



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN UNA JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Castillo Ibarra, Carmen Margot

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima - Perú

2024





FACULTAD DE PSICOLOGIA

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Lima 26 abril de 2023

OFICIO N° 068 -2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV

Magister

Vilma Zegarra Martínez

Jefa de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado

Facultad de Psicología

Presente. -

ASUNTO: 2A CASTILLO IBARRA_CARMEN MARGOT 1 % SEG. ESP.

REFERENCIA: OF. 0144-2023-OGGE-FAPS

NT :

*Cordialmente le expreso mi afectuoso saludo y en atención al documento de la referencia, se remite a su despacho el resultado del **primer análisis de Similitud URKUND** correspondiente al trabajo presentado por el(a) autor(a), 2A CASTILLO IBARRA_CARMEN MARGOT, **titulado: INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN UNA JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL.***

<https://secure.arkund.com/view/157879273-957955-938671>

*Manifiesto a usted que el trabajo antes mencionado cumple con el porcentaje de similitud permitido, 1 %, por lo que el **graduado puede continuar con el trámite correspondiente.***

Vº Bº

DR. EDMUNDO HERVIAS GUERRA

Responsable de Gestión del Egresado

FAPS

BACH. SOFIA TERESA SALAZAR CHAMBA

Responsable de Sistema de Similitud de

OGGE-FAPS

EHG/SSCH



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN UNA
JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL

Línea de Investigación:
Salud Mental

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

Autora:

Castillo Ibarra, Carmen Margot

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima-Perú

2024

Pensamientos

La fuerza de las palabras no está en
quién las emite; sino, en el espíritu del
que las recibe.

L. Castañeda

Saber vivir es hacer lo mejor que
podemos con lo que tenemos en el
momento en que estamos.

A. Jodorowsky

Dedicatoria

A mi madre y a Luis Fernando, por su amor, confianza y esfuerzo que ellos me han dado para lograr el objetivo trazado, pido a Dios su protección para ellos ahora y siempre.

Agradecimiento

Mi profundo agradecimiento a mi asesor Vicente Mendoza Y en especial a los docentes Miguel Vallejos, David Rojas, Gorqui Castillo y todos los docentes de la UNFV de la especialidad de la Terapia Cognitivo Conductual, quienes brindaron sus conocimientos con humildad, dedicación y respeto.

+

Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	1
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Antecedentes	5
1.2.1 Antecedentes nacionales	5
1.2.2 Antecedentes internacionales	7
1.2.3 Fundamentación teórica	8
1.2.3.1 Ansiedad social	8
1.2.3.2 Terapia cognitivo conductual	13
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación	17
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	18
II. Metodología	19
2.1 Tipo y diseño de investigación	19
2.2 Ámbito temporal y espacial	19
2.3 Variables de la investigación	19
2.3.1 Variable independiente	19
2.3.2 Variable dependiente	20
2.4 Participante	20
2.5 Técnicas e instrumentos	21
2.5.1 Técnicas	21

2.5.1.1 Entrevista y evaluación psicológica	21
2.5.2 Instrumentos	22
2.5.3 Evaluación psicológica	27
2.5.4 Evaluación psicométrica	31
2.5.5 Informe psicológico integrador	34
2.6 Intervención psicológica	43
2.7 Plan de intervención	46
2.8 Procedimiento	47
2.8 Consideraciones éticas	47
III. Resultados	48
3.1 Análisis de los resultados	48
3.2 Discusión	53
3.2 Seguimiento	55
IV. Conclusiones	56
V. Recomendaciones	57
VI. Referencias	58
VII. Anexos	62

Índice de Tablas

Tabla 1.	Criterios diagnósticos de la ansiedad	12
Tabla 2	Grupo familiar de la paciente	30
Tabla 3.	Perfil de habilidades sociales	32
Tabla 4.	Resultados de la escala de autoestima	33
Tabla 5.	Diagnóstico funcional de la conducta	35
Tabla 6.	Análisis funcional	41
Tabla 7.	Análisis cognitivo de la conducta problema	43
Tabla 8.	Intervención psicológica	43
Tabla 9.	Resultados de seguimiento en una semana	40
Tabla 10.	Línea de tratamiento	50

Índice de Figuras

Figura 1.	Dispersigrama del inventario de autoestima	34
Figura 2.	Resultados del pre y post test	48
Figura 3.	Línea base de una semana	50
Figura 4.	Resultados del Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)	51
Figura 5.	Resultados de la Escala de Habilidades Sociales	51
Figura 6.	Resultados de la Escala de Autoestima de Coopersmith	52
Figura 7.	Perfil de habilidades sociales	52

Resumen

Se presenta un estudio de un caso de una joven con ansiedad social a quien se le aplicó técnicas cognitivo-conductuales. El objetivo general fue reducir los niveles de ansiedad que tenía muy preocupada a la paciente produciéndole problemas en sus interacciones con los demás, así como con ella misma, lo que influía sobre su trabajo. Se utilizó el diseño experimental de caso único utilizando el diseño bicondicional A-B mediante el cual en la fase A se aplicó la evaluación a través del Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), la Escala Habilidades Sociales (EHS) y la Escala de Autoestima de Coopersmith (SEI). Asimismo, se continuó con la recolección de información para la elaboración de la línea base, complementándola con la entrevista conductual, autorregistros y el análisis funcional antes y después de la aplicación del programa. Luego se aplicó la fase B que consistió en el uso de técnicas como psicoeducación, técnica de relajación, repaso de la tarea de la sesión anterior, psicoeducación. Los resultados encontrados evidenciaron disminución de los síntomas de ansiedad social pues en la evaluación inicial (línea base) en donde se obtuvo una categoría de Ansiedad Moderada, para después en la etapa de intervención haber obtenido una categoría de Nivel Bajo. Finalizada la intervención se realizó una etapa de seguimiento, en la cual se evidenció que los resultados de la intervención se mantenían en niveles bajos de ansiedad social.

Palabras clave: ansiedad social, cognitivo-conductual, intervención

Abstract

A study of a young woman with social anxiety is presented to whom cognitive-behavioral techniques were applied, the general objective was to reduce the levels of anxiety she has, very worried the patient causing problems with her interactions with others, as well as with herself, which influences her work. The single case experimental design was used using the A-B biconditional design where in phase A the evaluation was applied through the Beck Anxiety Questionnaire (BAI), Social Skills Scale (EHS), Coopersmith Self-Esteem Scale (SEI). Likewise, the collection of information for the elaboration of the baseline continued, complementing it with the behavioral interview, self-registrations and the functional analysis before and after the application of the program. Then phase B was applied, which consisted of the use of techniques such as psychoeducation, relaxation technique, review of the task from the previous session, psychoeducation. The results found showed a decrease in the symptoms of social anxiety since in the initial evaluation (base line) where a category of Moderate Anxiety was obtained, and later in the intervention stage a category of Low Level was obtained. After the intervention, the follow-up stage was carried out, where it was evidenced that the results of the intervention remained at low levels of social anxiety.

Keywords: social anxiety, cognitive-behavioral, intervention

I. INTRODUCCIÓN

Es muy frecuente que todos nosotros nos sintamos nerviosos en algunas situaciones sociales, por ejemplo, cuando esperamos resultados luego de haber rendido un examen que deseamos salir aprobados, presentar nuestro trabajo ante un jurado en donde sabemos que nos hemos preparado bien, pero de todas maneras es el resultado el que nos hace poner ansiosos; sin embargo, las interacciones sociales dentro del trastorno causan ansiedad, temor e inseguridad por la valoración social de la actuación. Dichos momentos se evidencian por sí solos luego de haber pasado por una situación social desagradable o incómoda, en otros momentos son debidos a la influencia del ambiente educativo, la familia y amigos con quienes interactúan día a día. Se observa que la persona manifiesta miedo, ansiedad, temor de enfrentarse a situaciones nuevas, o ya conocidas, que le generan inseguridad; estos momentos se acompañan con ciertas reacciones físicas en el organismo que la persona no desea pasar o por lo que no desea hacer frente a la situación, y cuando ya está en ella, trata de salir a como dé lugar. Como vemos, la persona puede escapar de la situación que le produce ansiedad porque para ella es la única manera de salir del problema.

Cuando la persona pasa por estos momentos se siente avergonzada, sabe que los demás no la toleran, la critican, le llaman la atención, la humillan, la tratan como una persona tonta, lo que la hace sentir peor aún. Es así como le produce ansiedad intensa al tener contacto con otras personas por temor al fracaso, lo que se agrava con temblores, sonrojarse, sudar al punto de mojar totalmente sus manos, ponerse torpe y muchas cosas más que la llevan a dejar de hacer algunas actividades por miedo a sentirse avergonzada. Si el problema no se trata puede, lamentablemente, llegar a controlar la vida de quien lo padece llegando a causar complicaciones laborales y académica; así como en las relaciones sociales y la capacidad de disfrute vital, sintiéndose infeliz y otras veces deseando que los demás sean como ella. Es así como el trabajo con estas personas permite tener muchas dificultades porque no todos desean

colaborar para resolver el problema de la misma manera ya que hay muchas variables que influyen, las mismas que es preciso descubrir. Ante estas situaciones, la persona se siente que es perdedora, se siente ridiculizada, humillada, hasta que puede derivar en un caso lamentable de ansiedad social, llegando a tener miedos intensos y persistentes en cada una de las situaciones sociales, principalmente, cuando está ante personas que no la conocen y que pueden asimilar una mala impresión desde el primer momento.

Es así como quienes están en constante interacción con este tipo de personas le reclaman porque no las toleran, a veces sin tener en cuenta que con eso están agravando el problema, lo que les genera más inseguridad, con todas las consecuencias que esto acarrea, como, por ejemplo, disminución de su autoestima, sentimiento de inseguridad, incremento de la ansiedad, depresión y hasta deseos de no haber nacido.

Llega el momento que el padecimiento asusta mucho a la persona, cree que se va a morir, no puede concentrarse. Ante esto, los que están cerca de ella se incomodan, le reclaman, no la valoran. Todo esto es preocupante porque según Bravo y Padrós (2014), el número de personas que tienen algún problema de ansiedad lamentablemente va en aumento debido a las circunstancias actuales que llegan a producir incertidumbre en la población, así como por la inseguridad de lo que pueda suceder próximamente. Esto ocurre porque cada día se descubren causas de ciertas enfermedades, algunas de ellas terminales, que conllevan a preocupar a la población. También se afirma que hasta los alimentos que aparentemente no producen enfermedades pueden llegar a desencadenarlas siempre y cuando se consuman de manera exagerada. Es a partir de aquí que organizaciones especializadas, como el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2007) recomienda que se deben realizar programas preventivos promocionales para atender a tiempo esta problemática y así tengamos una sociedad con menos problemas emocionales y conductuales que no solo afectan a la persona que la padece sino a la familia y a todo el entorno donde se desarrolla quien la padece.

Como vemos, tener una salud mental equilibrada contribuye mucho a que la persona se desempeñe adecuadamente, se sienta realizada, tranquila, se sienta feliz y haga feliz a los demás. De esta manera, se obtiene bienestar total donde hay un equilibrio entre las variables importantes, que son lo físico, mental y social; logrando que las personas se sientan útiles, siendo capaces de hacer frente a las adversidades y estarán siempre fortalecidas en todos los niveles. Si bien no hay un equilibrio total de lo que se trata es de buscar siempre la felicidad porque se siente útil y hace feliz a los demás.

El trabajo que se expone a continuación considera los siguientes aspectos: se describe el problema teniendo en cuenta lo que viene ocurriendo a nivel de la comunidad, presentando pensamientos tales como “voy a errar y los demás se van a burlar”, “podría padecer del estómago y todos dirán que es causa de mi exageración” o “seguro que mi familia me critica porque aún estudio en la universidad”. Luego se presentan los antecedentes nacionales e internacionales, que derivan en el objetivo general y los específicos, así como en el marco teórico de la elaboración del trabajo. Luego se precisa el aspecto metodológico, continuando con los resultados que se han encontrado luego de haber aplicado la intervención; los logros de los resultados estuvieron dentro de lo esperado.

1.1. Descripción del problema

La mayoría de las personas, en algún momento de sus vidas, se sienten ansiosas y se manifiestan “nerviosas” ante determinadas circunstancias, principalmente cuando están ante situaciones nuevas o que significarán algo de mucha importancia. Es en estos momentos en que los “nervios” se manifiestan de diferentes maneras, principalmente a nivel biológico o psicológico. Cuando todo esto les produce ansiedad empiezan a tener miedo, como que algo malo les va a ocurrir al extremo que se puede sentir muy mal participando en situaciones del día a día. A todo esto, se le denomina ansiedad social, o también fobia social. En el caso que

nos ocupa, se trata de una joven de 22 años que se encuentra afectada por ansiedad social como consecuencia de haber ido a una fiesta y como su conducta no era del agrado de ciertas personas le dijeron que era una tonta, lo que sumado a su inseguridad y a la manera como fue criada le causó tal malestar que ha dejado de participar en reuniones sociales, no desea asumir nuevos retos y cuando debe asumir alguna responsabilidad prefiere no asistir o buscar un pretexto para no aceptar. En algunas oportunidades, cuando ha asistido a algún lugar, más por la fuerza que por iniciativa propia, ha tenido que abandonar la reunión porque se sentía tan insegura de lo que iba a hacer, se le alteraba la respiración y hasta pensaba que iba a morir; lo que más le preocupaba era que los demás la iban a criticar.

Con relación a la afectación de la salud mental se refiere a la incapacidad del sujeto para el enfrentamiento de su proyecto personal, generando episodios de frustración y agresividad. En relación con ello, los trastornos más frecuentes son la ansiedad y la depresión, de acuerdo con los estudios epidemiológicos recientes del Instituto Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2007) en el Perú confirmando los hallazgos de otros países que señalan que 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida.

Asimismo, las personas con trastornos de ansiedad suelen manifestar un mayor nivel de preocupación, acompañado de un miedo excesivo y persistente respecto a situaciones cotidianas. Sin embargo, históricamente este trastorno ha experimentado dificultades para reconocerse como un problema de salud por ausencia de información confundiendo el trastorno con un estilo de vida (Montgomery, 1995; citado por Caballo, 2007).

En conclusión, el trastorno de ansiedad social implica altos niveles de ansiedad, miedo o rechazo ante eventos sociales asociados a sentimientos de vergüenza, inseguridad y preocupación ante la evaluación negativa de otras personas.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Mendoza (2020) en la evaluación de un estudio de caso con intervención cognitivo-conductual en una adolescente de 15 años con ansiedad social desde hace tres años con preocupación materna sobre la evolución del caso. En dicho caso se procedió a la evaluación de la historia clínico-psicológica que conduce a explicar los factores condicionantes a través del análisis funcional de la conducta. El diagnóstico funcional permitió determinar los excesos conductuales y el modelo explicativo adaptando distintas técnicas a la adolescente tal como la relajación progresiva de Beck, reestructuración cognitiva y exposición graduada. Dicha intervención fue eficaz de acuerdo con la evaluación pre, post y el seguimiento correspondiente.

Calonge (2020) realizó un estudio de caso correspondiente a una adolescente de 13 años que presenta ansiedad social. Realizó su evaluación cognitivo conductual, análisis funcional de la conducta, el análisis cognitivo, el diagnóstico clínico. El plan de tratamiento se inicia posterior al registro de frecuencia por parte de los padres, quienes a través de la psicoeducación conocen las técnicas cognitivo-conductuales desarrolladas con su hija, así como la importancia que la medicación tiene en la reducción de sus niveles de ansiedad. Se entrena en la paciente otras técnicas cognitivo-conductuales como: relajación, terapia racional emotiva y resolución de problemas, con el objetivo de reducción de sus niveles de ansiedad y una mejor adaptación social, personal y familiar.

Feria (2020) presentó un trabajo académico en el cual se expone la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual en una mujer adulta de 42 años que presenta fobia social específica dirigida hacia el acto de leer. Se describe el procedimiento en cada una de las fases de la intervención, así como los resultados. El abordaje terapéutico fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional A-B-A. Se empleó la entrevista y registros

conductuales, el Cuestionario de Personalidad PEN de Eysenck y el Registro de Opiniones - REGOPINA. Asimismo, se utilizaron técnicas como la Terapia Racional Emotiva Conductual, Desensibilización sistemática imaginaria y en vivo, Role Playing y reforzamiento positivo. Los resultados de la intervención mostraron un cambio favorable en comparación a la línea base; es decir, la eliminación y reestructuración de las creencias, así como pensamientos desadaptativos. Disminuyendo significativamente las conductas problemas como son las evitativas y de escape. Además, el resultado impacta positivamente en su ámbito personal, familiar, laboral y social de la paciente.

Rodríguez (2020) presentó el estudio de un caso psicológico de un hombre adulto de 26 años con estudios superiores que presenta Ansiedad Social. Se utilizó el diseño de caso único A-B-A. Se contó para la evaluación respectiva con la entrevista psicológica, el inventario de Ellis y de los pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan y la aplicación de la escala de ansiedad social de Liebowitz. El programa Cognitivo Conductual se desarrolló en 17 sesiones, desde la psicoeducación (pensamientos, emociones, conducta) y los objetivos de la TRE donde se incidió en la detección de las creencias irracionales y el cumplimiento de tareas conductuales de exposición y evitación al escape. Los resultados concluyen disminución de creencias irracionales y conductas de evitación, concluyendo la efectividad de la terapia.

Roca (2019) efectuó una intervención cognitivo conductual en el caso de una persona de sexo femenino y 24 años de edad, con trastorno de ansiedad social, cuyo objetivo terapéutico fue el enfrentamiento de sus temores sociales en un 80% a través de la TRE. El diseño experimental usado fue caso único (A-B-A). Se utilizaron el cuestionario de ansiedad de Burns, el cuestionario de ansiedad estado – rasgo Stai, la escala de ansiedad de Beck (BAI), la escala de depresión de Beck (BDI II), el Inventario de Coopersmith, el Inventario clínico multiaxial de Millon II y la lista de chequeo de Golstein. Se procedió a realizar la línea base de datos a través del análisis funcional antes y después de la aplicación del programa cognitivo

conductual. El programa constó de 12 sesiones e incluyó psicoeducación, respiración diafragmática, relajación, solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados obtenidos demostraron una disminución del 80% de la sintomatología ansiosa y los pensamientos perturbadores.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Del Mónaco (2019) realizó una investigación sobre terapias cognitivas conductuales en el área metropolitana de Buenos Aires, cuyo objetivo fue explorar las nociones de creencia implicadas en relatos de profesionales que trabajan en abordaje cognitivo conductual. Se registraron una serie de categorías recurrentes que dan forma a esta perspectiva como la noción de creencia. Hay formas de “leer” o “colorear” el mundo que se pueden traducir en malestares y alterar la realización de tareas y distintos aspectos de la cotidianidad. Esta situación tiene que ver, desde lo cognitivo conductual, con una carencia o falta de información en determinadas interpretaciones sobre las cosas que dificultan la relación de las personas con el entorno. Entonces, parte de la terapia precisa proveer conocimientos (en general basados en el campo científico como las probabilidades y ciencias naturales), que logren desarmar esas creencias por otras más “funcionales” a las exigencias y modos de vida actuales. En este proceso terapéutico, es posible visualizar que los entrevistados distinguen creencias de conocimientos perteneciendo las primeras a los saberes legos (pacientes) que “colorean mejor o peor la realidad” y los conocimientos a los saberes expertos que funcionan como parámetros “racionales” ante las distintas interpretaciones.

Vallés et al. (2014), en su investigación cuyo objetivo principal fue proponer un proyecto de intervención temprana en adolescentes con fobia social en España, con alumnos de 3º de ESO con fobia social en Alicante. Los resultados obtenidos concluyen en la eficacia terapéutica contra la Fobia Social (IAFS) incrementando la competencia social y la autoestima en adolescentes a través de la evaluación de un grupo control y otro experimental que incluía

exposición a situaciones sociales. Estos tratamientos fueron desarrollados en los centros educativos. Los resultados obtenidos después de seis meses concluyeron que los sujetos que reciben el tratamiento en el grupo IAFS mediante el Programa de Estrategias de Aprendizaje obtienen, a corto y mediano plazo, un incremento de la conducta asertiva y la autoestima.

Camilli y Rodríguez (2008) investigaron el mejoramiento de una mayor fundamentación empírica de las categorías diagnósticas de la ansiedad social en la búsqueda de la unificación de las estrategias e instrumentos de evaluación. Dichos estudios recomiendan la adaptación al castellano de los programas más eficaces mediante manuales o protocolo de intervención que incluyan a los padres y sesiones de generalización en el caso de niños y adolescentes; su vinculación con el tratamiento psicofarmacológico y la elaboración de programas preventivos. En conclusión, la fobia social es un trastorno que requiere de especial atención en el diagnóstico, evaluación y tratamiento en niños y adolescentes, correspondiendo a un desafío de intervención terapéutica hacia aspectos interpersonal y contextuales.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Ansiedad social. Para poder entender muy el concepto de la ansiedad es preciso analizarla a la luz de las siguientes definiciones:

A. Definición. Arslan (2015) propone que la ansiedad social ocurre cuando la persona tiene miedo de hacer frente a los momentos nuevos o que anteriormente le han generado estados de desesperación, que la han llevado a evitarlos o escapar para sentirse aliviada y desear hacer una vida para ella normal. Es así que la persona, cada vez que evita o escapa del hecho productor de ansiedad, se siente bien. De tal manera, se ve reforzada y, por lo tanto, cada vez que esté ante un momento ansioso inmediatamente tratará de evitarlo o escapar. La persona sabe que su conducta ansiosa es irracional, que no tiene sentido ni justificación, pero el problema se acrecienta cuando le sobrevienen los síntomas biológicos y psicológicos que

afectan su vida social porque se siente que los demás la van a percibir como extraña, insegura, tímida.

Lo más resaltante es que la persona constantemente está teniendo miedo y preocupada a ser humillada; por ese motivo, suele presentar dificultades para tener interacciones positivas con los demás. Todo esto no aparece de la nada, siempre hay, en algún momento de la vida de la persona, tanto estímulos predisponentes como desencadenantes. Lo que más agrava este momento sucede cuando el paciente no puede controlar el problema hasta desencadenar en crisis de pánico intenso cuando el paciente manifiesta una sensación de muerte que puede llevarlo a la desesperación y hasta el extremo de quitarse la vida porque no puede superar el problema; al final termina ingiriendo medicamentos para toda su vida.

La American Psychiatric Association (APA, 2014) establece los criterios para el diagnóstico de la ansiedad social, correspondiente a los siguientes síntomas y características:

- a. Miedo o ansiedad intensa correspondiente a diversas situaciones sociales, donde el sujeto se encuentra expuesto al examen de otras personas; por ejemplo, el mantenimiento de una conversación o la reunión con nuevos grupos.
- b. El sujeto experimenta aflicción a comportarse de manera habitual para no sentirse humillado.
- c. La evitación de asistencia a lugares que le producen ansiedad.
- d. Evitación de situaciones sociales que producen una ansiedad intensa.
- e. El miedo o ansiedad se presentan desproporcionados en intensidad ante la amenaza social planteada.
- f. El miedo se mantiene por más de seis meses.

B. Modelos explicativos. Entre los modelos más conocidos, nos encontramos con los siguientes que nos permiten obtener un mayor entendimiento de dicho trastorno.

El modelo de Barlow, sostiene que los seres humanos, por evolución biológica, son sensibles a la crítica y la desaprobación social; sin embargo, no todas las personas desarrollan ansiedad social puesto que resulta necesario que la persona presente una aprehensión ansiosa hacia el futuro, con la participación de tres factores desencadenantes: una vulnerabilidad biológica, la presencia de un ataque de pánico inesperado ante una situación social y, en tercer lugar, la ocurrencia de un trauma social que genere una alarma sentida como real, de manera aprendida.

Asimismo, se determina que la ansiedad social específica se conforma frecuentemente por medio de una alarma verdadera; en cambio la fobia social se presenta de manera generalizada, es decir sin la presencia de una alarma real, generando un proceso de atención sobre uno mismo como son las propias emociones y sensaciones, en lugar de tomar consciencia de la información externa, reduciendo la atención en una tarea requerida para realizarla de manera exitosa. Finalmente, dicho modelo verifica la importancia y predominio de los pensamientos negativos e irracionales que surgen frente a situaciones sociales.

El modelo de Clark y Wells (Clark, 2001) se encuentra dividido en dos dimensiones con relación a la ansiedad social. La primera está referida al ingreso de la situación temida y la segunda antes de entrar a la situación y después de ella. El modelo es explicado con base a las experiencias tempranas, donde los individuos desarrollan creencias sobre sí mismo y el contexto social en tres categorías. Primero, expectativas muy altas sobre su actuación social de tipo: “Debo de ser hábil socialmente en cualquier situación”, “Siempre tengo algo interesante que decir”, “No debo demostrar algún signo de ansiedad”. Asimismo, creencias acerca de las consecuencias de una situación determinada: “Sí me equivoco pensarán que soy una estúpida”, “Sí no hablo mucho, pensarán que soy una aburrida”, “Sí me pongo nerviosa me van a rechazar” y, finalmente, creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: “No soy hábil”, “Soy tonta” o “Soy aburrida”. Dichos supuestos influyen al respecto de situaciones

consideradas socialmente peligrosas y sobre todo la interpretación de señales inofensivas o ambivalentes como signos de evaluación negativa de los demás.

Por lo tanto, las situaciones sociales se transforman en fóbicas manteniendo círculos viciosos expresados respecto al procesamiento del sí mismo como un objeto social. Dentro de ello, se encuentra el cambio en el foco atencional y una evaluación negativa de sí mismo, ya que los individuos con trastorno fóbico enfocan su atención hacia la introspección y atención de sus signos corporales usando dicha información como base de referencia. La conclusión de ello es la creación de una imagen distorsionada de cómo son vistos dentro de un sistema de naturaleza cerrada con evidencia de sus miedos autogenerados de acuerdo con cómo se están sintiendo; evitando cualquier indicio que pudiera poner en duda sus creencias disfuncionales. De acuerdo con ello, los fóbicos sociales no se benefician del hecho de que no sucedan las catástrofes sociales temidas, debido a que se encuentran en una serie de conductas de seguridad para prevenir o minimizar las catástrofes temidas. Dichas conductas de seguridad pueden aumentar los síntomas temidos intensificando la imagen negativa sobre sí mismo y reduciendo la atención hacia la conducta de los demás. Síntomas fisiológicos y cognitivos. Los individuos con este trastorno están especialmente preocupados por la percepción externa de sus síntomas de ansiedad, e interpretan estos síntomas como una señal de fracaso en su actuación social.

La hipervigilancia interna tiende a aumentar la probabilidad de detección de signos de ansiedad, generándose un círculo vicioso negativo, incrementados por el uso de conductas de seguridad, por ejemplo, al verificar el sudor de la camisa. Dentro de este modelo se concibe fundamental la percepción del propio individuo sobre los demás, para conformar una imagen distorsionada y negativa sobre sí mismo; el individuo imagina como lo ven y aprecian otros. Generalmente, se podría pensar que la fobia social está relacionada con una reducción del procesamiento de las señales sociales, sin embargo, también este procesamiento limitado se encuentra sesgado de modo negativo. Es decir, es más probable que se atiendan las respuestas

de otros interpretadas como signos de desaprobación., muchas de las señales que son percibidas y recordadas como negativas, son en realidad señales ambiguas. Las conductas de evitación pasivas (ej. asistir a una fiesta, sentarse en una esquina, responder con monosílabos) y de seguridad (ej. no separarse de una persona durante toda la fiesta) son comunes en los fóbicos sociales. Dichas conductas agravan los síntomas, manteniendo la atención hacia uno mismo, y no permiten la confirmación de las consecuencias temidas y las situaciones sociales (Botella et al., 2003; Salaberría y Echeburúa, 2003).

Tabla 1

Criterios diagnósticos de la ansiedad

Criterio diagnóstico	Conducta paciente
A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales con exposición al posible examen por otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajos grupales universitarios donde se tiene que relacionar con nuevos compañeros.
b. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera. demostrando síntomas ansiosos que lo valoren negativamente (humillación, vergüenza, ofensas).	<ul style="list-style-type: none"> • Pararse frente a sus compañeros de la universidad.
c. Las situaciones sociales siempre provocan miedo o ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración palmar
d. Evitación de situaciones sociales con miedo o ansiedad intensa	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de almuerzos grupales
E, Miedo y ansiedad desproporcionados a la situación social con criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social, según DSM-V	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente se encierra en su habitación y se echa a llorar para no ir a la reunión.
F. Miedo persistente mayor de seis meses	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando refiere que le hubiera gustado participar talleres de verano en la universidad
Deterioro en el área social u otras áreas importantes Criterios diagnósticos según DSM-V	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando en oportunidades no asiste a la Universidad para evitar las exposiciones.

1.2.3.2 Terapia Cognitivo Conductual. La terapia cognitiva conductual, es recomendada porque le permite el cambio de su manera de pensar (dimensión cognitiva) y su propia actuación (dimensión conductual). Los cambios producidos en dichas dimensiones se pueden ayudar a sentirse mejor y centrarse en el "aquí y ahora", de manera propositiva desglosando sus problemas desde la resolución de sus partes más pequeñas. La terapia cognitiva conductual puede ayudar a eliminar dicho círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos teniendo como objeto llegar a un punto donde pueda enfrentar y elaborar sus propias maneras de afrontar los problemas.

La terapia cognitiva conductual se encuentra centrada en los problemas más comunes como la ansiedad y la depresión que afectan de manera significativa su actuación social y el disfrute de la vida, siendo efectiva para el manejo de la ansiedad social. Dentro de sus técnicas se encuentran: la exposición, la reestructuración cognitiva, la relajación aplicada, el EHS y la terapia de grupo cognitivo conductual. Dichos tratamientos se encuentran basados en la experimentación y experiencias teórico-prácticas con énfasis en la atención de jóvenes. Dichos estudios recomiendan una intervención educativa, sesiones individuales y grupales, la formación de los especialistas en la identificación temprana de síntomas, el uso de la simulación y el juego como recurso valioso y la traducción y adaptación castellana de los tratamientos más modernos y exitosos con la traducción técnica de protocolos de tratamiento que incluyan a los padres y sesiones de generalización con pares y la vinculación entre los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos (García-López et al., 2003; Camilli y Rodríguez, 2008).

Los logros de esta terapia tienen como objetivo la superación de problemas emocionales y la disminución de las probabilidades de presentación de la conducta reemplazándolas por comportamientos adaptativos (Acuña, 2018). Entre las técnicas más utilizadas destacan las siguientes:

1. Terapia racional emotiva conductual (Ellis), quien propone que la propia percepción de los problemas personales asegura el enfrentamiento y superación de los problemas, a través del uso de pensamientos racionales asequibles al sujeto.
2. Reestructuración cognitiva, propuesta por el mismo autor se encuentra basada en la relación entre los antecedentes de la conducta y la generación de la conducta inadecuada. Del Mónaco (2019) refiere que “esta técnica se encuentra centrada en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que mantienen el problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, el análisis de los pensamientos y el manejo de los errores o distorsiones en el procesamiento de la información. Beck y Ellis, autores significativos dentro de esta corriente partieron de su experiencia clínica que resultó limitada en su aplicación. Por ello, Beck, reconociendo la utilidad de la Terapia de Conducta, realizó investigaciones sobre la existencia de pautas cognitivas negativas, formulando su Terapia Cognitiva para la depresión (Beck, 1963). La terapia cognitiva de Beck es un tratamiento estructurado y pautado que incluye diversas técnicas propias de la Terapia de Conducta. Por su parte Ellis realiza una aproximación similar, incluyendo en su terapia procedimientos conductuales, denominando su terapia como Terapia Racional Emotivo-Conductual (Lega et al., 1997).
3. Exposición en vivo. Se refiere a hacer frente al estímulo que produce la conducta ansiosa, pero se debe ir exponiendo poco a poco, desde imágenes que haya paulatinamente llegar a la situación estresante y a la que habrá que superar.
4. Relajación progresiva. Se le pone a la persona en una situación relajante y se le hacen hacer ejercicios de respiración, musculares, hasta incluir a todo su cuerpo, de esa manera estará relajado cuando se presente el estímulo que le genera el problema (Del Mónaco, 2019).
5. Desensibilización sistemática. Se le enseña a la persona a prevenir la situación estresante y ansiosa, para esto se debe relajar, primero de las conductas pequeñas e imaginarias

hasta ir haciendo frente al problema real. Magallanes (2010) y Ruiz et al. (2012) refieren que los tratamientos de exposición para la reducción de la ansiedad son establecidos para la confrontación de los pacientes mediante la imaginación o bien la confrontación con situaciones en vivo. Montseny (2022) indican que la Desensibilización Sistemática se encuentra dirigida al tratamiento de miedos fóbicos, donde existe un estímulo condicionado de ansiedad, siendo eficaz en el abordaje de fobias específicas y otros referidos a situaciones muy concretas. Su fundamento teórico fue propuesto y desarrollada por Wolpe, basado en el condicionamiento clásico, donde la intensidad de una respuesta condicionada (RC) (la ansiedad) puede ser reducida estableciendo una respuesta incompatible con la ansiedad frente al estímulo condicionado (EC); es decir, la presentación de un estímulo angiogénico (EC) cuando no puede producirse la respuesta de ansiedad (RC) facilitaría la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad. Dicha forma de revertir el condicionamiento clásico fue denominada contracondicionamiento por inhibición recíproca. McGlynn et al. (2004) menciona que, de acuerdo con Wolpe, el papel de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático en la eliminación de la ansiedad han mostrado ser erróneas, argumentando que la relajación no funciona realmente como un mecanismo inhibitorio, sino que simplemente el paciente debe mantenerse en contacto con el estímulo temido un tiempo suficientemente largo como para que tenga lugar la extinción del miedo. Por ello, la Desensibilización Sistemática vendría a ser una forma de exposición gradual y prolongada (Ruiz et al., 2012).

6. Entrenamiento en habilidades sociales. El procedimiento de intervención en el entrenamiento en habilidades sociales incluye aspectos de intervención dependiendo del problema donde va dirigido el entrenamiento. No obstante, todos los programas incluyen cinco componentes básicos: justificación e instrucciones del entrenamiento, modelado, ensayo de conducta, feedback y reforzamiento. Adicionalmente, se incluyen técnicas dirigidas a la generalización de habilidades adquiridas a distintos contextos (Ruiz et al., 2012). Entre los

fundamentos Teóricos. Montseny (2022) menciona que el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual cuyo objetivo es la mejora de las relaciones interpersonales, de comunicación. De acuerdo con ello, el déficit de las habilidades sociales está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación. Numerosos estudios demuestran la asociación entre déficit de las habilidades sociales y problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia en la infancia y adolescencia. Del mismo modo, en adultos, también está asociado a problemas de aislamiento, depresión, ansiedad social o problemas de pareja o de dificultad de establecer relaciones íntimas. En la actualidad, dicho entrenamiento configura un procedimiento de intervención ampliamente utilizado que incide directamente en las dimensiones laboral, educativa, sanitaria, familiar, social, entre otras; de manera que la falta de competencia social constituye un déficit central considerado base de otros trastornos psicológicos (Del Mónaco, 2019).

7. Autorregistro. Técnica de observación y registro de la conducta tanto manifiesta (pública) como encubierta (cogniciones), mediante la cual se pide a los pacientes que registren los antecedentes y consecuentes de su conducta de interés, para la elaboración de un análisis funcional. Se permite además la estimación personal del nivel de ansiedad, así como la habilidad y la satisfacción de sus conductas. Entre las ventajas del autorregistro se encuentra que facilita el acceso a datos no fácilmente disponibles (Caballo et al., 2003).

8. Psicoeducación. Del Mónaco (2019) refieren que la psicoeducación es un proceso que brinda a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para un afrontamiento más adaptativo. De esta manera, el profesional de salud imparte psicoeducación cuyo objetivo es orientar y ayudar a la identificación del problema para su resolución o tratamiento, favoreciendo su calidad de vida.

En conclusión, los trastornos por ansiedad son favorecidos por intermedio de abordajes psicoeducacionales a través de un diagnóstico adecuado que contienen elementos tanto

perceptivos como relacionales, implicando un conocimiento teórico general para el autoconocimiento tanto racional como emocional y conductual. Tales procedimientos constituyen herramientas aplicables cuyos destinatarios son las personas con ansiedad social que aprenden, a través de la observación, el ejercicio y la actuación real, a desenvolverse mejor en sus interacciones sociales (Del Mónaco, 2019).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia terapéutica de las técnicas cognitivo-conductuales sobre la ansiedad social en una mujer joven de 22 años.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer las condiciones básicas en relación terapéutica a través de una alianza terapéutica con rapport, empatía, psicoeducación y sensibilización.
- Recabar información diagnóstica sobre la problemática de la usuaria a través de la exploración del problema y de la aplicación de pruebas psicométricas.
- Reducir los niveles de ansiedad social aplicando las técnicas cognitivo-conductuales en una mujer joven de 22 años.
- Comparar los efectos de las técnicas cognitivo-conductuales sobre la ansiedad social antes y después de su aplicación.
- Establecer un periodo de seguimiento sobre los logros obtenidos con personas significativas de la paciente en su cotidiano entorno social.

1.4. Justificación

La paciente denominada Karen presenta dificultades a nivel cognitivo y conductual, con interpretación confusa ante situaciones sociales que le generan , niveles moderados de

ansiedad, que se manifiestan a través de reacciones fisiológicas (temblor de piernas, sudoración palmar, frialdad en las manos, aceleración cardíaca y ruborización reforzada a nivel conductual, por conductas de evitación que le generan respuestas emocionales (cólera, tristeza por su desempeño social, familiar y personal). Por tanto, se iniciará un tratamiento terapéutico que le permitirá evaluar, identificar y modificar, pensamientos que anticipan eventos futuros, provocándole ansiedad. El objetivo de la terapia consiste en que la paciente aprenda nuevas respuestas ante dichas situaciones de manera emocional como conductual. Con respecto a las creencias irracionales, se aplicará “reestructuración cognitiva”, equilibrando sus niveles de ansiedad, a través de la relajación muscular de Jacobson y la respiración diafragmática, para el control. Asimismo, la utilización de la exposición gradual en vivo y el entrenamiento en habilidades sociales, con la finalidad que la paciente pueda interactuar correctamente en sociedad.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El trabajo académico ha permitido que de los resultados obtenidos se beneficiará a la paciente, a la madre y a su entorno más cercano, quienes tendrán conocimiento qué hacer frente a casos parecidos y a saber cómo enfrentarlos. Del mismo modo, va a contribuir a obtener experiencia ante este problema, así como a difundir ante la comunidad la manera cómo prevenir problemas como éste, así como a enfrentarlo. En épocas como ésta, viviendo actualmente con la pandemia, están apareciendo este tipo de momentos, por lo que es preciso saber qué hacer ante determinadas dificultades. Por otra parte, el trabajo va a contribuir a ayudar a que otras personas tengan una herramienta para hacer frente a este tipo de adversidades que se están incrementando debido a la situación por la que estamos atravesando.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación básica, que nace desde el laboratorio trabajando con sujetos animales, desde donde se descubren las leyes naturales que rigen el comportamiento humano, dan origen a la investigación aplicada que se traduce en las técnicas de modificación de conducta, tal es el presente caso en donde se trabajó con un diseño experimental bicondicional A-B, donde en la fase A se llevó a cabo la evaluación que consistió en la aplicación de los instrumentos de medición. En la fase B se llevó a cabo la intervención con la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, para después terminar con la fase de seguimiento que sirvió para verificar que los resultados obtenidos se mantienen a largo plazo, tal como se pudo comprobar en (Castro, 1976; Kerlinger, 2002; Hernández et al., 2014). El primero de ellos trabajó con sujetos animales desarrollando diseños experimentales sin estadística, utilizando una serie de diseños.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se llevó a cabo en un consultorio privado, los padres fueron informados del programa tuvo una duración de dieciocho sesiones con 45 minutos de duración cada una de ellas, utilizando reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y habilidades sociales. De manera complementaria se aplicaron las pruebas psicológicas, la entrevista tanto a los padres como para la paciente, que es una mujer joven de 22 años. Este programa se desarrolló entre los meses de julio, agosto, setiembre del 2021.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. *Variable independiente*

Es la terapia con aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales, a quien Beck (2010) la definieron como un procedimiento activo, directivo y estructurado que trata con la variedad

de alteraciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad, etc. Está basada en el supuesto teórico de que los afectos y el comportamiento están establecidos por la manera en que la persona estructura su mundo, siendo la finalidad del modelo el cambio en las cogniciones, emociones y conductas de la persona que le han sido poco adaptativas; brindándole, además, nuevas estrategias y herramientas para ello.

2.3.2. Variable dependiente

Temor persistente ante situaciones sociales con exposición a nuevas personas y a su evaluación por los mismos. La paciente manifiesta síntomas de ansiedad) o malestares intensos, reconociendo el carácter excesivo o irracional de los mismos (APA, 2000). La ansiedad social no se presenta cuando realiza actividades privadas, solamente se presenta en espacios públicos (Barlow y Durand, 2002). En este caso, se observa la aplicación de un programa cognitivo conductual sobre la disminución de la ansiedad social de una joven.

2.4. Participante

Datos generales

Nombre y apellidos	: Karen Q
Edad	: 22 años con 5 meses
Lugar y fecha de nac.	: 26/03/1999
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante de Laboratorio
Derivado por	: Medicina General
Domicilio	: Nosiglia, segundo pasaje 3-137 Breña
Psicóloga	: Ps. Carmen Margot Castillo Ibarra

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

2.5.1.1. Entrevista y evaluación psicológica. La entrevista se caracteriza por ser una técnica previa al diagnóstico e incluso previa a cualquier modalidad de intervención, imprescindible en el proceso de evaluación por la cantidad de información y conocimiento personal que aporta del sujeto en un breve espacio de tiempo. Se desarrolla a través de una conversación con una finalidad, ya que se centra en la demanda del sujeto, en la explicación de su problema. La información que aporta el sujeto plantea desde su punto de vista cuál es la elaboración personal de los acontecimientos por los que consulta. La evaluación psicológica es un procedimiento mediante el cual se recopila información sobre el paciente a través de test y entrevistas, con el fin de evaluar el funcionamiento y las capacidades del mismo en determinadas áreas y, a su vez, predecir cómo será su comportamiento en un futuro.

A. Observación conductual. Es una herramienta que permite analizar comportamientos de la joven durante su evaluación psicológica.

B. Aplicación de test. Medir los niveles de ansiedad, perfiles de habilidades sociales y autoestima.

C. Entrega de resultados de la evaluación psicológica. Devolución de informe psicológico, constituye una comunicación oral presentada de manera ordenada y sintética respecto a los resultados y conclusiones del proceso de evaluación psicológica en un joven de 22 años a los padres y a la misma evaluada.

D. Consentimiento informado psicológico. Proporciona al paciente información relevante con el objetivo de que éste pueda decidir por sí mismo acerca de actuaciones que pueda afectar a su salud mental.

2.5.2. Instrumentos

1. Inventario de Ansiedad de Beck

Descripción. El BAI (*Beck Anxiety Inventory*) fue desarrollado por Beck en 1.988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Está basado en los cuestionarios *Situational Anxiety Checklist* (SAC), *The Physician's Desk Reference Checklist* (PDR) y *The Anxiety Checklist* (ACL). Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, en la descripción de sus puntajes 0 a “*en absoluto*” 1 a “*levemente, no me molesta mucho*”, 2 a *moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo*” y la puntuación 3 a “*severamente, casi no podía soportarlo*”. La puntuación total corresponde a la suma de todos los ítems Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Interpretación. El instrumento presenta utilidad para la valoración de los síntomas somáticos de ansiedad y la depresión. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como escrening en población general. No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad (Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad. El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DE 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DE 11,8). Somoza y cols⁹ han propuesto como

punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada.

Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y constituiría una herramienta más para la valoración de Ansiedad. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski (1999, citado por Beck, 2010) encontró que era el tercer test más utilizado para valorar ansiedad. Se ha mostrado apropiada para valorar cambios tras el tratamiento. El carecer de punto de corte aceptado para discriminar entre población normal y ansiedad limita su empleo para obtener un diagnóstico de sospecha, así como el no disponer de versión validada en nuestro medio. Los ítems referidos a síntomas físicos de la ansiedad están sobrerrepresentados y la validación de la prueba está realizada en pacientes con trastorno de pánico. No discrimina adecuadamente entre desórdenes de ansiedad y depresiones ansiosas. En cuanto a las propiedades psicométricas, podemos informar lo siguiente:

Fiabilidad: El instrumento posee de acuerdo al alfa de Cronbach una validez de 0,90 a 0,94 (Muy alta). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Validez: Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones. Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. Por otra parte, los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62. Se ha mostrado sensible al cambio tras el tratamiento.

Al analizar los elementos de la prueba, Beck en el trabajo original encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad en propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

En 1993, Steer, (citado por Mendoza, 2020) al aplicar una versión informática de la prueba describió dos componentes en la prueba: somático y subjetivo, si bien muchos de los ítems clasificados en cada grupo no correspondían exactamente con los encontrados por Beck.

2. EHS-Escala de Habilidades Sociales

Autores: Elena Gismero Gonzales. Universidad Pontificia Comillas (Madrid) Facultad de Filosofía y letras, sección Psicología.

Procedencia: Madrid, España

Aplicación: individual o colectiva

Ámbito de aplicación: adolescentes y adultos

Duración: aproximadamente 15 minutos

Finalidad: evaluación de la aserción y las habilidades sociales

Material: Manual de aplicación, Hoja de respuestas, Hoja de perfil.

Baremación: Baremos de población general (varones y mujeres, adultos y jóvenes)

Desarrollo: El EHS, en su versión definitiva, está compuesto por 33 ítems, 28 de los redactados en sentido de déficit de habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” a “muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. En el puntaje general una mayor puntuación esta referida a un mayor desarrollo de habilidades sociales y su capacidad de inserción social.

3. Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI) versión Adultos.

Autor	: Stanley Coopersmith
Administración	: Individual y colectiva.
Duración	: Aproximadamente 15 minutos.
Niveles de aplicación	: De 16 años en adelante.
Finalidad	: Medir las actitudes valorativas de si mismo, en las áreas: Personal, Familiar y Social de la experiencia de un sujeto.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, toma como referencia los primeros 25 ítems de la versión de niños con la modificación de los reactivos del área “Hogar Padres” por la dimensión “Familiar” (6 ítems), unificando las dimensiones Pares y Escolar” en una dimensión denominada “Área Social” (7 reactivos). La prueba a nivel general se encuentra compuesta por 25 Ítems, siendo diseñada para medir actitudes valorativas con adolescentes y adultos. Los ítems se responden de acuerdo con la identificación del sujeto con cada afirmación en términos de verdadero o falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, considerando tres dimensiones:

- I. Sí mismo general. Se refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.
- II. Social. Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos; así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación con su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.
- III. Familiar. Establece ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

La administración puede ser llevada a cabo en forma individual o grupal (colectiva) y tiene un tiempo aproximado de 20 minutos.

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las subescalas multiplicadas por 4 (cuatro). La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo con la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí). Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas se procede a la calificación (Josué Test ha elaborado una plantilla y protocolo para ser utilizado en la calificación individual o grupal). El puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo con la clave) y multiplicando éste por dos (4), siendo al final el puntaje máximo 100.

Clave de respuesta:

Ítems Verdaderos: 1,4,5,8,9,14,19,20.

Items Falsos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25.

Subescalas:

I. Sí mismo general: (13 ÍTEMS) 1,3,4,7,10,12,13,15,18, 19,23,24,25.

II. Social: (6 ÍTEMS) 2,5,8,14,17,21.

III. Familiar: (6 ítems) 6,9,11,16,20,22.

Categorías

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

De 0 a 24	Nivel de Autoestima Bajo
25 a 49	Nivel de Autoestima Medio bajo
50 a 74	Nivel de Autoestima Medio alto
75 a 100	Nivel de autoestima Alto.

Validez y confiabilidad. En las investigaciones realizadas para la elaboración del presente Manual, no se han encontrado antecedentes relacionados a la aplicación de la prueba en nuestro medio que permitan dar a conocer la validez o confiabilidad de esta. Aunque actualmente se viene trabajando en la Universidad de Lima un estudio con muestras significativas.

2.5.3. Evaluación psicológica

Datos generales

Nombre y apellidos : Karen Q
 Edad : 22 años con 5 meses
 Lugar y fecha de nac. : 26/03/1999
 Grado de instrucción : Superior
 Ocupación : Estudiante de Laboratorio
 Derivado por : Medicina General
 Domicilio : Nosiglia segunda pasaje 3-137 Breña
 Psicóloga : Ps. Carmen Margot Castillo Ibarra

Descripción de la examinada. Mujer de 22 años de 1.60 cm de estatura aproximadamente, contextura gruesa, tez trigueña, vestimenta apropiada a la situación, buena higiene, presenta una postura encorvada, movimientos continuos de piernas y pies, tamborileo de dedos sobre el escritorio, sudoración palmar que se evidencia en la aplicación de los instrumentos.

Problema actual. Karen (22) refiere que ante una exposición académica piensa “me voy a equivocar y se burlarán de mí”, “podría dolerme el estómago y todos pensarán que soy exagerada”, “me da náuseas, no va salir bien experimentando ansiedad (9) y miedo (10), acompañado de aceleración en el ritmo cardíaco, movimientos estereotipados de pies y disminución en la fuerza de voz, sudoración palmar, cefalea, llevando a Karen a evadir esta actividad, prefiriendo no ingresar al aula y proceder a salir de la universidad, con lo cual disminuyen los síntomas, siendo dicha conducta repetitiva las veces que tiene una exposición

académica. Asimismo, hace una semana en una celebración familiar se vio obligada a asistir bajo presión paterna, donde minutos antes de ingresar empezó a experimentar ansiedad (10) y miedo (10) pensando “mis primos me criticarán porque sigo estudiando en la universidad” “se reirán de mi ” “mi abuela me va obligar a pasar los bocaditos” “me da vergüenza”, “a la hora que sirvan se me va a derramar comida y todos voltearan a verme, se reirán” “dirán que soy una burra”; experimentando malestares fisiológicos (cefalea y nauseas).

Cuando informan que tendrá una reunión con su grupo de trabajo y con la docente del curso, se empieza a sentir mal e inmediatamente piensa que no le va a ir bien y se burlarán. Al llegar el día de la reunión, una hora antes pensó “seguro que cuando ingrese todos compañeros me miraran y se reirán”, “pensarán que soy una incompetente” “quizá me suden mis manos y se mojara el teclado” “si me preguntan algo no sabré que responder” “ mejor no asistiré” experimentando ansiedad (10), miedo (10), y malestares fisiológicos, procediendo a comunicarse con la universidad para comunicar que no podrá asistir a la reunión por dolores de cabeza, luego de realizar la llamada manifiesta que automáticamente los malestares desaparecieron. Hace dos días en la universidad un joven le ofreció un producto telefónico y le pidió unos minutos de su tiempo, ante ello corrió hacia el baño, pensando “quería reírse de mi” “alguien lo mandó para jugarme una broma” experimentando ansiedad (10), cólera (8), seguido de molestias como ausencia de aire, sudoración palmar, taquicardia, y cefalea. Cuando paso media hora de permanecer en el baño, llamo a su amiga del aula para verificar que el joven no estaba presente para salir, quien le aseguro que no vio a ningún joven ofreciendo productos. Karen salió del baño sintiendo miedo (10) ansiedad (10) aun experimentando los malestares fisiológicos, sin embargo, al no ver al joven manifiesta que inmediatamente sintió alivio. Afirma que un mes atrás tuvo que acudir al médico por problemas estomacales, mientras esperaba el turno de atención notó que una pareja la miraba, pensando “seguramente están hablando de mi” “dirán que soy una pobre joven sola”, “ya saben que estoy nerviosa y se están

burlando de mi”, “seguro que quieren preguntarme algo”, “debo de salir de aquí”, sintiendo ansiedad (10) miedo (10) seguido de taquicardia, sudoración palmar, cefalea, temblor en las piernas, optando por marcharse a su casa, experimentando alivio y desaparición de los malestares.

Desarrollo cronológico de los síntomas. La examinada refiere que a la edad de 17 años fue invitada a una fiesta de cumpleaños, con una determinada indumentaria, sin embargo, solo de pensar en dicho acontecimiento se sentía incómoda al imaginarse en traje, al ingresar a la fiesta su amiga la alentaba diciéndole “estas bonita, entremos”, pero en dicha reunión no quería participar del baile, hasta que una señora le dijo “eres una tontita”. Dicha situación la puso muy mal, porque todos los que estaban cerca la miraron y se rieron. Ante ello, se puso a llorar y salió corriendo del lugar, regresando a casa y encerrándose en su habitación. Su madre le preguntó por lo sucedido, diciendo que era mejor que ella ya no participara de esas fiestas; acontecimiento que recuerda con mucho dolor porque en dicha fiesta se encontraba el joven que le gustaba y le hubiera gustado permanecer más tiempo.

A los 19 años, recuerda que salió a exponer un tema desarrollado en clase, pero procedió a enredarse en sus palabras, hablar muy bajo, el profesor le increpó “alumna hable más fuerte que no se le escucha, parece que está hablando debajo de su cama”, lo que generó la risa y burla de sus compañeros, situación que hizo que ella se olvidara de lo que tenía que decir, quedándose callada. Luego de lo sucedido sus compañeros de grupo le dijeron eres una tonta y una posible baja en las notas del grupo en la exposición grupal. A los 20 años refiere que quería salir al baño, la profesora no le dio permiso, y le dijo “cuando termine la clase iras al baño” se sentía mal, insistió para ir al baño y la profesora no le hacía caso, al término de la clase ella no quería pararse porque se había ensuciado de su menstruación y todos le miraban, la señalaban y sentía vergüenza. A los 21 años recuerda que había llegado temprano a la universidad, estaba dentro del salón, escuchó un ruido fuerte como choque y una compañera entró al salón para decir que

su mejor amiga se había accidentado, ella salió a ver y se dio con la sorpresa que estaba tirada en la pista llena de sangre, por lo que empezó a ponerse fría, temblar, presentar cefalea y nauseas, no podía llorar.

Historia personal. Desarrollo inicial. Su madre refiere que fue una niña deseada pese a la incertidumbre económica, a los 5 meses de embarazo fue diagnosticada con infección urinaria siendo sometida a tratamiento. Con respecto al parto fue normal, sin complicaciones naciendo con un peso de 3 kg, midiendo 50cm. Su lactancia fue natural (pecho). Recibió controles de niño sano, no presentando complicaciones.

Relaciones familiares. La convivencia de sus padres presentó problemas por motivos de horarios laborales y su padre siempre llegaba tarde. La examinada y sus hermanos quedaban al cuidado de la tía y abuelos maternos. El trabajo materno fue de trabajadora doméstica enviando dinero para los gastos de sus hijos. Posteriormente entro a trabajar a un hospital estatal y su relación con Karen fue presencial. Su hermano menor presenta problemas de conducta por TDAH, siendo la relación entre Karen y su hermano no es muy buena por la conducta del menor, quien a veces insulta a su hermana diciéndole “gorda”.

Tabla 2

Grupo familiar de la paciente

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Dedicación
Padre	Jerson	45	Secundaria incompleta	Independiente
Madre	Rosa	41	Estudio superior	Técnica de enfermería
Hermano	Jerson	14	Estudios secundarios	Estudiante
Paciente	Karen	22	Estudios superiores	Estudiante

Educación. Karen inició su educación Inicial a los 5 años, en un inicio lloraba mucho, pero consiguió su adaptación de manera paulatina. Sus estudios primarios fueron realizados dentro del nivel primario en dos instituciones educativas. Respecto a su educación secundaria el

primero de secundaria lo realizó en una institución educativa particular, el segundo y tercero en una institución educativa nacional terminando su educación secundaria en esa misma institución. Actualmente, sus estudios superiores los realiza en una universidad particular, donde actualmente está por terminar su carrera.

2.5.4 Evaluación psicométrica

Evaluación

1. Informe psicológico del Cuestionario de ansiedad de Beck

Datos generales

Apellidos	: L.Q
Nombre	: Karen
Edad	: 22 años
Fecha de Nacimiento	: 26/03/1999
Grado de instrucción	: Superior
Domicilio	: Nosiglia segundo pasaje 3-137 Breña
Evaluador	: Ps. Carmen Margot Castillo Ibarra

Motivo de evaluación. Identificación del nivel de ansiedad.

Instrumentos de evaluación: La entrevista psicológica, cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).

Resultados. La paciente presenta un nivel de Ansiedad Moderada, que vienen afectando su desarrollo personal, físico, familiar y social, con disminución del estado de ánimo, Presenta nerviosismo con ritmo cardíaco es irregular en episodios de preocupación.

Conclusiones. Evaluada de 22 años presenta características de ansiedad moderada, motivo por el cual es preciso empezar una etapa de intervención para ayudarlo a superar el problema.

Recomendaciones. Psicoeducación sobre ansiedad social. Aplicación de técnicas de relajación y ejercicios de respiración. Escuchar a la paciente porque tiene muchos deseos de explicar, así

como justificar su comportamiento, a veces solo desea ser escuchada y que alguien le de la razón para tomar las decisiones que antes ya había pensado.

2. Informe psicológico de la Escala Habilidades Sociales

Datos generales

Apellidos : LQ
 Nombre : Karen
 Edad : 22 años
 Fecha de nac. : 26/03/1999
 Estudios : superior
 Domicilio : Nosiglia segundo pasaje 3-137 Breña
 Evaluador : Ps. Carmen Margot Castillo Ibarra

Motivo de evaluación. Conocer el perfil de sus Habilidades Sociales. Los Instrumentos de evaluación son: La entrevista psicológica y la Escala de Habilidades Sociales (EHS)

Resultados. Se muestran en las siguientes Tablas.

Tabla 3

Perfil de habilidades sociales

AREAS	PUNT. DIR.	PTJE. BAR.	CATEGORIA
Auto exp. en sit.soc.	9	#N/A	#N/A
Def. prop. derechos cons.	8	6	NIVEL BAJO
Exp. enfado o disconf.	6	5	NIVEL BAJO
Decir no y cortar interac.	9	6	NIVEL BAJO
Hacer peticiones	11	11	NIVEL BAJO
Iniciar interac. + con sexo op.	8	11	NIVEL BAJO
PUNTAJE TOTAL EAS	51	4	NIVEL BAJO

La paciente ha obtenido un puntaje total de 4 ubicándola en la categoría de Nivel Bajo en el perfil de sus habilidades sociales. La paciente en la actualidad presenta un Nivel Bajo en

sus habilidades sociales, presentando dificultades para expresarse socialmente, esta falta de habilidad social ha ocasionado que Karen presente problemas en el ámbito universitario, generando en ella una gran insatisfacción.

Conclusiones. Evaluada de 22 años presenta un Nivel Bajo en sus Habilidades Sociales.

Recomendaciones. Aplicar técnicas de relajación y ejercicios de respiración. Participar de los talleres ocupacionales (manualidades, repostería, etc.). Asistir de las sesiones psicológicas.

3. Informe psicológico de la Escala de Autoestima de Coopersmith-SEI

Datos generales

Apellidos : P.Q
 Nombre : Karen
 Edad : 22 años
 Fecha de Nacimiento : 26/03/1999
 Estudios : Superiores.
 Domicilio : Nosiglia segunda pasaje 3-137 Breña
 Evaluador : Ps. Carmen Margot Castillo Ibarra

Motivo de evaluación. Conocer su autoestima, para lo que se aplicó la entrevista psicológica.

Escala de autoestima de Coopersmith- SEI.

Resultados. Se muestran en la siguiente Tabla.

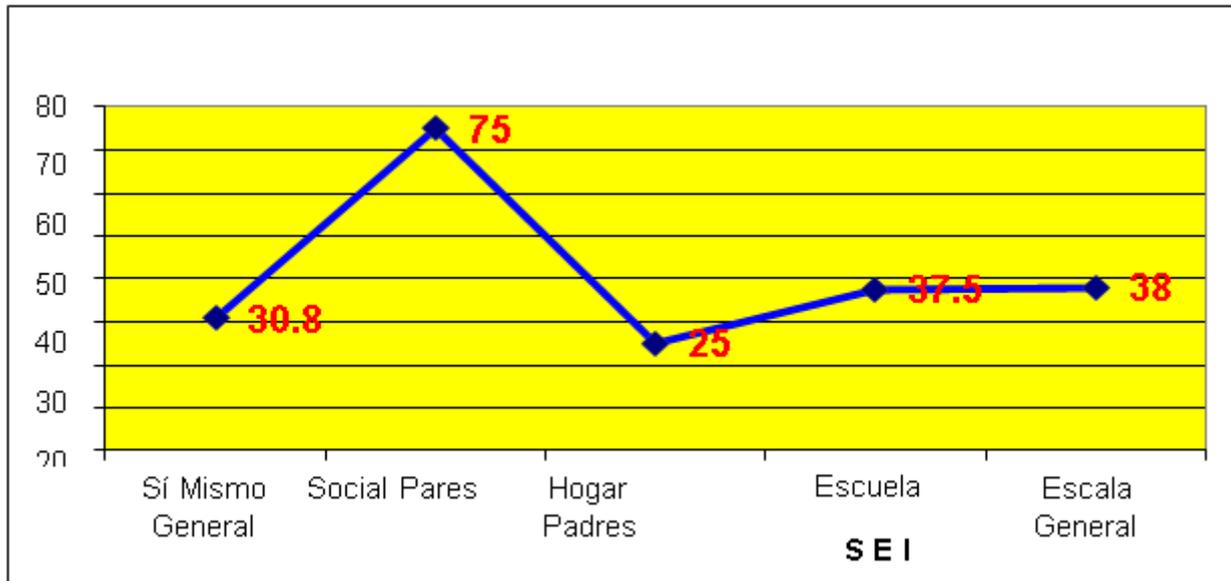
Tabla 4

Resultados de la escala de autoestima

	Puntaje Bruto	Puntaje SEI	Categoría
Sí Mismo General	9	34.65	Baja autoestima
Social Pares	1	12.5	Baja autoestima
Hogar Padres	0	20	Baja autoestima
Escuela	2	25	Baja autoestima
Escala General	1	24	Baja autoestima

Figura 1

Dispersigrama del inventario de autoestima



Resultados. La paciente, en la actualidad presenta una baja autoestima, al medir las actitudes valorativas hacia el Sí Mismo, en las áreas: académica, familiar y personal de la experiencia de la persona, lo cual interfiere en la percepción de sí misma que le impide percibirse como personas valiosas, talentosas o simplemente tener un juicio objetivo respecto a quiénes somos, tal como se aprecia en la Figura 1.

Conclusiones. Karen presenta la categoría de baja autoestima.

Recomendaciones. Aplicar técnicas de relajación y ejercicios de respiración. Asistir a las sesiones programadas. Mejorar los pensamientos y creencia.

2.5.5 Informe psicológico Integrador

Integrar las evaluaciones en la joven de 22 años, que presenta ansiedad social, de acuerdo con los criterios diagnósticos del Trastorno Ansiedad Social (DSM 5).

Instrumentos de evaluación: Entrevista Psicológica. Observación de la conducta.

Baterías de Prueba: Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).

Entrevista para los trastornos de ansiedad social (DSM 5).

Cuestionario de Habilidades Sociales. Escala de SEI

Resultados. En relación con el cuestionario de Beck (BAI) obtuvo un puntaje de 22-35 (Ansiedad Moderada) cumpliendo los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social (DSM-5 (300.23) (F40.10).

En cuanto al cuestionario de habilidades sociales, se encuentra dentro del nivel bajo en casi todas sus categorías

La escala de SEI, muestra el perfil de autoestima baja.

En la actualidad Karen (22) presenta características marcadas de ansiedad cumpliendo los criterios de diagnósticos de ansiedad social, situación que causa disfunciones en el ámbito académico, social y familiar, con débil autoestima (autoestima baja), generando conflictos emocionales y pensamientos anticipatorios, situaciones que complican su salud física y equilibrio psicológico en sus relaciones sociales.

Conclusiones. Evaluada de 22 años presenta características de ansiedad social según el DSM 5 (300.23) (F40.10) en los criterios A, B, así como la evitación; baja autoestima y nivel bajo en sus habilidades sociales.

Recomendaciones. Asistencia a sesiones programadas. Reforzamiento domiciliario. Evitación de conductas comparativas. Psicoeducación familiar. Técnicas de relajación.

Tabla 5

Diagnóstico funcional de la conducta

CONDUCTA	EXCESO	DEBILITAMIENTO	DEFICI
		T	
Pensamientos Anticipatorios (frecuencia de 10)	X		
Aceleración de ritmo cardíaco (intensidad de 8)	X		
Encerrarse en su	X		

habitación		
(frecuencia de 8)		
Dolor de estómago		X
(intensidad de 8)		
Dolor de cabeza		X
(intensidad de 8)		
Enfado (intensidad de 8)		X
Cólera	X	
(intensidad de 10)		
Llanto (intensidad de 8)		X
Vergüenza	X	
(intensidad 10)		
Ansiedad	X	
(intensidad 10)		
Miedo	X	
(intensidad de 10)		
Temor		X

En el listado de conductas problema tenemos a las siguientes:

- Evita la exposición académica, no ingresando al aula y procede a evita ingresar al evento, o irse de la universidad, evita la asistencia a reuniones sociales excusarse, correr hacia el baño y permanece ahí por 30 min para evitar hablar con sujetos de sexo masculino, marcharse a casa sin que se haya atendido en su consulta médica.
- Ansiedad (10) y miedo (10).
- Aceleración en el ritmo cardiaco, temblor de piernas, movimientos estereotipados de pies, disminución en la fuerza de voz, temor, sudoración palmar, cefalea, sensación de problemas respiratorios.
- Piensa continuamente “me voy a equivocar y que los demás se burlaran de mí”, “podría dolerme el estómago y todos pensarán que soy exagerada”. “Seguro que mis primos me criticaran porque sigo estudiando en la universidad”, “notaran que estoy nerviosa y se reirán”, “mi abuela me va obligar a pasar bocaditos” “se me va a derramar la comida y todos voltearán a verme,” se reirán” “dirán que soy una burra”, “sí me preguntan algo no sabré que responder”, “mejor no asistiré”. “Seguramente quería reírse de mí”, “alguien lo mando para jugarme una broma”, “seguramente están hablando de mí”, “ya

saben que estoy nerviosa y se están burlando de mí”, “; “no debí haber venido, para próxima cita le pediré que se virtual” “seguro que quieren preguntarme algo”,” debo de salir de aquí”.

Tabla 6*Análisis funcional*

Antecedentes	Conducta	Consecuente
Exposición en su grupo de trabajo	Cognitivo “La lengua se me trabará”” Se reirán de mí” Me olvidarán” Todos me miran” Motor Inasistencia a clases (quedarse en casa) Fisiológico Aceleración del ritmo cardiaco Frialdad en las manos Le tiemblan las piernas Emocional Ansiedad, miedo, temor	Los padres que le permiten quedarse
Evita asistir a cumpleaños	Cognitivo “Habrá mucha gente desconocida” “Nunca he usado esta ropa” “Seré la burla de todos” “Bailo feo” Motor Encerrase en su habitación Emocional Ansiedad Colera Enfado	La madre la humilla, insultándola
Iniciar una conversación y nuevas amistades	Cognitivo “Hum y ahora que hago”” Diré que me duele mucho la cabeza” Motor	<i>Su madre dijo que le llevaría el almuerzo a su habitación</i>

Reunión con la profesora y compañeros de la universidad para aclarar malos entendidos	<p>Encerrase en su habitación</p> <p>Emocional</p> <p>Ansiedad</p> <p>Colera</p> <p>Fisiológica</p> <p>Dolor de estomago</p> <p>Frialdad en ambas manos</p> <p>Aceleración del ritmo cardiaco</p> <p>Cognitivo</p>	La burla de sus compañeros de la institución
	<p>“No podré hablar” “Voy a tartamudear” “ “Se burlaran de mi”” Pensaran que soy un incompetente” “Quizás en esta reunión me suden las manos y se moje el teclado”</p> <p>Motor</p> <p>Se me paralizan las manos</p> <p>Emocional</p> <p>Temor</p> <p>Vergüenza</p> <p>Fisiológico</p> <p>Se ruboriza</p> <p>Ritmo de respiración acelerada</p>	

Tabla 7*Análisis cognitivo de la conducta problema*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Exposición en su grupo de trabajo (escuela)	“La lengua se me trabará”, “Todos se reirán de mí”, “olvidar lo aprendido” “Todos me mirarán”	Ansiedad, miedo, temor,
Evita asistir a Cumpleaños	“Habrá mucha gente desconocida” “Nunca he usado tacones, me caeré”, “Seré la burla de todos”, “bailo feo”	Ansiedad, cólera, enfado, vergüenza
Iniciar una conversación y/o nuevas amistades.	“Y ahora que hago”, Umm..diré que “me duele Mucho la cabeza	Cólera, vergüenza
Dirigir la oración de la mañana, en frente de todo el alumnado	“No podré hablar”, “voy a tartamudear”, “se burlarán de mí”	Temor, vergüenza

2.6. Intervención Psicológica

El tratamiento psicológico de la Ansiedad social que padece la joven de 22 años se aborda de la siguiente manera:

Tabla 8*Intervención psicológica*

Numero de sesión	Técnica	Desarrollo de actividad
1er objetivo Brindar información sensibilizar. Y entrevista inicial.	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza terapéutica. Y Psicoeducación sobre el procedimiento. • Sensibilización sobre su participación.
	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Psicológica para

		recabar datos relevantes de la paciente de 22 años.
2do objetivo Medir los Niveles de ansiedad, perfil de habilidades Sociales, escala de autoestima.	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación psicológica
3er objetivo Brindar información sobre los resultados obtenidos y pedir autorización para la intervención.	Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de informe psicológico a la joven. • Devolución de informe psicológico a los padres. • Firma del consentimiento informado
4to objetivo Brindar información sobre la intervención psicológica, así misma psicoeducación sobre las consecuencias negativas de la ansiedad social	Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en Características de la ansiedad social
	Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en consecuencias negativas de la ansiedad social.
	Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> • Retro alimentación participativa. sobre las características y consecuencias negativas de la ansiedad social.
5to objetivo Aplicación de técnicas para reducir la ansiedad en joven de 22 años	Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de las técnicas de relajación para el proceso de respiración.
	Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios en el ambiente de la intervención y se le enseñaba a la paciente los procedimientos para llegar a buenos resultados. • Se repasa la tarea de la sesión anterior

	Sesión 10	elogiando sus logros alcanzados.
	Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica la técnica de la respiración diafragmática. • La tarea para casa es practicar la nueva técnica de la respiración diafragmática una vez al día
	Sesión 12	conjuntamente con la relajación muscular de Jacobson.
	Sesión 13	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una retroalimentación participativa de la relajación muscular de Jacobson.
<p>6to objetivo: identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo.</p>	Sesión 14	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en reestructuración de los pensamientos, distorsiones cognitivas, cómo actúan, y el poder que tienen para influir en el estado de ánimo.
	Sesión 15	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los pensamientos automáticos, distorsionados, mediante registros de experiencias juntos los pensamientos, emociones y conductas que le acompañan.
	Sesión 16 y 17	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario socrático en sesiones • Evaluación de salida.
	Sesión 18	
	Sesión 19	

2.7. Plan de intervención

- **Objetivo 1.-** Establecer las condiciones básicas en relación terapéutica a través de Alianza terapéutica con el raport, la empatía, la psicoeducación y Sensibilización.

Primera sesión: Alianza terapéutica y Psicoeducación sobre el procedimiento.

Segunda sesión: Sensibilización sobre su participación. Entrevista Psicológica para recabar datos relevantes de la paciente de 22 años.

- **Objetivo 2.-** Medir los Niveles de ansiedad, perfil de habilidades Sociales, escala de autoestima.

Tercera sesión: Evaluación psicológica

- **Objetivo 3.-** Brindar información sobre los resultados obtenidos y pedir autorización para la intervención.

Cuarta Sesión: Devolución de informe psicológico a la joven, a los padres y hacer Firmar el consentimiento informado.

- **Objetivo 4. –** Brindar información sobre la intervención psicológica, así misma psicoeducación sobre las consecuencias negativas de la ansiedad social

Quinta sesión: Psicoeducación en Características de la ansiedad social.

Sexta sesión: Psicoeducación en consecuencias negativas de la ansiedad social.

Séptima sesión: Retro alimentación participativa. sobre las características y consecuencias negativas de la ansiedad social.

- **Objetivo 5.-** Aplicación de técnicas para reducir la ansiedad en joven de 22 años

octava sesión: Aplicación de las técnicas de relajación para el proceso de respiración.

Novena sesión: Se hicieron ejercicios en el ambiente de la intervención y se le enseñaba a la paciente los procedimientos para llegar a buenos resultados

Decima sesión: Retroalimentación de la sesión anterior elogiando los logros alcanzados

Décima primera sesión: Técnicas de relajación para el proceso de respiración.

Décima segunda sesión: La tarea para casa es practicar la nueva técnica de la respiración diafragmática una vez al día juntamente con la relajación muscular de Jacobson.

Décima tercera sesión: Se realiza una retroalimentación participativa de la relajación muscular de Jacobson.

- **Objetivo sexto.** - identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo.

Décima cuarta sesión: Psicoeducación en reestructuración de los pensamientos, distorsiones cognitivas, cómo actúan, y el poder que tienen para influir en el estado de ánimo.

Décima quinta, sexta y séptima sesiones: automáticos, distorsionados, mediante registros de experiencias juntos los pensamientos, emociones y conductas que le acompañan.

Décimo octava sesión: Cuestionario socrático en sesiones Evaluación de Salida.

Décimo novena sesión: Reevaluación psicológica

2.8. Procedimiento

El programa de intervención se llevó a cabo bajo la terapia cognitivo conductual, durante 15 sesiones, con una duración de 45 minutos, 2 veces por semana en consultorio privado ubicado en breña, las cuales estuvieron destinadas a disminuir la ansiedad social.

2.9. Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado respecto a la intervención de la joven, respetando la información brindada de la misma, protegiendo su privacidad ante la publicación del caso.

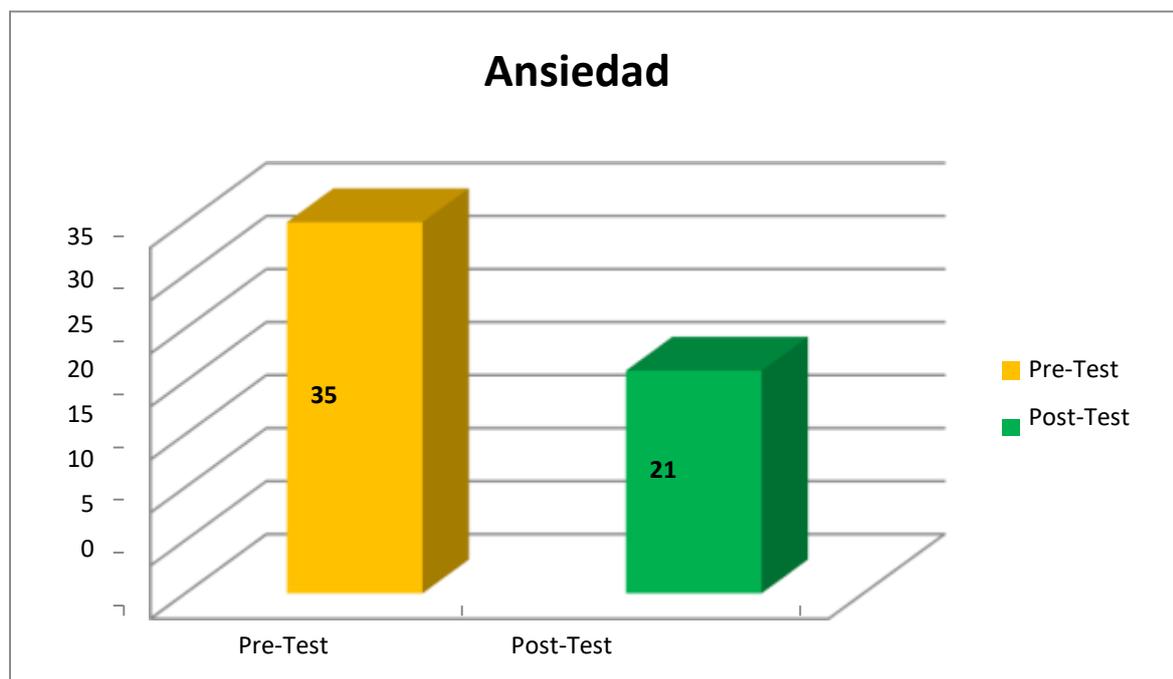
III. RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados

En cuanto a los resultados del impacto del programa sobre la ansiedad social se observa que en el pretest obtuvo un puntaje de 35 mientras que en posttest obtuvo un puntaje de 21, observando mejorías en la joven después de su intervención.

Figura 2

Resultados del pre y post test



Karen presentaba temor intenso a la interrelación social, referidos a la crítica y la observación; con conductas de evitación, pensamientos anticipatorios, no reconociendo los primeros síntomas de ansiedad. En la actualidad identifica con situaciones generadoras de ansiedad, procediendo a controlar la situación, el miedo y el temor han desaparecido, experimenta éxitos en los talleres de manualidades, tiene nuevos amigos, participación en talleres de verano (Teatro y Música). Ha aprendido a tocar guitarra. Su relación con la madre es más cercana. En la universidad los profesores la están apoyando en el sentido de las intervenciones orales. Presenta una mejora de sus calificaciones y está feliz por lo que le está

pasando, aunque aún se equivoca algunas veces al exponer, sus amigos proceden a ayudarla, la semana pasada participó en el cumpleaños que le hicieron a una de sus nuevas amigas (Taller de manualidades), logró pasar una bonita tarde con ellas, puede hacer nuevas amistades, tal como se aprecia en la Figura 2.

Tabla 9

Resultados del seguimiento en una semana

Conducta	Lun	mar	mie	jue	vie	Sab	dom	total
a) Temor salir a exponer en clase		x		x				2
b) Temor salir a fiestas					x			1
c) Temor de iniciar una conversación	X			x		X	x	4
d) Pensamientos anticipatorios	X		x	x	x	X	x	6
e) Sintomatologías físicas (dolor de barriga, dolor de cabeza, rubor facial, frialdad de manos, temblor de piernas, sudoración, palmar aceleración del ritmo cardíaco)	X		x	x	x	X	x	6
f) Encerrarse en su habitación	X		x	x	x	X	x	6

En la Figura 2 se observa que las conductas de pensamientos anticipatorios, la sintomatología física, así como encerrarse en su habitación, se presentaron seis veces en una semana; mientras que las conductas de temor a iniciar una conversación, salir a exponer en clase y salir a una fiesta se presentaron en cuatro, dos y una oportunidad, respectivamente. Como observamos, dichas características son típicas de la ansiedad social.

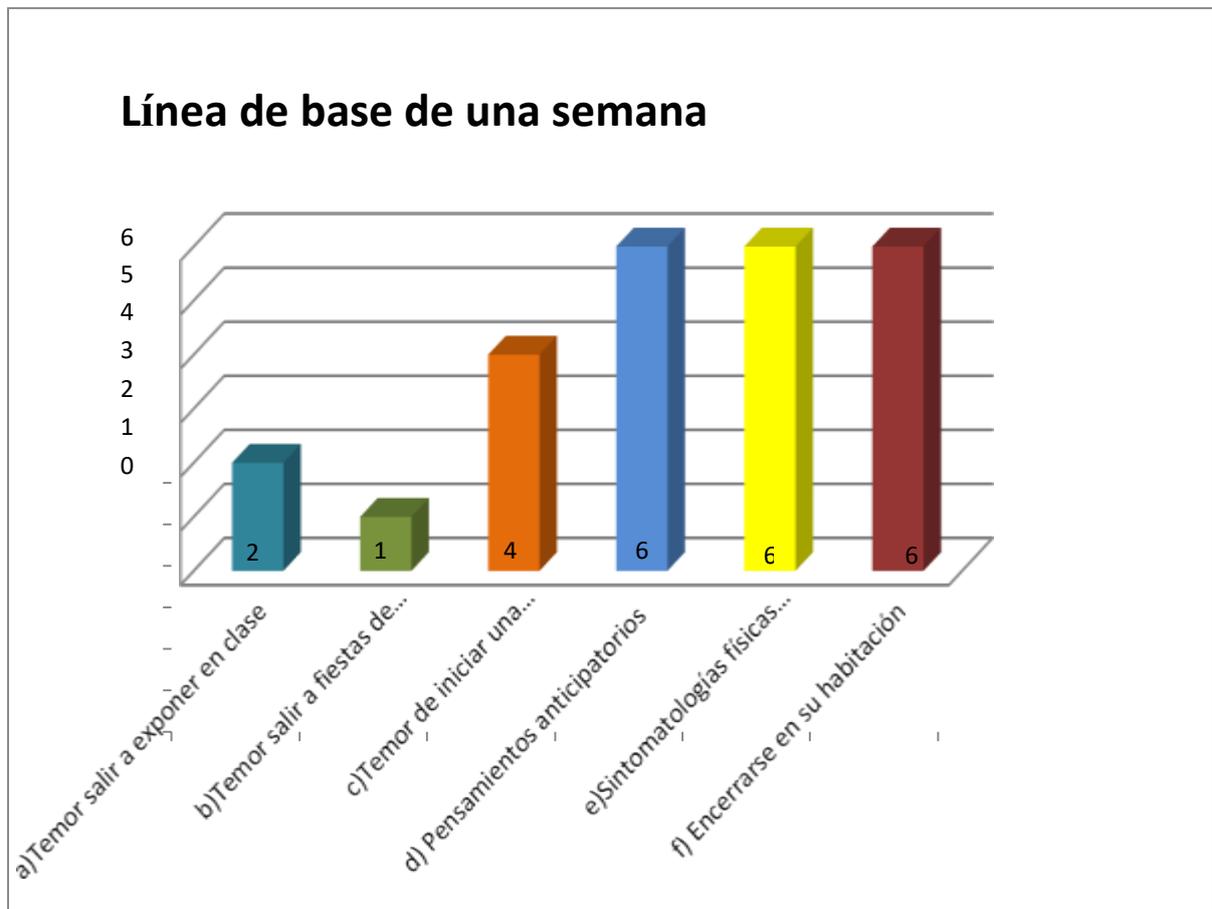
Figura 3*Línea base de una semana***Tabla 10***Línea de tratamiento***3.1 Línea de tratamiento**

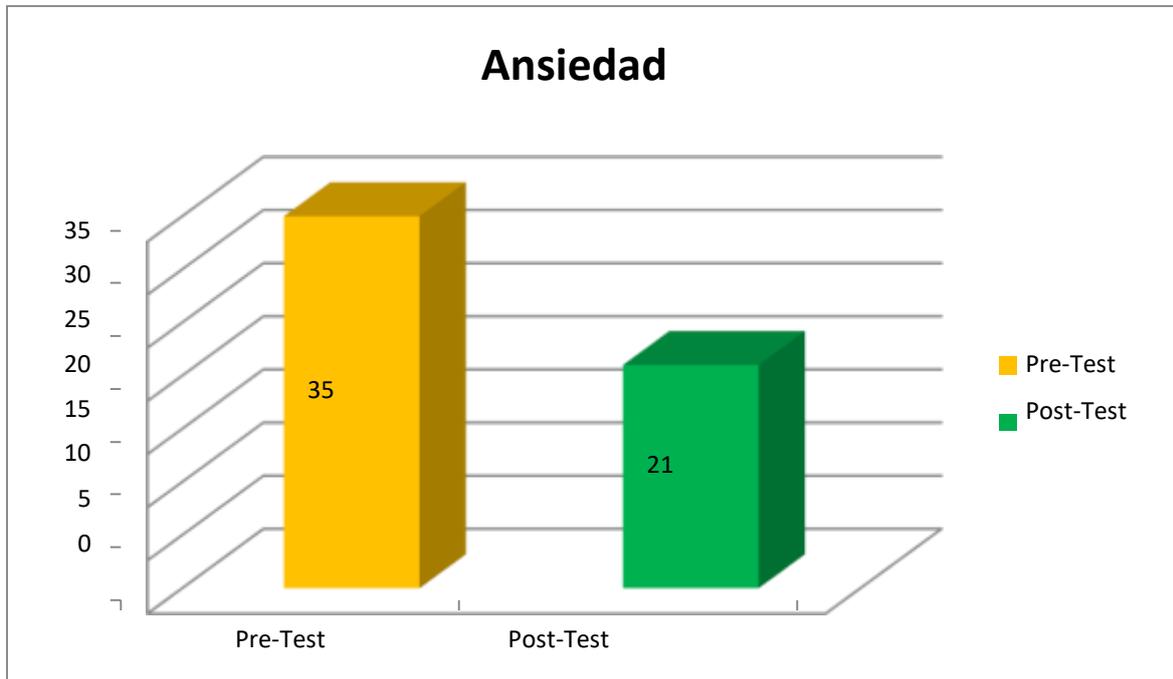
Tabla 12

Resultados del Pre – test y Post Test

	Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).	Escala de Habilidades Sociales (EHS).	Escala de autoestima de coopersmith (SEI)
Pre-test	Ansiedad Moderada (22-35)	Nivel Bajo (4)	Baja Autoestima (38)
Pos-test	Ansiedad muy baja (0-21)	Nivel tendencia bajo (27)	Categoría promedio (50)

Figura 4

Resultados del Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)

**Figura 5**

Resultados de la escala de habilidades sociales

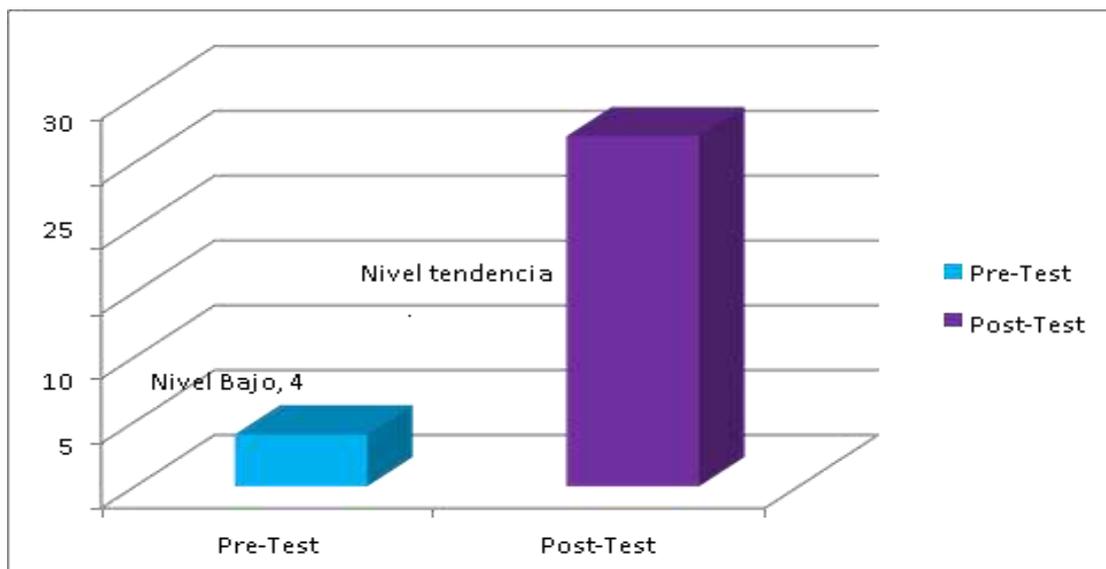
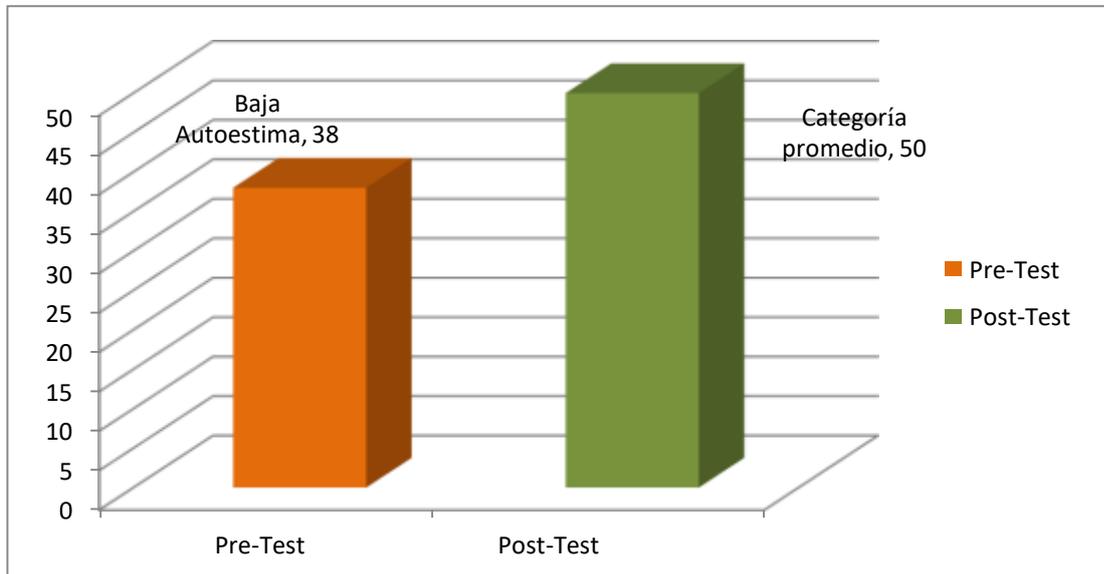
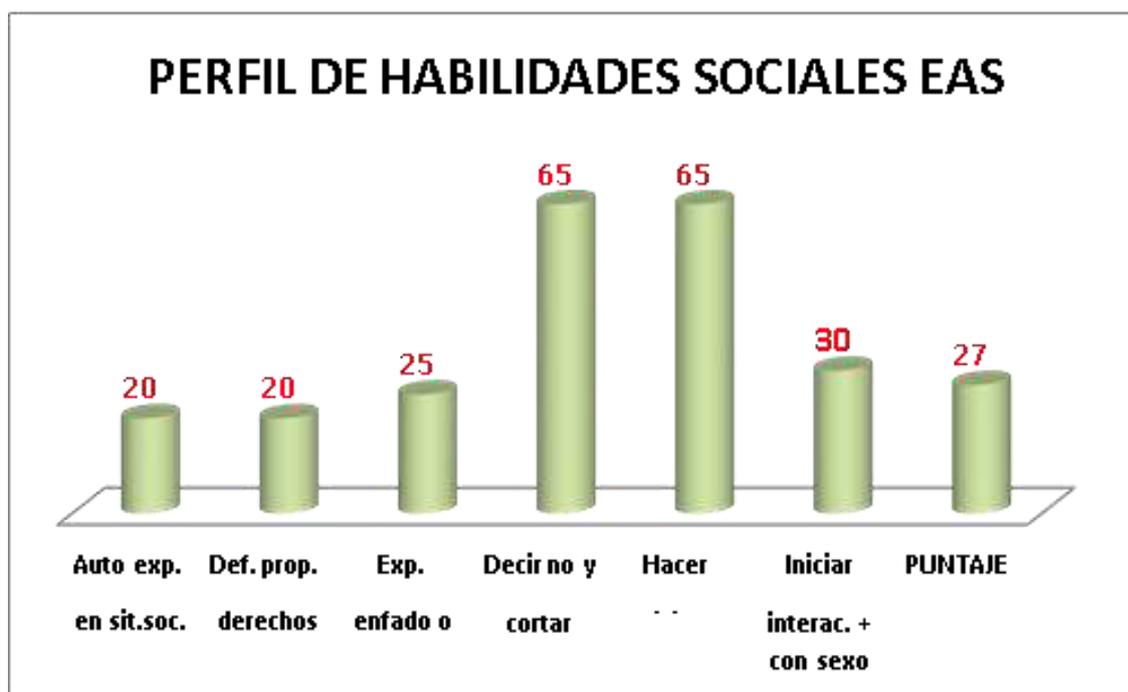


Figura 6*Resultados de la Escala de autoestima de Coopersmith***Figura 7***Perfil de habilidades sociales*

3.2. Discusión

Al abordar el caso se planteó como objetivo general por exponer en un caso único por medio de la administración de técnicas y estrategias de reducir los niveles de ansiedad aplicando las técnicas cognitivo-conductuales en una mujer joven de 22 años", para comprobar la efectividad del abordaje terapéutico. Para esto se logró reducir los niveles de ansiedad, potenciar su autoestima para que la joven pueda desarrollar sus habilidades sociales. Con niveles iguales o menores a 6/10 de ansiedad, en un 80%. Al culminar las 18 sesiones del programa cognitivo conductual obtuvimos una disminución del 80% de la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad social, lo que significa que las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas para su caso fueron eficaces.

Se logró la modificación de la conducta evitativa, reforzando así lo señalado Feria (2020) quien reafirma los buenos resultados de la intervención cognitiva conductual para la ansiedad social. Asimismo, el tratamiento logró un cambio positivo en comparación a la línea base; a través de la eliminación y reestructuración de las creencias irracionales y los pensamientos desadaptativos a través de la disminución significativa de conductas problemáticas como la evitación de escape. El resultado impacta positivamente en la paciente en sus dimensiones personales, familiares, académicos y sociales.

Como lo señalado por Rodríguez (2020), a través de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, en sus 17 sesiones, se empezó con un proceso de psicoeducación sobre los pensamientos, emociones, conducta y los objetivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual. En la sesión se incidió en la detección y debate de creencias irracionales y el cumplimiento de tareas conductuales de exposición y evitación al escape. Los resultados evidencian disminución de las creencias irracionales y conductas de evitación, lo que nos demuestra la efectividad de la TRE.

En relación con los objetivos específicos, el primero fue disminuir los niveles de ansiedad, la cual iba acompañada de pensamientos de desvalorización personal, para ello utilizamos los registros de pensamientos negativos, lo que le ha permitido a la paciente analizar sus pensamientos de manera más racional y objetiva, siendo esto reforzado. Al respecto, Caballo et al. (2003) reafirma las ventajas del autorregistro, como técnica de evaluación que permite el libre acceso a los datos no disponibles.

El segundo objetivo específico para trabajar fue disminuir conductas de evitación que presentaba cada vez que tenía que exponer en público y relacionarse con pares sociales, aquí pudimos constatar la eficacia de las técnicas de reestructuración cognitiva y el debate socrático. Los resultados son similares a Del Mónaco (2019) que señala que los modelos de reestructuración cognitiva se encuentran centrados en la racionalidad de los pensamientos o creencias que permiten la enseñanza al paciente de la manera correcta de pensar, evitando las distorsiones de pensamiento involucradas en el procesamiento de la información.

El tercer y cuarto objetivos específicos fue mejorar la comunicación en familia y desarrollar las habilidades sociales. Con relación a ello, Montseny (2022) determina que el entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual aplicado cuyo propósito es el mejoramiento de la calidad de la comunicación. Asimismo, el déficit de las habilidades sociales se encuentra vinculado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación. La evidencia científica señala asociación entre déficit de las habilidades y el aislamiento sociales en personas adultas, estando también vinculado al aislamiento, depresión, ansiedad social y problemas en el establecimiento de relaciones sociales y vínculos amorosos. En el caso seleccionado Karen aprende a desarrollar pensamientos no punitivos sobre ella.

El quinto objetivo específico fue disminuir la conducta de rechazar invitaciones a salir, utilizando para ello la técnica de imaginación y el role playing, Karen tuvo la oportunidad de practicar y observar por sí misma cuál sería su desenvolvimiento al aceptar una invitación y

salir. Cabe señalar que, hasta antes de participar en el programa, nunca había aceptado las invitaciones que le hacían amigos. Salvo que se ha obligada por su madre o abuela.

Tras el ensayo de las técnicas mencionadas, Karen aceptó la invitación de un amigo, como ella señala: “siempre me había invitado a salir, pero esta vez cuando lo hizo, dudé, me dije a mi misma “¿qué es lo peor que te puede suceder?” y sola me respondí que nada, lo afronté y no hui, me divertí, mientras salimos tome atención a lo que me contaba y me olvide del temor.

Consideramos que para reforzar este programa es recomendable que Karen ingrese a terapia grupal bajo el enfoque cognitivo conductual. En el contexto de grupo, el Instituto Nacional de la Salud Mental (2007) refuerza la eficacia que tiene este tipo de intervención, en todas las personas que tienen trastorno de ansiedad social, especificando que les permite recibir información imparcial y honesta, sobre cómo los demás en el grupo lo ven.

3.3. Seguimiento

En la actualidad Karen, se ha dado cuenta que sus pensamientos acerca de cómo los juzgan y o rechazan no son reales, se reafirma la efectividad de la terapia cognitiva conductual en pacientes con trastorno de ansiedad social. En la actualidad se le observa en paz consigo misma, alegre, feliz, sale regularmente con sus amigos, aunque sin llegar a exagerar. Sus habilidades sociales han mejorado.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 La paciente logra identificar en primer término y modificar el segundo termino los pensamientos distorsionados relacionados a sí misma; instaurando nuevos modos de pensamiento de carácter adaptativos.
- 4.2 La paciente logra identificar los episodios de tensión para proseguir a la fase de relajación por intermedio de las diversas técnicas aprendidas en la intervención terapéutica.
- 4.3 Los resultados obtenidos en el post test permiten visualizar una disminución de los niveles de ansiedad y el fortalecimiento de sus habilidades sociales y autoestima.
- 4.4 La paciente es capaz de mantener niveles mayores de contacto social y su inclusión en nuevas actividades educativas y recreativas con su grupo de pares incrementando su nivel de confianza.
- 4.5 La aplicación de las técnicas aplicadas cognitivas- conductuales presentaron un mayor nivel de acogida en la usuaria.
- 4.6 Se demostró la efectividad de la intervención cognitivo-conductual, mediante criterio clínico y psicométrico de acuerdo a la comparación en los niveles pretest y post test.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Emplear el presente programa como referencia en el abordaje de casos de ansiedad social dada la eficacia observada en nuestra paciente.
- 5.2 Promover la aplicación sistemática de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes que padezcan ansiedad social con fines de investigación y validación del enfoque.
- 5.3 Incentivar a la baremación de pruebas psicométricas que contribuyan a dar mayor validez en la elaboración de estudios de casos.
- 5.4 Realizar seguimiento de estudios de caso en plazos más prolongados para comprobar el mantenimiento de los resultados.

VI. REFERENCIAS

- Acuña, J. (2018). *¿En qué consiste el modelo cognitivo conductual?* Informe. <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/en-que-consiste-el-modelo-cognitivo-conductual>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-IV). Texto revisado. El Manual Moderno.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-IV). Texto revisado. El Manual Moderno.
- Arslan, M. (2015). *Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de fobia social* [Tesis de postgrado, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>
- Barlow, H.D. y Durand, M. (2002). Psicología anormal. Un enfoque integral. *Persona*. 5, 244-246.
- Beck, A. (1963). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (2010). *Terapia Cognitiva*. Gedisa.
- Botella, C., Perpiña, C., Baños, R.M. & García-Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia social: Avances en Psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (65-85). Paidós.
- Bravo, M. y Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147. https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_e_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo_conductual_Explanatory_models_of_social_phobia_An_approach_cognitive-behavioral/download

- Caballo, V.E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Urrutia, M.J. & Rosa, A.I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11(3), 539-562 https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Caballo_11-3oa-1.pdf
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.
- Calonge, M. (2020). *Intervención cognitiva conductual para la ansiedad social en una adolescente de 13 años*. [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4495>
- Camilli, C.R. y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual. Definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*. 8(1), 115-137. <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/15351/1/Fobia%20social%20y%20terapia%20cognitivo%20conductual%20Articulo%20Anadela%20Rodr%C3%ADguez%20Celia%20Camilli.pdf>
- Castro, L. (1976). *Diseño experimental sin estadística*. Trillas.
- Clark, D.M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En W. R. Crozier y L.E. Alden (Eds.), *International Handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (405-430). Londres: John Wiley y Sons Ltd. <https://psycnet.apa.org/record/2001-05046-018>
- Del Mónaco, R. (2019). Colorear racionalmente el mundo. Nociones de creencias implicadas en las terapias cognitivas conductuales en Buenos Aires, Argentina. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, 81, 137-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6987043>
- Díaz, P., Sauras, C., Sariñema, M., Callejas, R., Sauras, A. y Bergua, N. (2022). Consecuencias por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) sobre el rendimiento

- escolar. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(8), 57.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587006>
- Feria, M.E. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la fobia a leer en público en una mujer adulta* [Trabajo académico para obtener el Título de Especialista en Terapia Cognitivo Conductual, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4073>
- García-López, L.J., Olivares, J. & Vera-Villarreal, P.E. (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35(2) 151-160. https://www.researchgate.net/publication/26595140_Fobia_social_revision_de_los_instrumentos_de_evaluacion_validados_para_poblacion_de_lengua_espanola
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de salud mental (2007). Estudio epidemiológico de salud mental en la costa peruana. *Anales de Salud Mental*, (23) 1-2. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-LR/files/res/downloads/book.pdf>
- Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4ª ed.). McGraw-Hill. <https://idoc.pub/documents/kerlinger-2002-kerlinger-investigacion-del-comportamiento-vnd15jqkdjnx>
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (2ª ed.). Siglo XXI. <https://es.scribd.com/document/529094262/Lega-L-Caballo-V-Ellis-A-Teoria-y-Practica-de-La-Terapia-Racional-Emotivo-Conductual>

- Magallanes, M. (2010). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brower, S.A. [https://www.academia.edu/34912914/ manual de la terapia cognitiva conductual](https://www.academia.edu/34912914/manual_de_la_terapia_cognitiva_conductual)
- McGlynn, F.F., Smithhernam, T.A. y Gothard, K.D. (2004). Comment on the Status of Systematic Desensitization. *Behavior Modification*, 28(2), 194-205. DOI: 10.1177/0145445503259414
- Mendoza, H.G. (2020). *Terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente con fobia social*. [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4902/UNFV_MENDOZA_ROJAS_HADA_GABRIELA_TITULO_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2020%20%281%29.pdf
- Montseny, F. (11 de mayo de 2022). Condiciones de aplicación de la desensibilización sistemática. <https://kibbutzpsicologia.com/condiciones-de-aplicacion-de-la-desensibilizacion-sistemica/>
- Roca, A.V. (2019). *Terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad social*. [Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4401>
- Rodríguez, G. (2020). *Terapia cognitivo conductual para un hombre adulto con ansiedad social* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal] Perú.<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4367/RODRIGUEZ%20DIAZ%20GLORIA%20DIANA%20%20TITULO%20DE%20SEGUNDA%20ESPECIALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Browser. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>

- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(76), 151-179.
file:///C:/Users/gorki/Downloads/DialnetTratamientoPsicologicoDeLaFobiaSocial-7073728.pdf
- Vallés, A., Olivares, J. & Rosa-Alcázar, A.I. (2014). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. *Revista Liberabit* (20)1, 41-53
http://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_20_1_competencia-social-y-autoestima-en-adolescentes-con-fobia-social.pdf

VII. ANEXOS

Anexo A

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo B

TECNICAS DE RESPIRACION DIAFRAGMATICA

Técnica de respiración diafragmática

1. Siéntate cómodamente y coloca tu mano izquierda sobre tu abdomen y tu mano derecha sobre la izquierda.
2. Imagina una bolsa vacía dentro de tu abdomen, debajo de tus manos.



3. Comienza a respirar y nota cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros (inspira por la nariz por 3 a 5 segundos).
4. Mantén la respiración y piensa en un mensaje de tranquilidad "Mi cuerpo está relajado".
5. Expulsa el aire por la boca despacio por 3 a 5 segundos.
6. Repite los pasos 1 a 5 entre 4 y 5 veces.

www.psiquiatriaeneurologia.com

© Psiquiatría & Neurología

<https://youtu.be/wPkBSvbbUk> TRIANGULO DE LA SALUD

Respiración diafragmática

