen se decepcionan” | 13 | 12 | 11 | 9 | 8 | 7 | 5 | 4 |
| “La gente habla de mí, como para solo y no hablo mucho dirán que soy un tonto” | 10 | 9 | 8 | 8 | 7 | 6 | 4 | 2 |
| “La gente sabe que estoy nervioso” | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 | 4 | 2 | 1 |

Figura 8*Línea de tratamiento por sesiones para tratamiento pensamientos distorsionados*

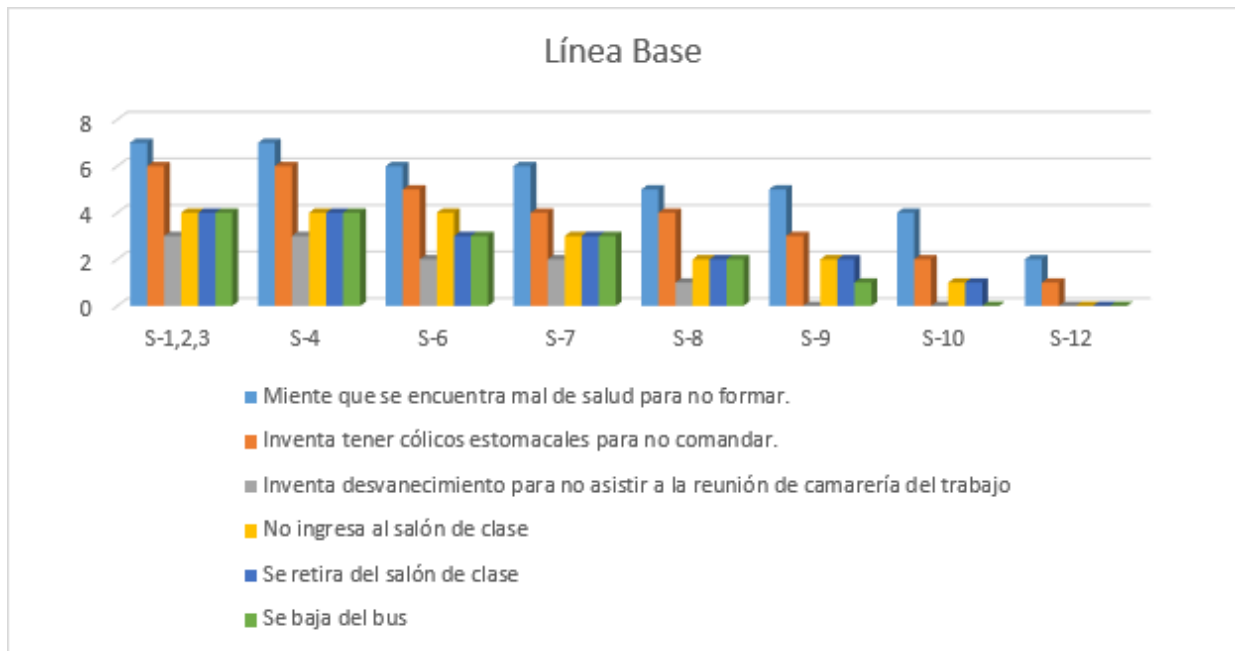
**Tabla 10**

Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema

| Conducta/ problema | S-1,2,3 | S-4 | S-6 | S-7 | S-8 | S-9 | S-10 | S-12 |
|--|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| Miente que se encuentra mal de salud para no formar. | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 2 |
| Inventa tener cólicos estomacales para no comandar. | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Inventa desvanecimiento para no asistir a la reunión de camarería del trabajo | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| No ingresa al salón de clase | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Se retira del salón de clase | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Se baja del bus | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 |

Figura 9

Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema



3.2. Discusión de resultados

En esta parte se realiza la discusión de los resultados del programa de ICC, donde se comprobó el nivel de efectividad de este modelo terapéutico para intervenir en casos específicos de ansiedad social. Al tomar como objetivo principal la reducción de la ansiedad social, por medio de la modificación de pensamientos distorsionados y la disminución de comportamientos sociales evitativos, a través de la ICC, se consiguió disminuir los mencionados niveles en el sistema de respuesta y a nivel general. El paso fue de una ansiedad de rango moderada a una de rango mínimo. En la sección de resultados, es posible notar una transformación importante en sus creencias distorsionadas ante eventos sociales que sucedían en la primera etapa de la evaluación, y a través de la ICC, se consiguió identificar a estas creencias en su relación con las respuestas comportamentales y emocionales de ansiedad, de modo de conseguir un análisis adecuado sobre sus relaciones sociales. Dichos resultados se asemejan a los de otras investigaciones en el contexto nacional, como la de Orellana (2020), que confirmó la eficacia de la ICC. El primer objetivo se logró psicoeducar al examinado sobre la ansiedad social, en el segundo

objetivo se disminuyó el grado de ansiedad por medio de la relajación muscular y la respiración diafragmática. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Requena (2019), haciendo uso de los auto registros y relajación progresiva para reducir los niveles de ansiedad.

En lo referido al tercer objetivo, fue posible cambiar creencias distorsionadas como: “Lo hare mal, los demás son mejores que yo”, “La gente se burlará de mí, si me equivoco”, “Que tal me preguntan algo y no sabre que responder”, “La gente espera mucho de mí, pero cuando me conocen se decepcionan”, “La gente habla de mí, como para solo y no hablo mucho dirán que soy un tonto”, “la gente sabe que soy nervioso”. Estos resultados son muestra de que disminuyó la frecuencia de aparición de estas creencias, como se observa en la figura 8, lo que también se asemeja al estudio de Orellana (2020), el cual hizo uso de autorregistros, autorrefuerzos y RC, lo que generó una disminución de estas creencias. De forma análoga, estos resultados convergen con los de Mendoza (2020), el cual redujo las creencias distorsionadas, por medio de técnicas de psicoeducación, autorregistros y RC.

Sobre el cuarto objetivo, se disminuyeron los comportamientos evitativos, a través del modelado. Esto converge con la investigación de Huertas (2018), quien también redujo la evitación por medio de las mismas técnicas. Finalmente, sobre el quinto objetivo, se observó un aumento de la asertividad en las interacciones sociales, mediada por el entrenamiento en habilidades sociales, tal como se ve en la figura 3. Esto es consistente con lo encontrado por Orellana (2020), quien también aumentó las habilidades sociales con técnicas variadas, como el programa de actividades y entrenamiento en asertividad.

3.3. Seguimiento

Para confirmar el mantenimiento y mejoramiento del estado del paciente, se llevó a cabo una sesión de seguimiento, tras 20 días del cierre de la ICC. En la misma se indagó

acerca la presencia de nuevos activadores que le hubieran generado ansiedad en ciertas circunstancias. Se confirmó que se cumplieron los objetivos y se le ofreció apoyo y feedback en las técnicas aplicadas, en función de la revisión de su registro.

IV. CONCLUSIONES

- a. Se ha podido comprobar, tras cuatro meses de la ICC la mejora en los síntomas de ansiedad social fue significativa, principalmente en las conductas evitativas, que reducían la calidad de vida del paciente.
- b. Durante el cierre de la doceava sesión se logró apreciar que el miedo y la vergüenza seguían activos en circunstancias de ansiedad social, de lo que se infiere que las habilidades para la independencia todavía no se instauraban de forma plena.
- c. Se pudo comprobar que, al cierre de la ICC, las emociones del paciente de temor seguían persistiendo en circunstancia como comandar a los soldados de su centro de labores y formarse en la lista de diana; esto debido a la persistencia de la intervención en dichas situaciones.
- d. Se disminuyeron las distorsiones cognitivas, por medio de la RC.
- e. Se disminuyeron las respuestas fisiológicas por medio de la psico educación y el aprendizaje de técnicas de relajación.
- f. Se logró aumentar la participación en actividades de ocio, por medio de tareas terapéuticas graduales, el uso de autoinstrucciones y la ejecución de un programa de actividades satisfactorias, todo ello apoyado por la familia.
- g. Se pudo comprobar que la ICC influye en el cuadro clínico de ansiedad social, demostrando que es posible lograr mejoras significativas al cierre de la intervención.
- h. El programa de ICC en el caso clínico motivo de interés de este estudio se considera finalizado con éxito, ya que las técnicas aplicadas sirvieron para mejorar el estado general del paciente, y el específico asociado a los signos y síntomas de la ansiedad social.

V. RECOMENDACIONES

- a. Desarrollar estrategias para la prevención comunitaria de la ansiedad social.
- b. Confrontar los hallazgos de este estudio con la información recolectada por otras instituciones que atiendan pacientes con ansiedad social, de modo de poder comparar resultados y establecer conclusiones más generales.
- c. Hacer extensivo este tipo de estudio a otros casos clínicos, con pacientes de diferentes géneros y diferentes tipos de ansiedad.
- d. Compartir experiencias con la comunidad profesional que labora con pacientes con ansiedad social por medio de ICC, esto con el objetivo de lograr una integración de conocimientos y mejorar la calidad de los tratamientos, lo mismo que documentar dicho proceso e informar sus resultados.
- e. Desarrollar estrategias apropiadas para una mejor adhesión psicoterapéutica con los familiares del paciente con ansiedad social; para conseguir más eficacia en el tratamiento.

VI. REFERENCIAS

- Albano, A. y Detweiler, M. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and socialphobia in children and adolescents (Eds.) *From social anxiety to social phobia*.
- American Psychological Association (2000). *Manual Diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales* (5 ta ed.). El Manual Moderno.
<https://doi.org/10.1002/9781119547174.ch198>
- Amores, B. (2018). Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordadodesde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Información psicológica*, (116), 79-94.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735206>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. (5ª ed.). Panamericana.
- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Universidad de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Universidad de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Universidad de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Universidad de

Barcelona <http://hdl.handle.net/2445/18382>

- Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2003). Significación clínica de los resultados del tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 643-678. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/13.Bados_11-3oa.pdf
- Beck, A. (1995). Terapia cognitiva: pasado presente y futuro. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*.
- Beidel, D., Turner, S. y Morris, T. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643- 650. <https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00010>
- Beidel, D., y Turner, S. (1998). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/10285-000>
- Burgos, D., Rendón, V., Díaz, C., Aguirre, J., Peralta, G. y Angulo, T. (2020). La relajación y estrés laboral en el personal docente: una revisión sistemática. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 25(266), 109-123. <https://doi.org/10.46642/efd.v25i266.1617>
- Caballo, V. (2005). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos*. <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. y Hofmann, S. (2019). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: El programa IMAS. *Psicología Conductual*, 27(1), 149-172. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/04/09.Caballo-27->

1EsAL.pdf

Castro, A. (2016). Reestructuración cognitiva conductual en el autoconcepto del adolescente.

Jornadas de Investigación e Innovación Educativa, 2, 98-114.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6296679.pdf>

Ceberio, M. y De la Cruz, R. (2023). Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 7(15), 100–111.

<https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070110>

Clark, D. (1989). *Anxiety states: Panic and generalized anxiety*. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirky D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*(pp. 52-96)

Cuevas, J. y Moreno, N. (2017) Psicoeducación: Intervención de Enfermería para el Cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>

Dosil, L. (2020). *Eficacia de las técnicas de respiración lenta y profunda en la mejora de la calidad de vida en sujetos con dolor crónico de origen músculoesquelético: revisión sistemática*.

https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26724/DosilGago_Laura_TFG_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Fajardo, N. (2018). *Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con Fobia social de 15 años: Estudio de caso único*. [Tesis de Maestría]. Repositorio Universidad del Norte.

<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10346/133894.pdf?sequence=1&is>

Allowed=y

- Flores, R. (2021). *Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo*. [Tesis de Maestría]. Repositorio Universidad Señor de Sipán. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/8303>
- Frangella, L. y Lukaszewicz, C. (18 de Julio de 2015). *Manual psicoeducativo para personas con ansiedad social*. Fundación Foro. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo45.pdf>
- García, A. (2020). *Beneficios de los ejercicios respiratorios en el control de la ansiedad. Una revisión bibliográfica*. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26874/GarciaMoreno_Alicia_TFG_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- García, C. y Linares, N. (2020). Efecto de la reestructuración cognitiva sobre las distorsiones cognitivas de los adolescentes frente al duelo por fallecimiento de sus padres. *Boletín Médico De Postgrado*, 36(1), 38-42. <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2618>
- García-López, L. (2007). Trastorno de ansiedad social: estado actual en población infanto-juvenil. Universidad de Jaén: Servicio de Publicaciones.
- García-López, L., Piqueras, J., Inglés, C., Díaz-Castela, M. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501- 33. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/07.Garcia_lopez_16-3oa-1.pdf
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C. y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24, 29-49.

<https://olgagomezortiz.es/wp-content/documentos/2.pdf>

Habigzang, L., Gomes F. y Maciel, Z. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149–264. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v13n2/1688-4221-cp-13-02-249.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2015). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.

Hofmann, S., Albano, A., Heimberg, R., Tracey, S., Chorpita, B. y Barlow, D. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9(1), 15-18.

Huamaní, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada*. [Tesis de Segunda Especialidad]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal UNFV. http://190.12.84.13:8080/bitstream/handle/20.500.13084/6388/UNFV_FP_Huamani_Mendoza_Claudia_Segunda_especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Huertas, L.K. (2018). Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso clínico de fobia social. [Tesis de licenciatura]. Repositorio Universidad de San Martín de Porres USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4532>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3676542/Estudio%20Epidemiologico%20de%20%20Salud%20Mental%20de%20Lima%20Metropolitana%202012.pdf.pdf?v=1663935253>

Jiménez, J. (2018). *Análisis teórico de un caso de ansiedad generalizada desde el enfoque cognitivo- conductual*. [Tesis de maestría]. Repositorio Universidad Técnica de Machala. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12199>.

- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson.
- Kearney, C. (2005). *Social Anxiety and Social Phobia in Youth: Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment*. Nueva York: Springer-Verlag <https://www.al-edu.com/wp-content/uploads/2014/05/Kearney-Social-Anxiety-and-Social-Phobia-in-Youth-Characteristics-Assessment-and-Psychological-Treatment.pdf>
- Keegan, E. (2012). La Salud Mental en la perspectiva cognitivo-conductual. Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 23 (101), 52-56.
- Kerlinger, E. (1975). *Investigación del comportamiento*. Interamericana. Ley N° 30702. Ley que modifica el Decreto Ley 23019, Ley que crea el Colegio de Psicólogos del Perú (21 de diciembre de 2017). Congreso de la República del Perú. <https://www.elperulegal.com/2017/12/ley-n-30702.html>
- Labrador, F., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27(2), 319–326. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/122921>
- Laya, T. (2018). *Estudio de caso clínico: tratamiento cognitivo conductual en un caso de fobia social*. [Tesis de Licenciatura]. Repositorio Universidad de San Martín de Porres USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4303/laya_vtm.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Martínez, N. (2019). *Una revisión sobre la terapia cognitivo - conductual en la ansiedad social*. [Tesis de licenciatura]. Repositorio Universidad de Jaén. https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/9836/1/Martnez_Olea_Noelia_TFG_Psicologa..pdf
- Martínez, S. y Sánchez, J. (2023). Relajación muscular progresiva de Jacobson en pacientes

con ansiedad. Revisión de la literatura. *Garnata* 91, 26, 1-3.
<https://www.ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e2630gt/e2630gt>

Mendoza, H. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual aplicada a una adolescente con fobia social*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4902>

Muñoz, J. y Alpízar, 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>

Nuñez, I. (2011). *Diseños de investigación en psicología*. Universidad de Barcelona.
https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf

Olivares-Olivares, P., Rosa-Alcázar, A. y Olivares-Rodríguez, J. (2007). Validez Social de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social: Padres frente a Profesores. *Terapia psicológica*, 25(1), 63- 71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000100005>

Olivares-Rodríguez, J. Caballo, V., García-López, L., Alcázar, A. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Olivares-2_11-3oa.pdf

Orellana, J. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4582>

- Organización Mundial de la Salud. (27 de septiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Se%20calcula%20que%20un%204,los%20trastornos%20mentales%20> (1).
- Pozo, D. (2016). *La reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de entre 18 y 50 años usuarias del centro de equidad y justicia de Tumbaco en los meses de junio a septiembre de 2015* [Tesis de licenciatura]. Repositorio Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/12532>
- Price, M. y Anderson, P. (2011). The impact of cognitive behavioral therapy on post event processing among those with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 132-137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.006>
- Pucha, E., Vázquez, M. y Moyano, M. (2019). *Eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson frente a reestructuración cognitiva de BECK en pacientes que presentan ansiedad en "CENTERAVID"* [Tesis de licenciatura]. Repositorio Institucional Universidad del Azuay. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8838/1/14468.pdf>
- Reguera, S. (2021). Intervención Cognitivo-Conductual en un Caso de Ansiedad Social. Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175-184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>
- Requena, F. (2019). *Intervención Cognitivo Conductual para la Fobia Social en un varón adulto*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3450>

Resolución Rectoral N° 6436. Resolución que aprueba el Código de Ética para la investigación en la Universidad Nacional Federico Villarreal (22 de octubre de 2019).

https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia_estandar/Datos_Generales/Normas_Emitidas/Resoluciones/Consejo_Universitario/2019/Resolucion_R_Nro_6436_2019_CU_UNFV.pdf

Rivera Martínez, P., y Alcázar Olán, R. J. (2019). *La respiración profunda, sus beneficios y cuándo usarla*. Universidad Iberoamericana Puebla
<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4321>

Rivera, F. (2023). *Estudio de caso: ansiedad e ira desde la terapia cognitivo conductual*. [Tesis de maestría]. Repositorio Universidad Europea Madrid
https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4924/tfm_FranciscoRiveraRufete.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rojas, L. P. (2022). *Intervención cognitivo conductual en fobia social en una mujer joven*. [Tesis de Maestría]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/5926>

Rosales, J., Caparros, B., Molina, I. y Alonso, S. (2013). *Habilidades sociales*. McGraw-Hill Interamericana.

Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>

Salguero, M., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. y Gross, J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*,

29(4),234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/A000150>

Torres, P. (2021). Evaluation of the effectiveness of cognitive behavioral therapy in the treatment of anxiety in young adults. *Revista Veritas De Difusão Científica*, 2(1), 83–100.

<https://revistaveritas.org/index.php/veritas/article/view/11>

Tran, Y., Blumgart, E. y Craig, A. (2021). Situational Embarrassment and Its Relationship to Social Anxiety in Adults Who Stutter. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 64(10), 3759–3768. https://doi.org/10.1044/2021_jslhr-21-00158

https://doi.org/10.1044/2021_jslhr-21-00158

Universidad San Ignacio de Loyola. (05 de marzo de 2021). *Covid-19 en el Perú: aumentan casos de ansiedad y depresión*.

<https://blogs.usil.edu.pe/novedades/covid-19-en-el-peru-aumentan-casos-de-ansiedad-y-depresion#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20la%20ansiedad,Instituto%20Nacional%20de%20Salud%20Mental.>

Vallés-Arándiga, A., Olivares-Rodríguez, J. y Rosa-Alcázar, A. (2014). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. *Liberabit*, 20(1), 41-53.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n1/a05v20n1.pdf>

Willetts, L. y Creswell, C. (2007). *Overcoming your child's shyness and social anxiety*.

Reading: Constable y Robinson

VII. ANEXOS

Anexo A

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

Asisto a una consulta psicológica privada para recibir terapia, las mismas que serán brindadas por un profesional psicólogo. Tengo plena seguridad que al amparo de la ley N°20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003- 2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a mi intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 04 de abril del 2024

Hora: 10:00


N° Historia Clínica: 77673948

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto de investigación el mismo que es realizado por la psicóloga Rossmery Esperanza LOPEZ CASTILLA en condición de investigadora. Yo declaro haber sido informado de los procedimientos de la intervención del trabajo académico que se realizara y se han resuelto todas mis inquietudes de preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, doy mi

consentimiento para el uso de la información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitan ratificar la eficacia de la terapia mediante una evaluación pre y post tratamiento.

A handwritten signature in black ink on a light blue background. The signature is cursive and appears to be 'Paul'.

Firma o huella digital del paciente
DNI: 77673948

A handwritten signature in black ink on a light blue background. The signature is cursive and appears to be 'Fernando'.

Firma o huella del profesional Psicólogo que
informa y toma el consentimiento
DNI: 45893188

Anexo B

INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS)

Nombre y Apellidos: *Dña* Edad: *26 años* Fecha: *abril 2023*

Instrucciones: Evaluar a cada ítem con un 0 (nada), 1 (ligero), 2 (moderado) o 3 (severo) basado en su experiencia o de la semana pasada. A cada ítem se le debe asignar sólo una puntuación de Miedo y una puntuación de Evitación. Si usted no entró en la situación temida en la semana pasada, evalúe el ítem de acuerdo a cómo habría sido su nivel de miedo si se hubiera encontrado con la situación temida y la hubiera evitado.

| Situaciones Sociales | Miedo o ansiedad 0 = Nada de miedo o ansiedad 1 = Un poco de miedo o ansiedad 2 = Bastante miedo o ansiedad 3 = Mucho miedo o ansiedad | Evitación 0 = Nunca lo evito 1 = En ocasiones lo evito 2 = Frecuentemente lo evito 3 = Habitualmente lo evito |
|---|--|---|
| 1. Hablar por teléfono en público (P) | 1 | 0 |
| 2. Participar en pequeños grupos (P) | 1 | 0 |
| 3. Comer en lugares públicos (P) | 1 | 0 |
| 4. Beber con otros en lugares públicos (P) | 1 | 0 |
| 5. Hablar con personas con autoridad (S) | 3 | 3 |
| 6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P) | 2 | 1 |
| 7. Ir a una fiesta (S) | 2 | 1 |
| 8. Trabajar mientras le están observando (P) | 2 | 0 |
| 9. Escribir mientras le están observando (P) | 1 | 0 |
| 10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S) | 1 | 1 |
| 11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien (S) | 1 | 1 |
| 12. Conocer a extraños (S) | 2 | 0 |
| 13. Orinar en un baño público (P) | 0 | 0 |
| 14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P) | 2 | 1 |
| 15. Ser el centro de atención (S) | 3 | 2 |
| 16. Hablar en una reunión (P) | 2 | 2 |
| 17. Hacer un examen (P) | 0 | 0 |
| 18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S) | 1 | 1 |
| 19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S) | 1 | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 20. Dar un informe a un grupo (P) | 1 | 0 |
| 21. Tratar de enamorar a alguien (P) | 2 | 2 |
| 22. Devolver compras en una tienda (S) | 2 | 0 |
| 23. Organizar una fiesta (S) | 2 | 0 |
| 24. Resistir a un vendedor insistente (S) | 1 | 1 |

Inventario de Ansiedad de Beck

Indique para cada uno de los siguientes síntomas, el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda.

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Hormigueo o entumecimiento | | × | | |
| 2. Sensación de calor | × | | | |
| 3. Temblor de piernas | | × | | |
| 4. Incapacidad de relajarse | | | × | |
| 5. Miedo a que suceda lo peor | | | | × |
| 6. Mareo o aturdimiento | | | × | |
| 7. Palpitaciones o taquicardia | | | × | |
| 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física | × | | | |
| 9. Terrores | × | | | |
| 10. Nerviosismo | | | | × |
| 11. Sensación de ahogo | | | × | |
| 12. Temblores de manos | | × | | |
| 13. Temblor generalizado o estremecimiento | | × | | |
| 14. Miedo a perder el control | | × | | |
| 15. Dificultad para respirar | | | × | |
| 16. Miedo a morir | | | × | |
| 17. Sobresaltos | | | × | |
| 18. Molestias digestivas o estomacales | | | × | |
| 19. Palidez | | × | | |
| 20. Rubor facial | × | | | |
| 21. Sudoración (no debida al calor) | | | × | |

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS - DISTORSIONES COGNITIVAS DE RUIZ Y LUJAN

Nombres y apellidos: D. Cuid
 Fecha: abril 2023

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:
 0= Nunca pienso eso 1=Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso.

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

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (A. Goldstein)

A continuación, le presentamos una tabla con diferentes aspectos de las "Habilidades Sociales Básicas". A través de ella podrás determinar el grado de desarrollo de su "Competencia Social" (conjunto de HH.SS necesarias para desenvolverse eficazmente en el contexto social). Señala el grado en que le ocurre lo que indican cada una de las cuestiones, teniendo para ello en cuenta:

1 Si su respuesta es NUNCA

2 Si su respuesta es RARA VEZ

3 Si su respuesta es A VECES

4 Si su respuesta es a MENUDO

5 Si su respuesta es SIEMPRE

| HABILIDADES SOCIALES | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿Presta atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo? | | | | X | |
| 2 | ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes? | | | | X | |
| 3 | ¿Habla con otras personas sobre cosas que interesan a los demás? | | | | | X |
| 4 | ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada? | | | | X | |
| 5 | ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc? | | | | X | |
| 6 | ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa? | | | | X | |
| 7 | ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre sí? | | | | X | |
| 8 | ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza? | | | | | X |
| 9 | ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad? | | | | | X |
| 10 | ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad? | | | X | | |
| 11 | ¿Explica con claridad a los demás cómo hacer una tarea específica? | | | X | | |
| 12 | ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente? | | | | X | |
| 13 | ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal? | | | | | X |
| 14 | ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona? | | | X | | |
| 15 | ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta? | | | | | X |
| 16 | ¿Permite que los demás conozcan lo que siente? | | | X | | |
| 17 | ¿Intenta comprender lo que sienten los demás? | | | | X | |
| 18 | ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona? | | X | | | |
| 19 | ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos? | | | | | X |
| 20 | ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo? | | X | | | |
| 21 | ¿Se dice a si mismo o haces cosas agradables cuando se merece una recompensa? | | | | | X |
| 22 | ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada? | | | | X | |
| 23 | ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás? | | | | X | |

| HABILIDADES SOCIALES | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 24 | ¿Ayuda a quien lo necesita? | | | | | X |
| 25 | ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes? | | | | X | |
| 26 | ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"? | | | X | | |
| 27 | ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cuál es su postura? | | | X | | |
| 28 | ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas? | | | X | | |
| 29 | ¿Se mantiene al margen de situaciones que le pueden ocasionar problemas? | | | | | X |
| 30 | ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse? | | | | X | |
| 31 | ¿Les dice a los demás cuándo han sido los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar una solución? | | | X | | |
| 32 | ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien? | | X | | | |
| 33 | ¿Expresa un sincero cumplido a los demás por la forma en que han jugado? | | | | X | |
| 34 | ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido? | | | X | | |
| 35 | ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación? | | | X | | |
| 36 | ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo? | | X | | | |
| 37 | ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará? | | X | | | |
| 38 | ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y qué puede hacer para tener más éxito en el futuro? | | X | | | |
| 39 | ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa, pero dicen o hacen otras que se contradicen? | | X | | | |
| 40 | ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego, piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación? | X | | | | |
| 41 | ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática? | | | X | | |
| 42 | ¿Decide lo que quieres hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta? | | | X | | |
| 43 | ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante? | | | | X | |
| 44 | ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control? | | | | X | |
| 45 | ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea? | | | | | X |
| 46 | ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea? | | | | | X |
| 47 | ¿Resuelve que necesita saber y cómo conseguir la información? | | | | | X |
| 48 | ¿Determina de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero? | | X | | | |
| 49 | ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentir mejor? | | X | | | |
| 50 | ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo? | | | | | X |