



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN HOMBRE JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autor

García Flores, Jean Dennis

Asesor

Injante Mendoza, Raúl

ORCID: 0000-0002-5016-4340

Jurado

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

López Odar, Dennis Rolando

Martínez Portillo, Armando

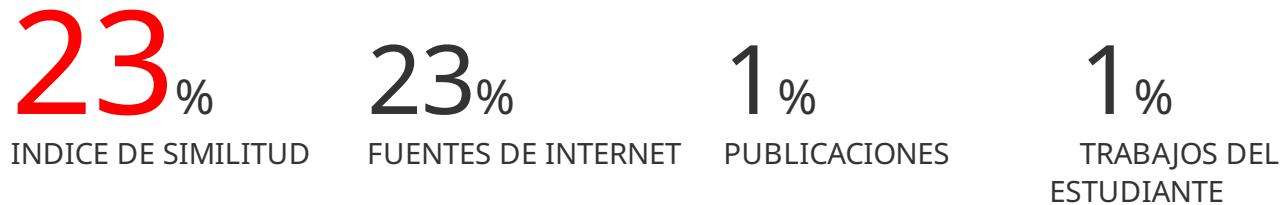
Lima - Perú

2024



ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN HOMBRE JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	19%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
3	www.revistapcna.com Fuente de Internet	<1 %
4	Submitted to Universidad Privada del Norte Trabajo del estudiante	<1 %
5	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
6	www.grafiaty.com Fuente de Internet	<1 %
7	www.saludsavia.com Fuente de Internet	<1 %
8	Submitted to Universidad Pontificia Bolivariana Trabajo del estudiante	<1 %



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN HOMBRE JOVEN CON ANSIEDAD
SOCIAL

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autor
García Flores, Jean Dennis

Asesor
Injante Mendoza, Raúl
ORCID: 0000-0002-5016-4340

Jurado
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
López Odar, Dennis Rolando
Martínez Portillo, Armando

Lima – Perú
2024

Pensamientos

“No son los eventos en sí mismos los que nos causan angustia, sino la forma en que los interpretamos”.

Albert Ellis

Dedicatoria

A mi familia por el apoyo incondicional y el amor
que día a día me brindan.

Agradecimientos

A mi docente asesor, y a las personas que me apoyaron en realizar el presente trabajo de investigación.

Índice

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción del problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.2.1. Antecedentes nacionales	3
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	5
1.2.3. Fundamentación teórica	6
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo general.....	11
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación	12
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	12
II. MÉTODO.....	13
2.1. Tipo de investigación.....	13
2.2. Ámbito temporal y espacial	13
2.3. Variables de investigación	13
2.3.1. Variable independiente	13
2.3.2. Variable dependiente	13
2.4. Participante	13
2.5. Técnicas e instrumentos.....	14
2.5.1. Técnicas	14
2.5.2. Instrumentos.....	18
2.5.3. Evaluación psicológica	19

2.5.4. Evaluación psicométrica	22
2.5.5. Informe psicológico integrador.....	22
2.6. Intervención	27
2.6.1. Plan de intervención y calendarización.....	27
2.6.2. Programa de intervención	27
2.7. Procedimientos.....	27
2.8. Consideraciones éticas	27
III. RESULTADOS.....	28
3.1. Análisis de resultados	28
3.2. Discusión de resultados.....	32
3.3. Seguimiento	34
IV. CONCLUSIONES.....	35
V. RECOMENDACIONES.....	36
VI. REFERENCIAS	37
VII. ANEXOS.....	44

Índice de tablas

Tabla 1 Conducta en exceso, debilitamiento y déficit relacionado a ansiedad.....	24
Tabla 2 Análisis funcional de la conducta de ansiedad	25
Tabla 3 Análisis cognitivo de la conducta de ansiedad	26
Tabla 4 Diagnóstico tradicional nomotético criterios del CIE-11	26
Tabla 5 Sintomatología fisiológica pre y postest	28
Tabla 6 Pensamientos automáticos pre y postest.....	29
Tabla 7 Sintomatología emocional pre y postest	30
Tabla 8 Conductas disfuncionales pre y postest	31

Índice de figuras

Figura 1 Sintomatología pre y postest	28
Figura 2 Pensamientos automáticos pre y postest.....	29
Figura 3 Sintomatología emocional pre y postest.....	30
Figura 4 Conductas disfuncionales en el pre y postest	31

Resumen

El objetivo fue reducir la ansiedad social en un varón joven del distrito de La Victoria, mediante intervención cognitivo conductual. Estudio experimental con diseño preexperimental de caso único. Participó un varón de 26 años, soltero. Se aplicaron el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Ansiedad Estado–Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Inventario de Depresión Rasgo–Estado (IDERE), el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y el Registro de Opiniones–Forma A (REGOPINA). La intervención comprendió 23 sesiones con psicoeducación, relajación muscular progresiva de Jacobson, detención y distracción del pensamiento, reestructuración cognitiva (TREC), modelado y moldeamiento, entrenamiento en toma de decisiones, comunicación asertiva y solución de problemas. Como resultados, se observó reducción de la ansiedad de grave a leve y descensos en sintomatología fisiológica, pensamientos automáticos, síntomas emocionales y conductas disfuncionales. Se concluye que intervención fue eficaz y que la práctica continuada de las técnicas favorece el mantenimiento de los logros.

Palabras clave: ansiedad social, terapia cognitivo conductual, adulto

Abstract

The objective was to reduce social anxiety in a young male from the La Victoria district using a cognitive-behavioral intervention. Experimental study with a single case preexperimental design. A 26-year-old single male participated. The Eysenck Personality Questionnaire (CPE), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the State–Trait Anxiety Inventory (STAI), the Beck Depression Inventory II (BDI II), the State–Trait Depression Inventory (IDERE), the Automatic Thoughts Inventory (IPA), and the Opinions Record—Form A (REGOPINA) were administered. The intervention comprised 23 sessions including psychoeducation, Jacobson's progressive muscle relaxation, thought stopping and distraction, cognitive restructuring (TREC), modeling and shaping, decision-making training, assertive communication, and problem solving. Results showed a reduction in anxiety from severe to mild and decreases in physiological symptoms, automatic thoughts, emotional symptoms, and dysfunctional behaviors. It is concluded that the intervention was effective and that continued practice of the techniques promotes maintenance of the gains.

Keywords: social anxiety, cognitive behavioral therapy, adult

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo ha presentado un estudio de caso único sobre la aplicación de un programa cognitivo-conductual a un joven que padecía trastorno de ansiedad social, con el objetivo de evaluar la eficacia de dicha intervención. En cuanto al tipo de investigación, se empleó un diseño experimental de carácter preexperimental con evaluación pre y postratamiento, lo que permitió medir el impacto del programa en la sintomatología del participante.

El documento se estructuró en siete partes fundamentales para garantizar una exposición clara y metódica. La primera correspondió a la introducción, donde se contextualizó la problemática del trastorno de ansiedad social y su impacto en el desarrollo personal y académico. Además, se revisaron estudios previos que validaron la terapia cognitivo-conductual, se expuso la base teórica que sustentó el programa y se definió el efecto esperado, centrado en la reducción de la sintomatología y la mejora funcional del joven.

La segunda sección detalló los métodos, describiendo el diseño del estudio y las variables, siendo la independiente el programa de intervención y las dependientes los niveles de ansiedad y las conductas de evitación. Se presentó la historia clínica del participante, el contexto y la cronología del estudio, los instrumentos de evaluación, como escalas estandarizadas y autorregistros, y se describió la intervención, detallando estrategias como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición gradual.

La tercera sección presentó los resultados cuantitativos y cualitativos, seguidos de una discusión que los interpretó a la luz de la teoría. En esta parte se compararon las mediciones previas y posteriores para observar la evolución en la intensidad de los síntomas.

Finalmente, las últimas cuatro secciones consolidaron el estudio, estableciendo las conclusiones que sintetizaron los hallazgos, las recomendaciones para futuras investigaciones, las referencias bibliográficas y un apéndice con información complementaria.

1.1. Descripción del problema

La postpandemia ha generado aspectos negativos y ha dado lugar a varias medidas destinadas a proteger la vida y la salud humana, tales como el distanciamiento social y la cuarentena, destinadas a prevenir la propagación del virus, pero que también conllevan dolor por no poder despedirse ante la muerte repentina de un ser querido, desempleo, dificultades financieras y más. Además, un número importante de personas ya padecía síntomas de ansiedad antes de la pandemia, y esta ha empeorado o exacerbado dichos síntomas (Carvalho, 2022).

Según datos recopilados en un estudio del Ministerio de Salud (2020), realizado con un total de 57 250 adultos, se encontró que 6.8 de cada 10 peruanos padece este problema. Los síntomas más comunes son: problemas para dormir (55.7 %), problemas de apetito (42.8 %), falta de energía o fatiga (44 %), dificultad para concentrarse (35.5 %) y pensamientos suicidas (13.1 %). En tanto, aumentaron los casos de ideación suicida, autolesiones y disfunción familiar (Eguia et al., 2020).

Mientras tanto, Santomauro et al. (2021) informaron sobre una revisión sistemática sobre salud mental realizada en 204 países en 2020, que describe el impacto de la pandemia y el aumento de casos de ansiedad y depresión, con el consiguiente sufrimiento. La prevalencia de la depresión en el mundo llegó al 25 %. Asimismo, se estimó en 2020 un aumento del 27.6 % en depresión mayor y del 25.6 % en trastornos de ansiedad en 204 países.

Por otro lado, Edwards et al. (2021) y el Consejo General de Psicología de España (CGPE, 2021) afirmaron que tienen a nivel mundial un impacto global asombroso, siendo una carga como enfermedad mental preocupante.

En un informe del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSMHD-HN) se determinó que la prevalencia de ansiedad social entre los jóvenes de Lima era del 2.9 % (Saavedra et al., 2013).

Un estudio realizado en 2005 demostró que la prevalencia de síntomas de ansiedad social era del 2.9 % y 40.5 % en una escuela de varones de Lima (Lindo et al., 2005).

La razón de esta diferencia en porcentajes es que este último estudio midió la prevalencia de los síntomas, mientras que el INSM HD-HN midió la prevalencia de la enfermedad, para lo cual se considera que los síntomas deben durar 6 meses o más, según el manual DSM-5.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Díaz (2022) realizó un estudio de caso cuyo objetivo fue analizar los efectos de intervenciones psicológicas en un paciente masculino. El participante tenía 46 años que presentaba ataques de ansiedad desarrollados gradualmente durante 21 años. Fue evaluado mediante entrevistas e instrumentos psicológicos. Así como 36 sesiones de intervención que incluyeron exposición, técnicas de manejo de la preocupación, reestructuración cognitiva y habilidades sociales específicas. Los resultados mostraron que, el paciente presentó mejoras clínicamente significativas en la toma de decisiones personales, disminución de la depresión e irritabilidad, así como aumento de la autoestima y del control de impulsos mediante la implementación de un programa de vida a corto plazo. Se concluyó que las intervenciones aplicadas contribuyeron de manera efectiva a la mejora de su bienestar psicológico.

Pesantes (2022) desarrolló un estudio con el objetivo de comprobar la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual. Participaron usuarios diagnosticados con ansiedad, a quienes se aplicaron diversos instrumentos de evaluación. La intervención, aplicada una vez por semana, incluyó psicoeducación, modelado, análisis costo-beneficio, autoobservación, autodirección, desensibilización sistemática y resolución de problemas. Los resultados mostraron que los usuarios alcanzaron una participación social voluntaria, efectiva y satisfactoria, además de una reducción de las reacciones de evitación y de la ansiedad social.

Se concluyó que el tratamiento cognitivo conductual propuesto resultó efectivo para la mejora del funcionamiento social.

Maraví (2020) efectuó un estudio con el objetivo de identificar y modificar patologías y distorsiones en casos de ansiedad social mediante la aplicación de intervenciones cognitivo conductuales. Participaron pacientes masculinos a quienes se administraron instrumentos psicométricos y entrevistas. Respecto a la intervención se implementaron técnicas terapéuticas cognitivo conductual. Los resultados se obtuvieron a través de mediciones antes, durante y después de la intervención, tomando como referencia una línea de base. Mejorando así el estado de ánimo y los estados emocionales. Se concluyó que hubo una disminución de la ansiedad patológica, lo que ayudó a reducirla progresivamente.

Zegarra (2019) realizó un estudio de caso con el propósito de analizar un cuadro de ansiedad social. El participante se caracterizaba por un estado de ansiedad excesiva y prolongada, asociado a síntomas físicos que interferían significativamente con las actividades diarias. Se le evaluó a través de la toma de historia clínica, el registro de conductas y pensamientos. Sobre la intervención, se emplearon técnicas cognitivo conductuales (reestructuración cognitiva, autoaprendizaje, interrupción del pensamiento), y psicoeducación. Tuvo una duración de cuatro meses y consistió en diez sesiones de 60 minutos cada una. Los resultados evidenciaron una reducción de la conducta problemática. Lo que permitió concluir que las sesiones aplicadas a los trastornos demostraron su eficacia sistemática.

Espinoza (2019) realizó un estudio que tuvo como objetivo realizar una intervención psicológica en pacientes diagnosticados con ansiedad. Participaron usuarios de cirugía a quienes se aplicaron instrumentos de observación, entrevista, cuestionario de historia de vida, examen psiquiátrico, inventarios y escalas clínicas. El proceso de intervención se realizó en 17 sesiones de 45 minutos, una vez por semana, utilizando estrategias conductuales, de juego de roles, y cognitivas como psicoeducación, reestructuración cognitiva y autodocumentación. Los

resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales. Se concluyó que las sesiones terapéuticas pueden reducir los síntomas de ansiedad en pacientes quirúrgicos.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Sevilla (2013) realizó un estudio de caso con el objetivo de aplicar la terapia cognitivo conductual en el Ecuador. Aplicó una entrevista personal, así como instrumentos cínicos. Las técnicas utilizadas incluyeron: técnicas de respiración profunda, visualización y enfoque en la resolución de problemas, modelado, exposición progresiva y psicoeducación. Los resultados mostraron que la terapia cognitivo conductual fue efectiva para reducir los síntomas de ansiedad y los episodios depresivos mayores, además de favorecer el manejo de los rasgos de personalidad esquizotípicos. Se concluyó que los síntomas de ansiedad resultaron más severos en las mujeres.

Coronado (2022) realizó un trabajo en España, para evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad. Es un estudio de caso. Se aplicaron encuestas, observaciones y entrevistas. Los resultados indicaron que la orientación cognitivo conductual es el método de tratamiento más utilizado y que su aplicación resulta eficaz cuando las pruebas psicológicas muestran una reducción significativa de los síntomas de ansiedad. Asimismo, las evaluaciones cualitativas mediante entrevistas y el seguimiento clínico evidenciaron mejoras notables en la adaptación del comportamiento y en la funcionalidad de los pacientes. Se concluyó que las intervenciones cognitivo conductuales constituyen el tratamiento de elección para este tipo de trastorno.

Mosquera-Gallego (2018) realizó un estudio en España con el objetivo de evaluar la efectividad del entrenamiento en habilidades intelectuales transversales en relación con la ansiedad social y el acoso escolar. Esta intervención se basó en los programas de Intervención para Jóvenes con Fobia Social; el de Intervención Psicoeducativa y Tratamiento Diferenciado

del Bullying. Los resultados reflejaron la eficacia del tratamiento, evidenciando la prevención de los síntomas de ansiedad social y acoso escolar. Se concluyó que es necesario continuar investigando para desarrollar instrumentos de evaluación y programas de intervención específicos dirigidos a estas poblaciones.

Martínez (2019) desarrolló un estudio de una intervención dirigida a un caso de fobia social en España. La participante es una mujer de 22 años diagnosticada. Para su evaluación se realizaron entrevistas y se aplicaron instrumentos clínicos. La intervención se realizó mediante un enfoque cognitivo conductual, utilizando técnicas como psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y exposición, las cuales se desarrollaron en 14 sesiones. Los resultados evidenciaron disminuciones en la ansiedad, mejora en la percepción de salud, y una reducción en la fobia social. Se concluyó que la evolución de los síntomas y de la fobia social fue favorable tras la intervención.

Sotelo (2018) realizó una intervención en Bolivia con un paciente diagnosticado con trastorno de ansiedad social; esto se hizo según un enfoque de terapia cognitivo conductual. Se adoptó un diseño experimental de caso único A-B-A. Para su evaluación se administraron una entrevista e instrumentos clínicos. En las intervenciones conductuales utiliza técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, juegos de roles, entrenamiento de la asertividad y técnicas de exposición. Se observaron reducciones en los síntomas de ansiedad y depresión y cambios en las interacciones sociales de los pacientes cuando estuvieron expuestos a entornos públicos. Se concluyó que estos hallazgos son consistentes con la evidencia científica sobre la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Ansiedad. Se abordó teóricamente lo concerniente a la ansiedad.

A. Conceptualización. Es un sentimiento natural y humano que tiene una función adaptativa y cuyo objetivo es prepararnos para situaciones que percibimos como

potencialmente peligrosas, con el fin de revelar recursos personales para tales situaciones (luchar o huir); estos recursos se mantienen activos mientras la situación sea percibida como amenazante (Maraví, 2020).

Por otro lado, la ansiedad patológica o trastorno de ansiedad es una activación desproporcionada de los recursos personales en respuesta a una situación que genera peligro (ya sea real o imaginaria). Esta activación continúa en el tiempo, incluso después de que la amenaza haya pasado, dificultando el control de los síntomas que se manifiestan en los ámbitos físico, emocional, conductual y cognitivo, lo que provoca un malestar emocional elevado y duradero que afecta la calidad de vida (Maraví, 2020).

B. Orígenes. En el caso del trastorno de ansiedad social (TAS), este suele manifestarse entre los 11 y los 20 años y presenta comorbilidad con el trastorno depresivo, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. El TAS se caracteriza por el miedo que experimenta la persona al exponerse a diversas situaciones sociales, en las que anticipa ser evaluada de manera negativa por los demás (American Psychiatric Association [APA], 2022).

C. Características. Entre las características del trastorno de ansiedad social (TAS) se encuentran síntomas de tipo fisiológico, como la sudoración, el temblor, el rubor facial y la taquicardia, los cuales son experimentados como problemáticos y percibidos como una incapacidad social personal.

En el ámbito conductual, se manifiestan conductas de evitación y escape frente a situaciones sociales temidas, así como reacciones tales como muecas, rigidez facial, conductas de desaprobación acompañadas de sonrojo y aislamiento social, lo que genera una limitación para satisfacer necesidades vinculadas con el ámbito laboral y académico.

Finalmente, en el plano cognitivo, se presentan pensamientos negativos asociados al miedo excesivo a la desaprobación y a las críticas de los demás, los cuales son interpretados como una amenaza a la integridad psicológica (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018).

D. Evaluación de la ansiedad social. Diversos estudios han identificado cinco componentes clave: la interacción con desconocidos; la interacción con el sexo opuesto; la expresión asertiva de molestia, desagrado y enfado; el quedar en evidencia o hacer el ridículo; y el hablar en público o interactuar con personas de autoridad (Caballo et al., 2019). Estos componentes permiten evaluar el constructo en pruebas psicológicas

E. Modelos explicativos de la ansiedad. A continuación, se mencionan los modelos explicativos de la ansiedad.

Respecto a la teoría psicofisiológica, esta plantea que el estudio de la ansiedad se orienta al vínculo entre las emociones y las funciones del sistema nervioso central, lo cual genera cambios corporales significativos. En otras palabras, los estímulos biológicos producen en la persona síntomas fisiológicos y motores como forma de reacción corporal (Díaz y De la Iglesia, 2019).

En cuanto a la teoría conductual, Clark y Beck (2012) señalan que los psicólogos experimentales, basándose en la teoría del aprendizaje, han demostrado durante décadas que las respuestas de miedo pueden adquirirse mediante procesos de aprendizaje asociativo. El trabajo teórico y experimental desde esta perspectiva se ha centrado principalmente en las respuestas fisiológicas y conductuales que caracterizan los estados de ansiedad o miedo. En efecto, las teorías tempranas del aprendizaje destacan la adquisición del miedo o de respuestas temerosas a través del condicionamiento clásico.

Por otro lado, la teoría cognitiva define la ansiedad como un patrón complejo de respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales que ocurre cuando un evento o situación se interpreta como una amenaza altamente aversiva, incierta e incontrolable para los intereses vitales (Clark y Beck, 2012). La esencia de la ansiedad radica en la interpretación falsa y exagerada de las amenazas en situaciones esperadas o percibidas como relevantes para los recursos vitales de la persona.

En contraste, el miedo se considera una evaluación automática de una amenaza o peligro inminente, mientras que la ansiedad constituye una respuesta subjetiva y persistente a la activación del miedo. Por lo tanto, el miedo representa un proceso cognitivo básico presente en todos los trastornos de ansiedad que se manifiestan en contextos sociales (Clark y Beck, 2012).

F. Teoría cognitivo conductual de la ansiedad. Desde esta perspectiva, central en la investigación realizada, Clark y Beck (2012) afirmaron que una mayor intensidad de la ansiedad estaba directamente relacionada con una interpretación catastrófica de los eventos y una baja conciencia de los recursos de afrontamiento. Los cambios inducidos por la ansiedad ocurrían en cuatro niveles.

El primero era el fisiológico: cuando se detectaba peligro, el sistema nervioso autónomo emitía señales de alerta. Este sistema contaba con dos ramas, simpática y parasimpática. La rama simpática preparaba el cuerpo para la acción, mientras que la parasimpática se encargaba de relajar y modular la actividad simpática para devolverlo a un estado de calma o normalidad.

Al detectarse peligro, el sistema simpático se activaba de inmediato y el organismo comenzaba a liberar adrenalina y noradrenalina, provocando cambios físicos. Esta hiperactivación generaba síntomas que preparaban al cuerpo para dos posibles respuestas: luchar o huir.

Estos cambios físicos incluían un aumento de la frecuencia cardíaca, necesario para aportar más oxígeno a los tejidos implicados en actividades físicas exigentes (huir o pelear). También implicaban un incremento de la frecuencia respiratoria, acompañado de una sensación de falta de aire.

Por otro lado, la sangre se redistribuía para potenciar la fuerza de los grandes grupos musculares que entrarían en acción. Estas alteraciones en la respiración y la circulación podían

provocar otros síntomas, como visión borrosa, mareos, desrealización, sensación de asfixia y escalofríos (Espinoza, 2019).

El segundo nivel era el conductual, en el cual predominaban las respuestas de lucha, huida o congelación (incapacidad para moverse). Sin embargo, lo más frecuente era la huida, asociada a la experiencia de malestar. En consecuencia, las personas con trastornos de ansiedad tendían a evitar con rapidez las situaciones que les generaban malestar, lo que conducía a cambios de comportamiento denominados mecanismos de evitación. Cuando las respuestas de ansiedad se intensificaban, emergían conductas de seguridad (Espinoza, 2019).

El tercer nivel era el cognitivo, que generaba automáticamente pensamientos de peligro y conducía a realizar una evaluación, la denominada evaluación secundaria, responsable de distinguir entre reacciones de miedo y de ansiedad social. Asimismo, se evaluaban los recursos disponibles, internos y externos, lo que influía en la eficacia de la respuesta ante posibles peligros.

Los resultados de ese análisis incidían en si la respuesta de alarma aumentaba o disminuía. Si tales resultados eran desfavorables, la ansiedad se incrementaba y persistía. El cuarto y último nivel correspondía al emocional, en el que se presentaban sentimientos intensos y desagradables, como tensión, ansiedad, impaciencia y miedo (Espinoza, 2019).

G. Clasificación de los trastornos de Ansiedad. Para organizar los diversos trastornos psicopatológicos, se deben tener en cuenta dos documentos internacionales que clasifican los trastornos mentales.

Desde el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA, 2022) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) que describen la clasificación y los criterios de los trastornos de ansiedad (véanse los Anexos A y B).

1.2.3.2. Intervención cognitivo conductual. El campo de la psicología clínica se orientó a comprender la conducta y a la intervención basada en tratamientos para diversas problemáticas o trastornos, siendo la terapia cognitivo conductual una metodología terapéutica cuyas técnicas fueron eficaces y, en el tiempo, eficientes para reducir trastornos psicológicos como la ansiedad (Hernández, 2013).

En la etapa de intervención se debieron tener en cuenta los datos y los hallazgos recopilados en la fase evaluativa, en la cual se estableció el diagnóstico que formuló el caso clínico; en ese sentido, ello permitió la comprensión y el análisis conductual de la problemática y, de esa manera, el establecimiento de objetivos claros de la terapéutica y de metas de índole clínica (Acevedo y Gélvez, 2018).

Esta intervención demostró su eficacia científica para reducir la ansiedad social y se orientó a la premisa de que las experiencias tempranas vividas por la persona conformaban un esquema cognitivo que originaba formas de pensamiento; estos esquemas actuaban como moderadores de los estímulos y de los sentimientos.

En efecto, la respuesta ansiosa surgía cuando la valoración de tipo ansioso exageraba la amenaza y, en cierta medida, subestimaba la capacidad de afrontamiento o los recursos de apoyo; con frecuencia se mantenían conductas evitativas que disminuían la ansiedad o, por el contrario, la reforzaban. En consecuencia, los niveles altos de ansiedad se debían a la atención selectiva a las amenazas percibidas y a la ausencia de formas de seguridad personal para afrontar los síntomas problemáticos (Zapata, 2020).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Disminuir los niveles de ansiedad social en un hombre joven mediante la intervención terapéutica cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir la frecuencia, duración e intensidad de la sintomatología fisiológica a través de la psicoeducación y técnica de relajación muscular de Jacobson.
- Disminuir la frecuencia, duración de los pensamientos automáticos a través de la psicoeducación, técnica de detención del pensamiento y técnica de distracción.
- Disminuir la frecuencia, duración de la intensidad de la sintomatología emocional mediante la psicoeducación, técnica de relajación progresiva y psicoterapia cognitiva.
- Disminuir la frecuencia de la presencia de conductas disfuncionales mediante psicoeducación y entrenamiento en comunicación asertiva.

1.4. Justificación

El presente estudio de caso se justifica a nivel teórico, mediante la sustentación del modelo teórico cognitivo conductual para describir, explicar y predecir la ansiedad social, y a través de estudios empíricos actualizados en la ciencia de la psicología.

Respecto de la justificación práctica, el programa de intervención, permitirá ser un referente para casos similares, en los cuales pueden tomar como referentes para próximos estudios para disminuir la sintomatología asociada a la ansiedad social.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Como resultado de este trabajo, se esperó proporcionar orientación a los profesionales interesados en tratamientos efectivos para reducir la ansiedad social y reducir significativamente los síntomas de ansiedad patológica en los pacientes, que perjudiquen en su salud mental.

II. MÉTODO

2.1. Tipo de investigación

En cuanto al tipo de investigación aplicada al diseño, correspondió a un estudio experimental, en el cual el investigador manipuló directamente las variables de estudio con el propósito de analizar los efectos producidos en el fenómeno investigado (Kazdin, 2023).

Del mismo modo, el diseño fue preexperimental, dado que se basó en la aplicación de una variable independiente, el programa de tratamiento, mediante la comparación de resultados obtenidos en el pretest y el postest, con el fin de determinar la incidencia del tratamiento en el caso (McBride, 2023).

2.2. Ámbito temporal y espacial

Se realizó en el Centro de Salud “San Cosme” Servicio de Psicología, ubicada en el distrito de La Victoria, durante los meses de febrero a junio de 2023.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. Variable independiente

Intervención cognitivo conductual: Es un procedimiento estructurado de psicoterapia de enfoque cognitivo conductual que permite resolver problemas emocionales y conductas disfuncionales con efecto en el ambiente, cogniciones y lenguaje en los problemas psicológicos (DiGiuseppe et al., 2018).

2.3.2. Variable dependiente

Ansiedad social: Es un tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza por evitar las situaciones sociales, miedo y ansiedad excesiva y exagerada a situaciones de la vida diaria, y que no pueden explicarse mediante otra enfermedad, medicamento o abuso de sustancia (APA, 2022).

2.4. Participante

Un paciente joven de 26 años, soltero y con estudios en periodismo.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. *Técnicas*

En el presente trabajo académico se hizo uso de técnicas cognitivo conductuales, las cuales se explicarán a continuación:

2.5.1.1. Psicoeducación. Esta es una estrategia muy importante como parte del curso de tratamiento que recibirán los pacientes con el objetivo de aportar su propio conocimiento del diagnóstico para comprender su curso, síntomas, implicaciones en el bienestar, aclarar dudas y reformular mitos sobre su diagnóstico (Maraví, 2020).

Rodríguez y Vetere (2011) conceptualizaron la psicoeducación como una parte integral del tratamiento, en la que los pacientes son capaces de comprender el origen de sus problemas desde una perspectiva objetiva. Asimismo, señalaron que es importante utilizarla en las primeras etapas del tratamiento para revisar y retomar la información proporcionada en cualquier momento, con el fin de evitar malentendidos.

2.5.1.2. Relajación muscular de Jacobson. Esta técnica supone que los pensamientos y comportamientos estresantes provocan tensión muscular y, por tanto, aumentan la ansiedad; cuando el paciente relaja sus músculos, puede controlar sus sentimientos de agitación. Para que esta técnica sea efectiva el paciente debe realizarla de forma continua durante al menos 7 semanas (Cautela y Groden, 1985).

Ruiz et al. (2012) mencionaron que en 1939 se descubrió la sensación de sensaciones que provocan tensión y que la relajación en grupos musculares produce un estado de relajación profunda.

La técnica de relajación muscular de Jacobson con tensión y relajación es actualmente uno de los métodos más utilizados en la terapia cognitivo conductual. La técnica consiste en entrenar al paciente para que tense un grupo de fibras musculares y mantenga un tiempo controlado por reloj, mientras se percibe la sensación de tensión y relajación que nos brinda.

Esta técnica consta de dos pasos muy sencillos de trabajar grupos musculares, el primero es la tensión y el segundo es la relajación, siendo consciente de las sensaciones que producen ambos pasos (Cautela y Groden, 1985).

2.5.1.3. Detención y Distracción del Pensamiento. Según Caballo (1995), es un programa de autocontrol que tiene como objetivo eliminar obsesiones o pensamientos testarudos que resultan ineficaces y poco realistas e influir en la conducta deseada desde el principio a través de la inhibición.

La intervención requiere decir: "¡Basta!", ante lo cual los pensamientos se detienen.

Luego se capacita a los pacientes completen todo el proceso por sí solos. Finalmente, se entrena al paciente para que utilice escenarios agradables que pueda imaginar para mejorar el reconocimiento de pensamientos.

2.5.1.4. Registro conductual. Los autoinformes son un recurso para las estrategias utilizadas en la terapia cognitivo conductual y tienen muchas ventajas ya que proporcionan información sobre el paciente para que podamos comprender la frecuencia, intensidad y duración de diversos síntomas, la autodocumentación también nos permite monitorear la efectividad y eficiencia de las tecnologías que utilizamos para cambiarlas, modificarlas o reemplazarlas por otras tecnologías.

Otro propósito del autoinforme es permitirnos comprender la evolución del paciente (Clark y Beck, 2012). Ruiz et al. (2012), indican que el uso del autorregistro desde el inicio durante la terapia tiene como objetivo obtener más información sobre el estado emocional del paciente, y también permite obtener más datos sobre estas situaciones, personas o comportamientos. Provoca un aumento o disminución del estrés emocional.

El registro más utilizado en este contexto, como mencionan los autores, es el Daily Twisted Thought Record (Pheng y Yaacob, 2018).

2.5.1.5. Moldeamiento. Es un proceso progresivo de reforzar selectivamente los comportamientos clave que queremos lograr. En otras palabras, es una aproximación secuencial del comportamiento que queremos conseguir.

Martin y Pear (2024) indicaron que el modelado se define como la adquisición de un nuevo comportamiento mediante el reforzamiento secuencial de aproximaciones del comportamiento deseado y la eliminación de las aproximaciones que no contribuyen a lograrlo.

Por otro lado, también mencionaron que existen cinco dimensiones o aspectos sensibles a la conformación: topografía (configuración espacial o forma específica de la respuesta), frecuencia (número de ocurrencias en un período de tiempo determinado), duración (tiempo invertido), latencia (tiempo que transcurre entre la aparición del estímulo y el inicio de la respuesta) e intensidad (efecto físico que produce o puede producir la respuesta en el ambiente).

2.5.1.6. Modelado. Consiste en observar a los demás y reproducir lo que hacen, es eficaz para el aprendizaje. Esto significa que se pueden adquirir nuevos conocimientos o comportamientos a través de ejemplos (Stumphauzer, 1983).

Ruiz (1993), por su parte, argumentó que al demostrar la conducta del modelo, el evaluador busca permitir que el paciente observe. Además, señaló que la primera característica es la persona que encarna el modelo (alguien ajeno); la segunda se refiere a la forma en que se presenta el modelo (correctamente o de manera simbólica), y la tercera consiste en la manera en que se expresa la conducta (expreso).

2.5.1.7. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Este modelo corresponde a la segunda ola de terapia cognitivo conductual, en la cual se identificaba a la mente como responsable del comportamiento.

Los referentes de esta terapia son Aaron Beck y Albert Ellis, quienes sostienen que los sentimientos y el comportamiento están estrechamente relacionados (Clark y Beck, 2012).

Ruiz et al. (2012) señalaron que la TREC concibe a las personas como organismos biopsicosociales complejos, con un fuerte impulso para establecer metas y alcanzarlas (mantenerse activos, lograr la felicidad y evitar el malestar).

Lo central para Ellis y su teoría es la distinción entre creencias racionales e irracionales y su impacto en las emociones y el comportamiento. En este sentido, las creencias irracionales se expresan en forma de requisitos estrictos que, si no se cumplen, provocan estrés emocional; las creencias racionales, por otro lado, se manifiestan como preferencias o reconocimientos de características más flexibles y, por tanto, más saludables y útiles para las personas.

2.5.1.8. Técnicas para reforzar la conducta positiva. Stumphauzer (1983) mencionó que las consecuencias son los resultados o efectos de la conducta. Además, indicó que cuando se realiza una acción, los resultados derivados de esta se denominan consecuencias.

Cuando un evento tiene el potencial de incrementar la probabilidad de que el comportamiento se repita, dicho resultado ejerce un efecto de refuerzo positivo. Cabe señalar que el refuerzo positivo es más eficaz cuando se aplica inmediatamente después de la conducta.

2.5.1.9. Entrenamiento de confianza. Esta es una habilidad social importante que permite a las personas expresar sus pensamientos, sentimientos y expectativas con firmeza, confianza y respeto. Esto implica poder manifestar una opinión sin mostrarse insistente ni sumiso.

Ser asertivo significa mantener lo que se desea expresar de forma breve y directa. Asimismo, supone reconocer los errores y ofrecer disculpas cuando corresponde (Caballo, 1995).

Caballo (1995) indicó que es fundamental modificar las conductas pasivas o agresivas para promover un comportamiento asertivo. Además, señaló que las personas pasivas suelen ser poco ambiciosas, mientras que las personas agresivas intentan imponer su voluntad; en cambio, las personas asertivas colaboran con otros para alcanzar objetivos comunes.

2.5.1.10. Entrenamiento en solución de problemas. Martin y Pear (2024) sostuvieron que el objetivo principal de las técnicas de resolución de problemas es entrenar a las personas en el uso de estrategias de razonamiento lógico para enfrentar satisfactoriamente diversas dificultades personales que puedan surgir en la vida.

Agregaron que existen seis etapas en el proceso de resolución: paso 1: reconocer; paso 2: plantear el problema; paso 3: realizar una lluvia de ideas; paso 4: evaluar la viabilidad de la opción, las ventajas y desventajas, y finalmente elegir la opción adecuada; paso 5: implementar lo seleccionado desarrollando un plan; paso 6: de las alternativas seleccionadas en la solución del problema.

2.5.1.11. Métodos de toma de decisiones. Consiste en evaluar e identificar una de las alternativas disponibles, considerando los posibles resultados esperados. También implica analizar si el paciente es capaz de ejecutar la alternativa seleccionada (Caballo, 1995).

2.5.2. *Instrumentos*

Para obtener información objetiva, se evaluó al paciente con las siguientes pruebas psicométricas (véase Anexo C):

- A. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE), desarrollado por Eysenck y Eysenck (1975), adaptado por Araujo (2000).
- B. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), desarrollado por Beck et al. (1988), adaptado por Sanz y Navarro (2003).
- C. Inventario de Ansiedad Estado–Rasgo (STAI), desarrollado por Spielberger et al. (1970), adaptado por Bazán (2021).
- D. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), desarrollado por Beck et al. (1996), adaptado por Barreda (2019).
- E. Inventario de Depresión Rasgo–Estado (IDERE), desarrollado por Martín et al. (2001), adaptado por Cartagena (2014).

F. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), desarrollado por Ruiz y Lujan (1991), adaptado por Gamarra y Vela (2020).

G. Registro de Opiniones – Forma A (REGOPINA), desarrollado por Davis et al. (1980), adaptado por Guzmán (2009).

Asimismo, entre los métodos utilizados para obtener información del paciente, se incluyeron, como instrumentos cualitativos, la observación psicológica y la entrevista estructurada. La observación consistió en el registro detallado y continuo del comportamiento verbal y no verbal del paciente durante el proceso de evaluación.

Por su parte, la entrevista estructurada permitió recopilar datos esenciales sobre la vida personal, familiar y social del paciente, complementando los resultados obtenidos mediante las pruebas psicométricas.

2.5.3. Evaluación psicológica

2.5.3.1. Motivo de consulta. Todas estas últimas semanas me he estado sintiendo vacío; siento que no tengo una razón de vida por muchos motivos, pero los principales son que, a mis 26 años, siento que los sueños que tengo no se están realizando.

Estudié seis años periodismo y, si bien es cierto que el trabajo que tengo no es malo, aún no estoy ejerciendo mi carrera como periodista, cosa que me afecta demasiado, me pone ansioso y me deprime, más aún porque yo estuve cuatro años con un chico que me apoyaba en todo, era mi soporte emocional, y por cosas del destino ya no está en mi vida. Yo siento que soy una persona dependiente y, al estar tanto tiempo con él, en donde él era toda mi vida social, al irse dejó un gran vacío.

Los motivos fueron diversos, pero el principal fue que yo malogré la relación al sentir que no sentía lo mismo. Él realmente me amaba y yo no supe valorar eso. Asumí los errores de ese hombre y acepto gran parte de la culpa. Todos los días me despierto y lloro al no ver un mensaje de buenos días de él. Él me llenaba de luz y ahora no tengo nada. Mis días se han

vuelto una rutina y siento que me está afectando más de lo que debería. Estoy empezando a refugiarme en el alcohol, y eso está mal; incluso he vuelto a recaer. Me cuesta muchas veces levantarme de la cama; me dan nuevamente ataques de taquicardia a tal punto que me desvanezco.

He venido aquí porque esto no solo me está afectando a mí, sino también a los que me rodean, por ejemplo, mi madre. Desde que tengo seis años he tenido problemas en mi casa, debido a que siempre, o casi siempre, no he tenido el cariño de mi padre. Él casi nunca me sacaba a pasear y siempre prefería irse, aunque sea a tomar. La única que siempre ha estado es mi madre; es por ello por lo que he crecido con ese temor ante ciertas situaciones. Yo siempre, de joven, he sido de contextura gruesa, por lo que mis compañeros de aula me fastidiaban por mi físico, algo de lo cual hasta la actualidad me arrepiento de no haberme defendido, y es que nunca nadie me enseñó a hacerlo. Es más, hasta la fecha hay cosas como el fútbol, que me gusta mucho mirarlo, y me hubiera gustado saberlo jugar, pero mi padre nunca me enseñó. Todas estas situaciones han hecho que ahora sea un chico sumiso, con falta de carácter y algo temeroso.

Son cosas que siempre me han dificultado, mayormente en mi adolescencia, relacionarme con otras personas. No me gustaba ir a fiestas; me la pasaba encerrado jugando, hasta que tuve 17 años, en donde todo cambió, debido a que mis primos se dieron cuenta de que era muy alejado de la familia, así que empezaron a sacarme e incluirme en los planes familiares. En mi familia casi todos mis primos son mujeres, por lo que siempre crecí rodeado de ellas. Me di cuenta de que me querían mucho, pero, siendo honesto, a la edad de 17 años me di cuenta de que tenía algo en particular, y era que me gustaban los hombres.

Empecé a cuestionarme, pero hasta ese entonces ya era un chico que conocía un poco el mundo y era consciente de que era homosexual. Pasó el tiempo y poco a poco les fui contando a los pocos amigos que tenía y a mis primas, hasta que decidí contárselo a mis padres. Hasta

ese entonces, ya mi padre había dejado bastante de tomar, más aún porque le diagnosticaron diabetes. Cuando decidí contarles todo, a los 21 años aproximadamente, tenía mucho miedo por cómo pudieran reaccionar, pero lo hice, y si bien es cierto que mi papá no reaccionó mal, prefirió no tocar el tema, lo que me deprimió, ya que en mi mente pensé que no me quería.

Mi madre, como cualquier mamá, lo tomó bien, pero igual se puso a llorar porque soy hijo único. Esta fue una de las etapas más difíciles para mí, por todo este estrés y tristeza que sentía por mi padre.

Pasaron los años y, en el 2017, mi padre perdió una pierna por su diabetes. Eso fue un golpe duro tanto para mí como para mi madre. Esos años fueron muy difíciles, pero, hasta el día de hoy, ya es cosa del pasado. Cabe resaltar que ahora la relación con mi padre es muy buena y ya todo eso está superado, pero igual son cosas que me han afectado y me han hecho ser temeroso y deprimido.

2.5.3.2. Historia personal. Mi nacimiento fue por cesárea. A los 4 años era muy inquieto e hiperactivo. En la niñez sí me castigaban (no ver TV) y solo dos veces en las que me pegaron.

En la adolescencia me castigaban con no ir a fiestas, pero no me pegaban. A los 17 años me sentía con temor y miedo al relacionarme con mi familia y me la pasaba encerrado. A los 19, casi 20 años, empecé a salir y relacionarme con más personas de mi universidad; fue ahí donde me solté y salía a beber y de fiesta más seguido. A los 21 años, cuando ya tenía pareja, creció mi temor a perder a esa persona, por lo que aguantaba ciertos maltratos psicológicos y escenas tóxicas.

2.5.3.3. Educación. Describe brevemente su trayectoria educativa: educación primaria: muy buena; secundaria: muy buena; universidad: muy buena.

2.5.3.4. Historia familiar. Comenta como datos familiares relevantes: Papá: G. O. P. G., 59 años (secundaria). Mamá: M. U. I. O., 56 años (secundaria).

2.5.3.5. Relación familia. En estos momentos de mi vida tengo una muy buena relación con mis padres, a consecuencia de la amputación de una pierna de mi papá, hecho que nos destruyó totalmente a todos emocionalmente, pero que también hizo que nos uniéramos más.

2.5.4. Evaluación psicométrica

Para los informes de los instrumentos, véase el anexo D.

2.5.5. Informe psicológico integrador

2.5.5.1. Motivo de evaluación. El paciente refiere estar sintiendo vacío y expresa no tener una razón de vida por diversos motivos. Indica que, a sus 26 años, siente que los sueños que tiene no se están realizando.

Estudió seis años de periodismo y, si bien considera que el trabajo que actualmente desempeña no es malo, aún no ejerce su carrera como periodista, situación que le afecta demasiado, le genera ansiedad y lo deprime.

Señala que estuvo cuatro años con un chico que lo apoyaba en todo y era su soporte emocional, pero por cosas del destino ya no está en su vida. Señala que se considera una persona dependiente y que, al haber estado tanto tiempo con él, quien era toda su vida social, su ausencia dejó un gran vacío. Al irse, indica que los motivos fueron diversos para la ruptura, pero los principales son que considera que malogró la relación al sentir que ya no experimentaba lo mismo.

2.5.5.2. Análisis de Resultados. Respecto a los resultados, se pudo encontrar que:

El paciente es introvertido, es decir, tiende a la introspección, le gusta planificar sus acciones, tiene autocontrol y se organiza.

Es propenso a la inseguridad, la ansiedad, la timidez y la irritabilidad, lo que lo predispone a síntomas psicosomáticos, altos niveles de estrés y depresión. También se le reconoce por mostrar empatía y afecto ante el sufrimiento de los demás. Asimismo, presenta un temperamento melancólico, con cualidades inestables.

Manifiesta ansiedad severa y experimenta actividad física asociada, como temblores y sudoración en la cara, así como alteraciones emocionales en la vida diaria. Estas condiciones afectan su desarrollo personal, laboral y familiar.

En relación con los resultados del STAI el paciente presenta un estado emocional temporal severo, con el sistema nervioso altamente activo, lo que genera pensamientos intrusivos frecuentes de preocupación, tensión, miedo, depresión e ira. En términos de ansiedad, mantiene una tendencia relativamente estable hacia un nivel moderado, conceptualizando sus experiencias de manera amenazadora.

En cuanto al estado de ánimo, el paciente se encontraba moderadamente deprimido, pero no presentaba síntomas compatibles con depresión según criterios clínicos. Según el IDERE, tiene episodios breves de estado de ánimo de alta intensidad. En cuanto a la depresión, muestra una tendencia relativamente estable hacia un nivel bajo.

La persona mostró los siguientes tipos de pensamiento automático: generalizaciones, como cuando dice “no confío en todos” o “nunca volveré a invertir”, sacando conclusiones generales a partir de su experiencia. También mostró pensamientos automáticos de tipo deber, como: “no debe haber traición en la familia” o “la familia debe confiar”, acompañados de sentimientos de arrepentimiento. Expresa exigencias estrictas sobre cómo debe comportarse la gente, por ejemplo: “No entiendo cómo esa gente puede vivir como si nada”.

La evaluación muestra formas automáticas de pensar. Presenta filtrado cuando dice: “No tengo ingresos regulares”, reforzando los detalles negativos sin considerar los aspectos positivos de la situación. Cuando el paciente expresa: “Lo decepcioné”, “Todo es culpa mía” o “Perdí mi dinero”, automáticamente muestra un pensamiento basado en la culpa. Al enfrentar problemas con otras personas, manifiesta este tipo de pensamiento automático: por ejemplo, cuando dice “tengo mal aspecto”, interpreta sus pensamientos de forma negativa.

También evidencia etiquetado global, como cuando dice: “Soy un idiota”, “¿Cómo me

dejé engañar así?", "Vieron mi cara de idiota", o "Yo estoy enojado", "Me avergüenzo de mí mismo" y "Me siento decepcionado de mí mismo", emitiendo juicios negativos sobre sí mismo.

La valoración indica la presencia de pensamiento automático relacionado con la falta de justicia, como cuando dice: "Ojalá le pasen cosas malas". Esto refleja resentimiento por la violación de sus derechos y la exigencia de restablecimiento de justicia, incluso si otros no están de acuerdo o lo consideran innecesario. Asimismo, considera que ciertas conductas no sólo son malas, sino reprobables o despreciables, y que las personas que actúan de esa manera deberían ser avergonzadas o castigadas.

2.5.5.3. Presunción diagnóstica. Ansiedad social.

2.5.5.4. Lista de Conductas. Se precisaron las siguientes:

Tabla 1

Conducta en exceso, debilitamiento y déficit relacionado a ansiedad

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Tensiones	Disminución en tareas	
Fatiga		Actividad física
Miedo		
Ira		
Preocupación		Actividad de relajación
Irritabilidad	Disminución del sueño	
Me dejé engañar		
Soy un idiota		Control de impulso
Todo es mi culpa		
No soy sociable	Disminución en sus relaciones sociables	
He quedado mal a otras personas		
Siento vergüenza de mí		

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2*Análisis funcional de la conducta de ansiedad*

Estímulo discriminativo	Conducta del paciente	Estímulo reforzador
Cuando pienso que no estoy realizando mi carrera como periodista	<p>Fisiológico:</p> <p>Tensión muscular, desgano para hacer sus actividades.</p> <p>Emocional:</p> <p>Temor 7 /10, tristeza 8/10</p> <p>Motor:</p> <p>Sale de su casa</p>	<p>Reforzamiento positivo:</p> <p>conversar con un amigo</p>
Cuando pienso que soy una persona dependiente	<p>Fisiológico:</p> <p>Llora, dolor de cabeza</p> <p>Motor:</p> <p>Dice “¿qué será de mí?”</p> <p>Emocional:</p> <p>Tristeza 8/10, culpa 7/10</p>	<p>Reforzamiento positivo:</p> <p>apoyo de amigos</p>
Cuando mi mamá me decía: sé más sociable	<p>Fisiológico:</p> <p>Desgano</p> <p>Emocional:</p> <p>Ira 7/ 10, cólera 8/10</p>	<p>Reforzamiento positivo:</p> <p>apoyo de familiares, primos</p>
Recuerdo de mis padres me hablaban por mi estado físico "tienes que bajar de peso, estás gordo "	<p>Fisiológico:</p> <p>Desgano</p> <p>Emocional:</p> <p>Impotencia 7/ 10, Ira 8/10</p> <p>Motor:</p> <p>No hacer caso a lo que decían sus padres</p>	<p>Reforzamiento positivo:</p> <p>apoyo de primos.</p>

Nota. Elaboración propia.

Tabla 3*Análisis cognitivo de la conducta de ansiedad*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta
No tener dinero	Temor al abandono	Estrés y creencias irracionales.
Desconfianza con la familia	“Ni mi familia es confiable”	Tristeza y sospecha
Relación de pareja	“Soy imbécil”	Decepción y vergüenza.
Hacer negocios	“No volvería a hacer inversión”	Frustración, y etiqueta y pensamiento intrusivo.
Debido a un engaño	“Estoy decepcionado de mí”	Cólera, culpabilidad y perturbación.
Relación de pareja	“Deseo que le pase algo”	Venganza, vergüenza y falacia de justicia
Frente a autoridades y de más personas	Temor para enfrentarse en público	Angustia y ansiedad.
Críticas de otras personas	“Doy vergüenza”	Incertidumbre, y pensamiento distorsionado

Nota. Elaboración propia.**Tabla 4***Diagnóstico tradicional nomotético criterios del CIE-11*

Criterios.	Síntomas:
A. Temores frente a otros (por ejemplo, dar un discurso).	Miedo:
B. Preocupación.	A. Hablar frente a los demás B. Hablar en público
C. Situaciones sociales relevantes se evitan constantemente o se soportan con miedo o ansiedad intensos.	C. Hacer pedidos a figuras de autoridad D. La crítica y burlas por equivocaciones E. Ser rechazado en las ideas que propone
D. Síntomas persisten	F. Experimenta miedo y ansiedad G. A ser criticado por sus jefes. H. Afeción en ámbitos, personal profesional, aún no ha podido titularse.

Nota. Elaboración propia.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Se realizó la intervención en 23 sesiones durante un periodo aproximado de cuatro meses (15 de febrero a 7 de junio de 2023), la calendarización de las intervenciones se ha detallado en el anexo E.

Teniendo una duración de 60 minutos cada sesión.

El paciente fue un adulto de 26 años. Las técnicas desarrolladas incluyeron psicoeducación y técnicas de psicoterapia cognitivo conductual.

2.6.2. Programa de intervención

Para las sesiones de intervención, véase el anexo F.

2.7. Procedimientos

El estudio de caso se inició desde el motivo de consulta al paciente, luego fue abordado psicológicamente con una entrevista para recopilar información, seguidamente se procedió a la evaluación psicométrica y a la elaboración de los respectivos informes, y posteriormente se realizaron las sesiones de terapia cognitivo conductual.

2.8. Consideraciones éticas

Cumpliendo los principios éticos universales de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (Colegio de Psicólogos del Perú [CPsP], 2024).

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado al paciente (véase el anexo G), asegurando su participación voluntaria, que estuvo informado de todos los procedimientos de los que participó, que sus datos fueron codificados con el fin de garantizar el anonimato y la protección de datos sensibles.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

Tabla 5

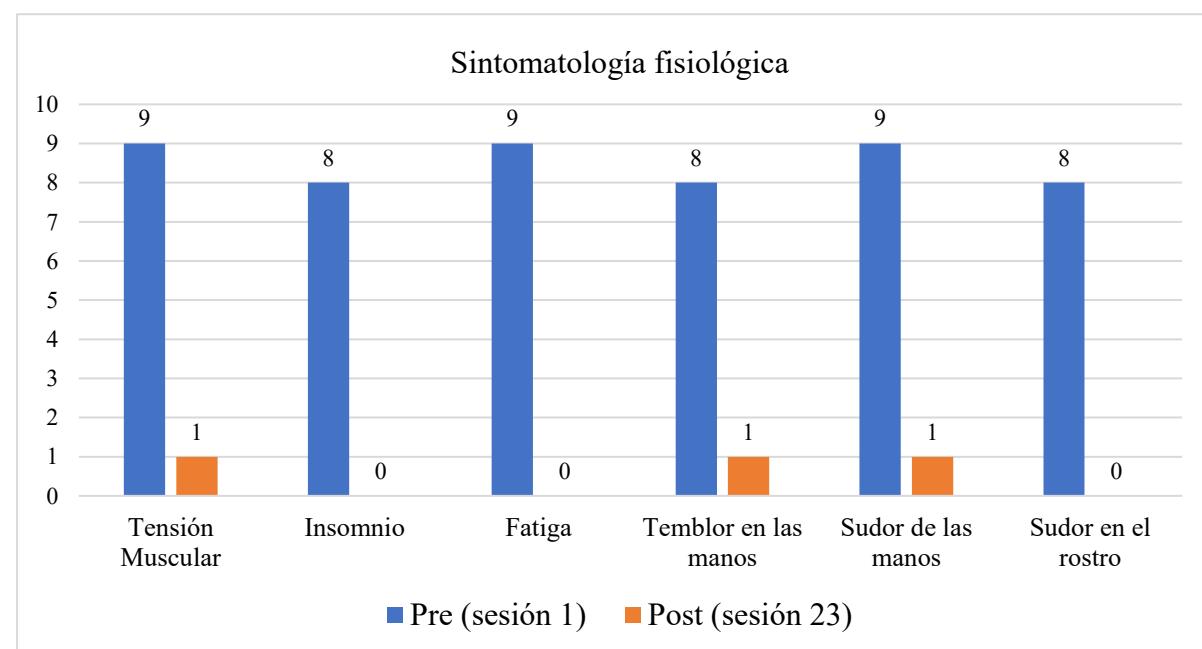
Sintomatología fisiológica pre y postest

	Pre (sesión 1)	Post (sesión 23)
Tensión Muscular	9	1
Insomnio	8	0
Fatiga	9	0
Temblor en las manos	8	1
Sudor de las manos	9	1
Sudor en el rostro	8	0

Nota. Elaboración propia.

Figura 1

Sintomatología pre y postest

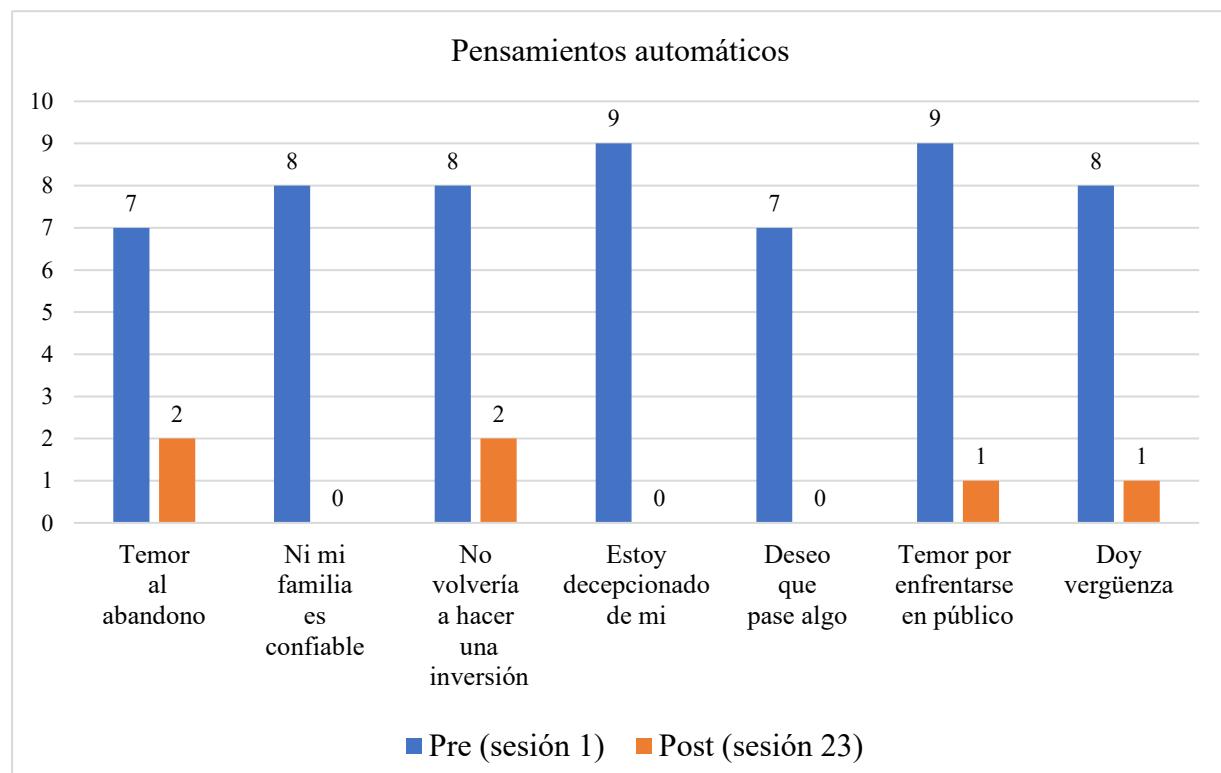


Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla 5 y la figura 1, la sintomatología fisiológica se redujo en un 90 %. Llegó a la consulta con una sintomatología fisiológica grave, con una intensidad de 8–9, y al finalizar la intervención disminuyó a 0–1.

Tabla 6*Pensamientos automáticos pre y postest*

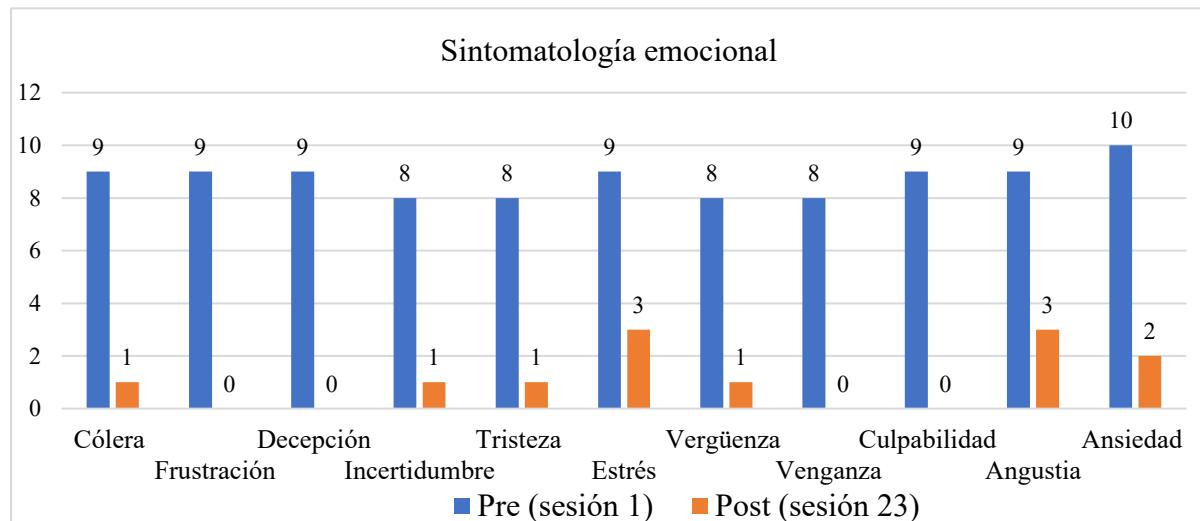
	Pre (sesión 1)	Post (sesión 23)
Temor al abandono	7	2
Ni mi familia es confiable	8	0
No volvería a hacer una inversión	8	2
Estoy decepcionado de mí	9	0
Deseo que pase algo	7	0
Temor por enfrentarse en público	9	1
Doy vergüenza	8	1

Nota. Elaboración propia.**Figura 2***Pensamientos automáticos pre y postest**Nota.* Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla 6 y la figura 2, los pensamientos automáticos se redujeron en un 80 %. Llegó a la consulta con pensamientos automáticos de intensidad de 7–9 y, al finalizar la intervención, disminuyeron a 0–2.

Tabla 7*Sintomatología emocional pre y postest*

	Pre (sesión 1)	Post (sesión 23)
Cólera	9	1
Frustración	9	0
Decepción	9	0
Incertidumbre	8	1
Tristeza	8	1
Estrés	9	3
Vergüenza	8	1
Venganza	8	0
Culpabilidad	9	0
Angustia	9	3
Ansiedad	10	2

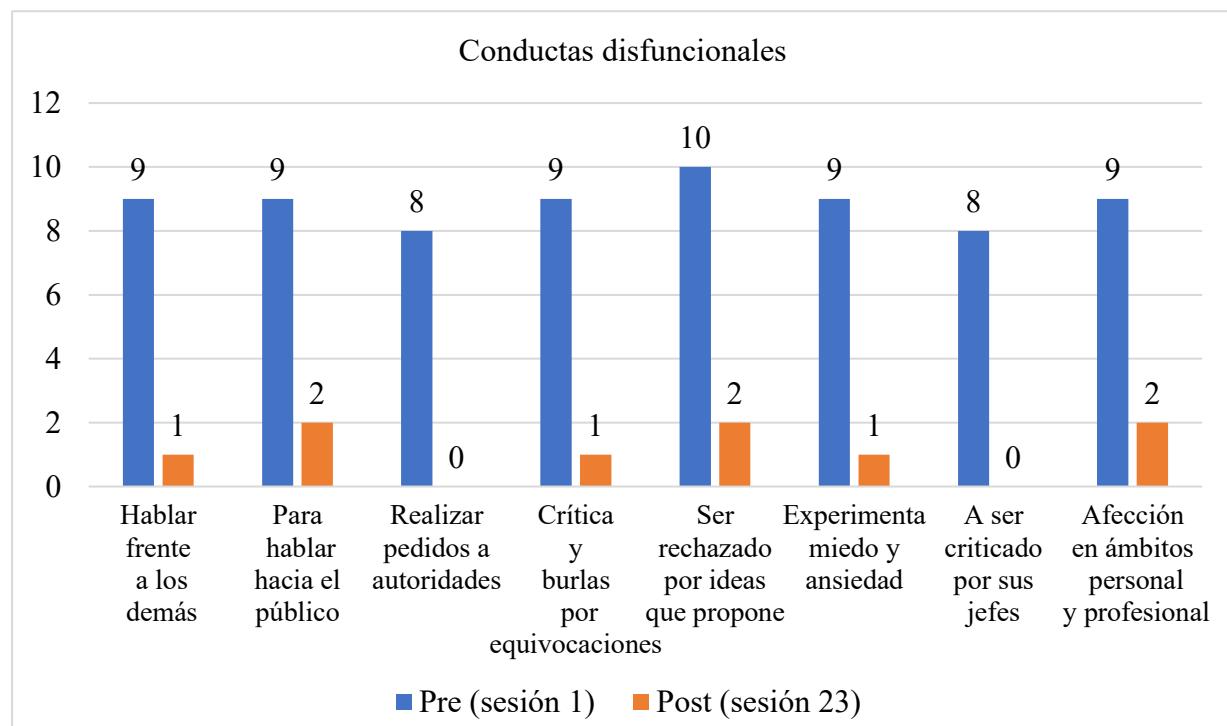
Nota. Elaboración propia.**Figura 3***Sintomatología emocional pre y postest**Nota.* Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla 7 y la figura 3, la sintomatología emocional se redujo en un 85 %. Llegó a la consulta con una sintomatología emocional de intensidad de 8–10 y, al finalizar la intervención, disminuyó a 0–3.

Tabla 8*Conductas disfuncionales pre y postest*

Conductas disfuncionales	Pre (sesión 1)	Post (sesión 23)
Hablar frente a los demás	9	1
Para hablar hacia el público	9	2
Realizar pedidos a autoridades	8	0
Crítica y burlas por equivocaciones	9	1
Ser rechazado por ideas que propone	10	2
Experimenta miedo y ansiedad	9	1
A ser criticado por sus jefes	8	0
Afección en ámbitos personal y profesional	9	2

Nota: Elaboración propia.

Figura 4*Conductas disfuncionales en el pre y postest*

De acuerdo con lo mostrado en la tabla 8 y la figura 4 sobre las conductas disfuncionales, estas se redujeron en un 85 %. Llegó a la consulta con conductas disfuncionales de intensidad de 8–10 y, al finalizar la intervención, disminuyeron a 0–2.

3.2. Discusión de resultados

El objetivo general del estudio de caso fue disminuir los niveles de ansiedad social mediante la intervención terapéutica cognitivo conductual, la cual mostró que en el pretest la ansiedad fue grave (10) y en el postest leve (2), debido a las sesiones del programa. Esto corrobora lo descrito por Mendoza (2020), quien precisó que el programa de intervención cognitivo reduce la ansiedad social.

Asimismo, Mosquera (2018) encontró resultados positivos mediante la aplicación del PPC en casos de ansiedad social. En el mismo sentido, Martínez (2019) y Coronado (2022) reportaron que la intervención cognitivo conductual fue efectiva para reducir el trastorno de ansiedad en pacientes y favorecer una mejor adaptación a su vida cotidiana.

Del mismo modo, Sevilla (2013) reafirmó la efectividad de la TCC para disminuir casos diagnosticados con trastornos de ansiedad de tipo social.

En relación con el primer objetivo específico, disminuir la frecuencia, duración e intensidad de la sintomatología fisiológica, se encontró que esta se redujo significativamente en un 90 %.

En ese sentido, los datos coinciden con el estudio de Sotelo (2018), quien ratificó la efectividad de la relajación muscular progresiva de Jacobson en pacientes con sintomatología de ansiedad social.

Asimismo, Díaz (2022) confirmó la reducción de los síntomas fisiológicos. En cuanto al segundo objetivo específico, disminuir la frecuencia y duración de los pensamientos automáticos mediante la psicoeducación, la técnica de detención del pensamiento y la técnica de distracción se observó que estos se redujeron en un 80 %.

Los datos son similares a los encontrados por Zegarra (2019), quien aplicó técnicas cognitivo conductuales de reestructuración cognitiva, detención de pensamientos y psicoeducación para disminuir los pensamientos automáticos no deseables en un paciente con ansiedad social.

Asimismo, Espinoza (2019) concluyó que la terapia cognitivo conductual, basada en la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el autorregistro y la relajación, permitió reducir significativamente los pensamientos automáticos.

Luego en el tercer objetivo específico, disminuir la frecuencia y duración de la intensidad de la sintomatología emocional mediante la psicoeducación, la técnica de relajación progresiva y la psicoterapia cognitiva, se evidenció que en los resultados de las sesiones la sintomatología emocional se redujo significativamente en un 85 % al finalizar la intervención.

Al respecto, los datos coinciden con la investigación de Díaz (2022), quien evaluó a un paciente con ansiedad utilizando recursos cognitivos asociados a la psicoeducación y estrategias cognitivo conductuales de reestructuración cognitiva, habilidades sociales, entre otras, logrando reducir progresivamente los síntomas y las conductas emocionales no deseables.

Asimismo, Maraví (2020) aplicó la intervención cognitiva para reducir las sintomatologías emocionales y afectivas en un cuadro de ansiedad social, pasando de un 54 % al inicio de las sesiones a un 14 % al finalizar.

Y, por último, el cuarto objetivo específico, disminuir la frecuencia de la presencia de conductas disfuncionales mediante la psicoeducación y el entrenamiento en comunicación asertiva, se observó que en los resultados la reducción fue del 85 % en las sesiones psicoterapéuticas.

Al respecto, los datos son similares a los encontrados por Pesantes (2022), quien aplicó su programa orientado a reducir las conductas disfuncionales en un paciente con ansiedad social que presentaba dificultades graves para interactuar y participar en situaciones sociales, entrenándolo en habilidades sociales durante 12 sesiones, lo que permitió evidenciar la efectividad del programa en la práctica.

3.3. Seguimiento

La fase de seguimiento del paciente estuvo compuesta por cuatro sesiones correspondientes a la última etapa del tratamiento. Estas sesiones se realizaron semanalmente durante 60 días y fueron diseñadas para monitorear el progreso del paciente y prevenir recaídas, evitando el retorno de la ansiedad social.

El paciente mantuvo un bajo nivel de síntomas de ansiedad durante todo el periodo de seguimiento. Asimismo, refirió utilizar diversas técnicas que le había enseñado el evaluador para ayudarle a reestructurar sus pensamientos perturbadores, con el fin de alcanzar mayor paz y calma ante las situaciones que enfrentaba.

Por otro lado, en el tercer seguimiento, el paciente manifestó que ya no se sentía culpable, puesto que comprendía que las personas no son perfectas y que cometer errores forma parte del aprendizaje. También mencionó que esta experiencia le había dejado una enseñanza valiosa.

Finalmente, en el cuarto y último seguimiento, el paciente refirió sentirse muy tranquilo. Además, indicó que, en un esfuerzo por mejorar su salud, inició un tratamiento con un nutricionista y comenzó a asistir al gimnasio, ya que se sentía más liviano, más flexible y de mejor humor gracias a su deseo de llevar una vida más saludable.

IV. CONCLUSIONES

4.1. Se logró disminuir progresivamente los niveles de ansiedad social en un hombre joven en sus dimensiones fisiológicas, de pensamientos automáticos, emocionales y conductuales disfuncionales, con un promedio de reducción del 85 %.

4.2. En los síntomas fisiológicos se redujo la frecuencia, duración e intensidad mediante las sesiones de intervención en un 90 %.

4.3. Se redujo la duración e intensidad de los pensamientos automáticos en un 80 % al finalizar las sesiones.

4.4. Se logró disminuir la frecuencia, duración e intensidad de la sintomatología emocional en un 85 % al concluir las sesiones.

4.5. Se logró reducir la frecuencia de la presencia de conductas disfuncionales en un 85 % al finalizar la intervención.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1. Continuar el seguimiento del caso con la finalidad de reevaluar y prevenir la reaparición de síntomas psicológicos y somáticos asociados a la ansiedad social.
- 5.2. Sensibilizar al paciente respecto a la importancia de continuar practicando las técnicas del enfoque cognitivo-conductual.
- 5.3. Informar al paciente sobre los beneficios de adoptar un estilo de vida saludable en sus ámbitos sociales, familiares, culturales y en otros contextos.
- 5.4. Socializar el presente trabajo con la comunidad de profesionales en salud mental, a fin de que sirva como referente de intervención en TAC con el enfoque de terapia cognitivo-conductual.
- 5.5. Sugerir la participación del paciente en talleres psicoterapéuticos vivenciales de mindfulness para practicar ejercicios de concentración, registro de síntomas y respiración progresiva.

VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M. Y. y Gélvez, L. M. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(55), 146–158. <http://34.231.144.216/index.php/RevistaUCN/article/view/1001>
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Araujo, D. (2000). *Traducción, adaptación y normalización del Cuestionario de Personalidad de Eysenck PEN*. [Tesis de maestría]. Universidad de San Martín de Porres.
- Barreda, D. V. (2019). Propiedades psicométricas del Inventory de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39–52. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8162691>
- Bazán, L. C. (2021). Adaptación, validez y fiabilidad del Inventory Ansiedad Rasgo-Estado para adultos de la ciudad de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 101–116. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20614>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Caballo, V. E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Hofmann, S. G. (2019). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: El programa IMAS. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(1), 149–172.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/una-nueva-intervencion-multidimensional-para-la-ansiedad-social-el-programa-imas/>

Cartagena, D. (2014). *Dinámica familiar relacionada a la depresión rasgo-estado en adolescentes de 3º a 5º de secundaria*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional UNSA.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2261>

Carvalho, S., Coelho, C. G., Kluwe-Schiavon, B., Magalhães, J. y Leite, J. (2022). The acute impact of the early stages of COVID-19 pandemic in people with pre-existing psychiatric disorders: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5140. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095140>

Cautela, J. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Martínez Roca.

Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée De Brouwer.

Colegio de Psicólogos del Perú [CPsP]. (2024). *Código de ética*. CPsP-CDN.

<https://www.cpsp.pe/institucional/documentos-normativos/marco-normativo>

Consejo General de la Psicología de España [CGPE]. (1 de octubre de 2021). *Los trastornos de ansiedad, principales causas de AVAD, según un estudio*. Infocop.

<https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=17072>

Coronado, S. (2022). *Estudio del caso M: Tratamiento cognitivo-conductual en ansiedad generalizada con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad*. [Tesis de maestría, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio Institucional UEM.

<http://hdl.handle.net/20.500.12880/2259>

Davis, M., Eshelman, E. R. y McKay, M. (1980). *The relaxation and stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.

Gamarra, A. G. y Vela, M. F. (2020). *Primeras evidencias psicométricas del Inventory de Pensamientos Automáticos (IPA) en universitarios peruanos*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC.

<http://doi.org/10.19083/tesis/653304>

García-Pérez, L. y Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: Una revisión sistemática. *Psicología Conductual*, 26(2), 379–392.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/intervencion-en-el-trastorno-de-ansiedad-social-a-traves-de-la-terapia-de-aceptacion-y-compromiso-una-revision-sistematica/>

Guzmán, P. (2009). *Registro de Opiniones – Forma A Manual*. Hospital Hipólito Unanue.

Hernández, N. (2013). Revisión de la situación actual de la terapia cognitivo-conductual. *Psicologia.com*, 17(5), 1–12. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/revision-de-la-situacion-actual-de-la-terapia-cognitivo-conductual>

Kazdin, A. E. (2023). *Research design in clinical psychology* (5^a ed.). Cambridge University Press.

Lindo, L., Vega, J., Lindo, M. y Cortés, J. (2005). Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68(3–4), 228–240. <https://doi.org/10.20453/rnp.v68i3-4.1596>

Maraví, A. (2020). *Intervención cognitivo-conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4492>

Martin, G. y Pear, J. J. (2024). *Behavior modification: What it is and how to do it* (12^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003276722>

- Martín, M., Grau, J. A., Ramírez, V. y Grau, R. (2001). El Inventory de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo y potencialidades. *Revista Psicología.com*, 5(1).
- <https://psiquiatria.com/psiquiatria-general/el-inventario-de-depresion-rasgo-estado-idere-desarrollo-y-potencialidades>
- Martínez, P. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 63–77.
- <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5e8fa65b29995233af3f8260>
- McBride, D. M. (2023). *The process of research in psychology* (5^a ed.). SAGE Publications.
- Mendoza, H. G. (2020). *Terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente con fobia social*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4902>
- Ministerio de Salud. (22 de julio de 2020). *Minsa brindó más de 44 mil atenciones en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante la pandemia*. Gobierno del Perú.
- <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/214647-minsa-brindo-mas-de-44-mil-atenciones-en-los-centros-de-salud-mental-comunitarios-durante-la-pandemia/>
- Mosquera-Gallego, L. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 50–56. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5761>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (CIE-11)*. OMS. <https://icd.who.int/browse11>
- Pesantes, K. (2022). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social en un varón adulto*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
- <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5714>

- Pheng, E. G., y Yaacob, N. R. N. (2018). *Can dysfunctional thought record reduce postpartum depression? Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 113. <https://doi.org/10.2991/acpch-17.2018.57>
- Rodríguez, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Polemos.
- Ruiz, J. y Luján, J. (1991). *Manual de psicoterapia cognitiva: inventario de pensamientos automáticos*. UBEDA.
- Ruiz, M. Á. (1993). Técnicas cognitivas y terapias cognitivo-conductuales. En M. Á. Vallejo y M. Á. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta* (Vol. 2, pp. 427–530). Alhambra. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/editor?codigo=3474>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductual*. Desclée De Brouwer.
- Saavedra, J. E., Paz, V., Vargas, H., Robles, Y., Pomalima, R., González, S., Zevallos, S., Luna, Y. y Saavedra, C. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao: Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(Supl. 1), 1–392. <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., ... y Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Ánálisis y Modificación de Conducta*, 29, 239–288. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>

- Sevilla, E. (2013). *Estudio de caso: Terapia cognitivo-conductual para trastorno de ansiedad, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide*. [Tesis de pregrado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional USFQ.
<https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2182>
- Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: Un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 131–156.
<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.
- Stumphauzer, J. S. (1983). *Terapia conductual*. Trillas.
- Zapata, A. G. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado*. [Tesis de doctorado, Universidad de Lima]. Repositorio ULIMA. <https://doi.org/10.26439/ULIMA.TESIS/11325>
- Zegarra, M. J. (2019). *Terapia cognitiva conductual en un paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/4541>

VII. ANEXOS

Anexo A. Clasificación de los trastornos de la ansiedad según el DSM-5

Código	Descripción	Subcódigo	Subdescripción
	Trastorno de ansiedad por separación		
F93.0			
	Mutismo		
F94.0			
	selectivo		
	Fobia		
F40.2	específica	F40.218	Animal (arañas, insectos, perros, otros).
		F40.228	Entorno natural (alturas, tormentas, agua).
		F40.23X	Sangre – inyección – herida (agujas, procedimientos médicos).
		F40.248	Situacional (avión, ascensor, sitios cerrados).
			Otra (ejemplo: situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos en niños, sonidos ruidosos, personajes disfrazados, etc.).
F40.2	Trastorno de ansiedad social (fobia social)		
F41.0	Trastorno de pánico		
F40.0	Agorafobia		
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada		
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a otra afección		
F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificada		
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificada		

Nota. Tomado del DSM-5 (APA, 2022).

Anexo B. Clasificación de los trastornos de ansiedad según CIE-11

Código	Descripción	Subcódigo	Subdescripción
F.40	Trastornos fóbicos de la ansiedad	F.40.0 F.40.1 F.40.2 F.40.8	Agorafobia Fobias sociales Fobias específicas Otros trastornos fóbicos de la ansiedad
F.41	Otros trastornos de ansiedad	F.40.9 F.41.0 F.41.1 F.41.2 F.41.3 F.41.8	Trastorno fóbico de ansiedad, especificado Trastorno de pánico Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno mixto de ansiedad y depresión Otros trastornos de ansiedad mixtos Otros trastornos de ansiedad especificados
F.42	Trastornos obsesivo compulsivo	F.42.0 F.42.1 F.42.2 F.42.8 F.42.9	Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos) Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos Otros trastornos obsesivos compulsivos Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación
F.43	Reacciones al estrés grave y trastorno de adaptación	F.43.0 F.43.1 F.43.2 F.43.8 F.43.9	Reacción al estrés agudo Trastorno por estrés postraumático Trastorno de adaptación Otras reacciones a estrés grave Reacciones a estrés grave sin especificación

Nota. Tomado del CIE-11 (OMS, 2019)

Anexo C. Instrumentos

Ficha técnica del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Nombre (español)	: Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE)
Nombre original (inglés)	: Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)
Autores	: Eysenck y Eysenck (1975)
Adaptación	: Universitarios de Lima (Araujo, 2000)
Población y modo de aplicación	: Jóvenes y adultos (≥ 16 años); aplicación individual o colectiva.
Tiempo de aplicación	: 15–30 minutos
Número de ítems	: 78
Objetivo	: Evaluar tres dimensiones básicas de la personalidad: psicoticismo (P), extraversion (E) y neuroticismo (N), además de la escala de sinceridad/mentira (L).

Ficha técnica del Inventory de Ansiedad de Beck (BAI)

Nombre (español)	: Inventory de Ansiedad de Beck (BAI)
Nombre original (inglés)	: Beck Anxiety Inventory
Autores	: Beck et al. (1988).
Adaptación	: Adaptación española, Sanz y Navarro (2003)
Población y modo de aplicación	: Adolescentes y adultos (≥ 13 años); aplicación individual
Tiempo de aplicación	: 5–10 minutos
Número de ítems	: 21
Objetivo	: Medir la gravedad de los síntomas de ansiedad (cognitivos, emocionales, motores y fisiológicos) en la última semana.
Baremación	: 0–7 mínima; 8–15 leve; 16–25 moderada; 26–63 grave.

Ficha técnica del Inventory de Ansiedad Estado–Rasgo (STAI)

Nombre (español)	: Inventory de Ansiedad Estado–Rasgo (STAI)
Nombre original (inglés)	: State–Trait Anxiety Inventory
Autores	: Spielberger et al. (1970)
Adaptación	: Adaptación peruana, Bazán (2021)
Población y modo de aplicación	: Adultos; aplicación individual o colectiva
Tiempo de aplicación	: 10–20 minutos
Número de ítems	: 40 (20 de Ansiedad Estado; 20 de Ansiedad Rasgo)
Objetivo	: Medir la ansiedad como estado transitorio y como rasgo relativamente estable; incluye las escalas de Estado (A-E) y Rasgo (A-R)

Ficha técnica del Inventory de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre (español)	: Inventory de Depresión de Beck-II (BDI-II)
Nombre original (inglés)	: Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
Autores	: Beck et al. (1996)
Adaptación	: Adaptación peruana, Barreda (2019)
Población y modo de aplicación	: Adolescentes y adultos; individual o colectiva.
Tiempo de aplicación	: 5–10 minutos:
Número de ítems	: 21
Objetivo	: Evaluar la gravedad de síntomas depresivos en las últimas dos semanas.
Baremación	: 0–9 mínima; 10–16 leve; 17–29 moderada y 30–63 severa.

Ficha técnica del Inventory de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

Nombre original	: Inventory de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)
Autores	: Martín et al. (2001)
Adaptación	: Adaptación peruana, Cartagena (2014)
Población y modo de aplicación	: Adolescentes y adultos; individual o colectiva.
Tiempo de aplicación	: 10 a 15 minutos:
Número de ítems	: Depresión estado (20 ítems), Depresión rasgo (22 ítems)
Objetivo	: Evaluar dos formas de la depresión, la depresión como estado (condición emocional temporal), y la depresión como rasgo (tendencia a sufrir episodios como una característica de la personalidad).
Baremación	: Depresión estado total se clasifica así, alto ≥ 43 ; medio 34–42; bajo ≤ 34 . Para Depresión-rasgo se obtiene, alto ≥ 47 ; medio 36–46; bajo ≤ 35 .

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Nombre original	: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)
Autores	: Ruiz y Lujan (1991)
Adaptación	: Adaptación peruana, Gamarra y Vela (2020).
Población y modo de aplicación	: Adolescentes y adultos; individual o colectiva.
Tiempo de aplicación	: 10 minutos:
Número de ítems	: 45
Objetivo	: Hacer una evaluación para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a interpretar de otra forma sus pensamientos y su vida.
Corrección:	: Se interpreta en dos valores, de ausencia (1-5) y presencia (6-10), por cada dimensión que se corresponde a un pensamiento automático.

Ficha técnica de Registro de Opiniones – Forma A (REGOPINA)

Nombre (español)	: Registro de Opiniones – Forma A
Nombre original (inglés)	: Beliefs Inventory
Autores	: Davis et al. (1980)
Adaptación	: Adaptación peruana, Guzmán (2009)
Población y modo de aplicación	: Adolescentes y adultos; individual o colectiva.
Tiempo de aplicación	: 10–15 minutos:
Número de ítems	: 65
Objetivo	: Poner de manifiesto las ideas irrationales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad.
Corrección	: La interpretación de los puntajes parciales debe partir del resumen de las 6 ideas irrationales exploradas por la prueba, con baremos para cada uno. .
Baremación	: Según el puntaje total, se clasifican así: altamente racional (≤ 14); racional (15–20); tendencia racional (21–24); tendencia irracional (25–28); irracional (29–33); y altamente irracional (≥ 34).

Anexo D. Informes psicológicos de pruebas psicométricas

Informe psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE)

Datos de filiación:

Apellidos y nombres	: J. P. V. R.
Edad	: 26 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Cercado de Lima, Maternidad de Lima, 27-12-1996
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Soltero
Derivado a	: Psiquiatría
Domicilio	: Jr. 3 de Febrero n.º 600, La Victoria
Teléfono	: 940 990 016
Lugar de entrevista	: Centro de Salud San Cosme, Servicio de Psicología
Terapeuta	: Ps. Jean Dennis García Flores

Motivo de evaluación:

Evaluar la Personalidad del paciente

Técnicas e instrumentos aplicados:

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

Resultados:

- Tendencia a la intraversión.
- Tendencia al neuroticismo
- Ajuste conductual.

Interpretación:

Paciente presenta personalidad de con tendencia a la introversión, es decir, tiende a ser retraído socialmente, reservado, disfruta más de las actividades intelectuales que las actividades prácticas, suele pensar antes de actuar, planificar sus actos, suele ser autocontrolado y ordenado. Paciente con tendencia a la inseguridad, sentimientos de ansiedad, timidez e irritabilidad, lo cual lo predispone a desarrollar síntomas psicosomáticos y alto grado de estrés. Paciente se adapta a las reglas sociales, mostrando un buen grado de interacción social, solidario, responsable, respetuoso de las reglas, afectuoso, sensible al dolor ajeno.

De temperamento de tipo melancólico, es decir, presenta características de persona emocionalmente sensible y con tendencia a un estado de ánimo triste.

Conclusiones:

Personalidad de tipología introversa con indicadores de neuroticismo y temperamento melancólico.

Recomendaciones:

- Terapia Cognitiva Conductual

Informe psicológico del inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Datos de filiación:

Apellidos y nombres : J. P. V. R.
 Edad : 26 años
 Lugar y fecha de nacimiento : Cercado de Lima, Maternidad de Lima, 27-12-1996
 Grado de instrucción : Superior
 Estado civil : Soltero
 Derivado a : Psiquiatría
 Domicilio : Jr. 3 de Febrero n.º 600, La Victoria
 Teléfono : 940 990 016
 Lugar de entrevista : Centro de Salud San Cosme, Servicio de Psicología
 Terapeuta : Ps. Jean Dennis García Flores

Motivo de evaluación:

Medir la sintomatología de la ansiedad y evaluar síntomas cognitivos, emocionales, motores y fisiológicos.

Técnicas e instrumentos utilizados:

- Entrevista psicológica
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Resultados:

- Puntaje obtenido: 52
- Presunción diagnóstica: Ansiedad grave.

Interpretación:

Paciente presenta trastorno de ansiedad con intensidad grave, experimentando activación fisiológica de tipo: tensión muscular, ansiedad, insomnio, fatiga, temblor de las manos, sudor de manos y rostro; perturbación emocional: ansiedad, preocupación, miedo, ira, incertidumbre y pensamientos intrusivos; lo cual le genera perturbación en el normal desarrollo de día a día, perjudicando su desenvolvimiento óptimo en las áreas: personal, laboral, de pareja y familia.

Conclusiones:

- Ansiedad moderada

Recomendaciones:

- Tratamiento psiquiátrico
- Terapia Cognitiva Conductual

Informe psicológico del Cuestionario de Ansiedad Estado–Rasgo (STAI)

Datos de filiación:

Apellidos y nombres : J. P. V. R.
 Edad : 26 años
 Lugar y fecha de nacimiento : Cercado de Lima, Maternidad de Lima, 27-12-1996
 Grado de instrucción : Superior
 Estado civil : Soltero
 Derivado a : Psiquiatría
 Domicilio : Jr. 3 de Febrero n.º 600, La Victoria
 Teléfono : 940 990 016
 Lugar de entrevista : Centro de Salud San Cosme, Servicio de Psicología
 Terapeuta : Ps. Jean Dennis García Flores

Motivo de evaluación:

Evaluar los niveles de Ansiedad estado y rasgo

Técnicas e instrumentos utilizados:

- Entrevista psicológica
- Test inventario ansiedad estado – rasgo (STAI)

Resultados:

- Ansiedad estado = Severo
- Ansiedad rasgo = Moderado.

Interpretación:

Con relación a la ansiedad de estado, el paciente presenta una condición emocional transitoria de intensidad severa, con alta hiperactividad del sistema nervioso, la cual ocasiona frecuentes e intensa presencia de pensamientos intrusivos de preocupación, así como tensión, miedo, frustración e ira que repercute en su vida diaria.

En relación con la ansiedad rasgo, el paciente presenta una propensión ansiosa relativamente estable de nivel moderado, por lo cual evidencia tendencia a conceptualizar sus vivencias de forma amenazante.

Conclusiones

- Condición emocional transitoria en intensidad severa.
- Propensión ansiosa relativamente estable de nivel moderado.

Recomendaciones

- Terapia Cognitiva Conductual.
- Tratamiento Psiquiátrico

Informe psicológico del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**Datos de filiación:**

Apellidos y nombres : J. P. V. R.
Edad : 26 años
Lugar y fecha de nacimiento : Cercado de Lima, Maternidad de Lima, 27-12-1996
Grado de instrucción : Superior
Estado civil : Soltero
Derivado a : Psiquiatría
Domicilio : Jr. 3 de Febrero n.º 600, La Victoria
Teléfono : 940 990 016
Lugar de entrevista : Centro de Salud San Cosme, Servicio de Psicología
Terapeuta : Ps. Jean Dennis García Flores

Motivo de evaluación:

Identificar intensidad de depresión y síntomas existentes.

Técnicas e instrumentos utilizados:

- Entrevista psicológica
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Resultados:

- Puntaje obtenido: 25
- Presunción diagnóstica: Depresión moderada.

Interpretación:

El paciente presenta síntomas de depresión de intensidad moderada según los resultados obtenidos en el test aplicado. Sin embargo, este nivel no concuerda plenamente con las manifestaciones clínicas observadas durante las sesiones de terapia, en las cuales el paciente ha mostrado un estado de ánimo más estable, una adecuada disposición para el trabajo terapéutico y un nivel de funcionamiento general relativamente conservado.

Conclusiones:

- Depresión en intensidad moderada.

Recomendaciones:

Aplicación de test de depresión estado – rasgo en un plazo de una semana, toda vez que, de acuerdo con los registros brindados por el paciente, los síntomas clínicos no concuerdan con el resultado del presente test.

Informe psicológico del Inventory de Depresión Rasgo–Estado (IDERE)

Datos de filiación:

Apellidos y nombres : J. P. V. R.
 Edad : 26 años
 Lugar y fecha de nacimiento : Cercado de Lima, Maternidad de Lima, 27-12-1996
 Grado de instrucción : Superior
 Estado civil : Soltero
 Derivado a : Psiquiatría
 Domicilio : Jr. 3 de Febrero n.º 600, La Victoria
 Teléfono : 940 990 016
 Lugar de entrevista : Centro de Salud San Cosme, Servicio de Psicología
 Terapeuta : Ps. Jean Dennis García Flores

Motivo de evaluación:

Identificar sintomatología de depresión a nivel de estado y rasgo.

Técnicas e instrumentos utilizados:

- Entrevista psicológica
- Test inventario depresión estado – rasgo (IDERE)

Resultados:

- Depresión estado: 57 puntos, nivel alto.
- Depresión rasgo: 23 puntos, nivel bajo.

Interpretación:

En relación con la depresión estado, el paciente presenta una condición emocional transitoria de intensidad alta. Caracterizada por la presencia de sentimientos de tristeza, desánimo y falta de energía que se manifiestan de forma situacional y reactiva frente a determinados eventos o circunstancias recientes.

En relación con la depresión rasgo, el paciente presenta una propensión depresiva relativamente estable de nivel bajo. Lo que indica que, aunque puede experimentar estados de ánimo negativos de forma ocasional, no muestra una tendencia marcada hacia la afectividad depresiva como característica general de su personalidad.

Conclusiones:

- Depresión estado en intensidad alta.
- Depresión rasgo en intensidad baja.

Recomendaciones:

Continuar con el registro diario de emociones, toda vez que síntomas clínicos no concuerdan con resultados de los dos test de depresión.

Informe psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Datos de filiación:

Apellidos y nombres : J. P. V. R.
 Edad : 26 años
 Lugar y fecha de nacimiento : Cercado de Lima, Maternidad de Lima, 27-12-1996
 Grado de instrucción : Superior
 Estado civil : Soltero
 Derivado a : Psiquiatría
 Domicilio : Jr. 3 de Febrero n.º 600, La Victoria
 Teléfono : 940 990 016
 Lugar de entrevista : Centro de Salud San Cosme, Servicio de Psicología
 Terapeuta : Ps. Jean Dennis García Flores

Motivo de evaluación:

Evaluación de pensamientos automáticos.

Técnicas e instrumentos utilizados:

- Entrevista psicológica
- Test de pensamientos automáticos de Aaron Beck

Resultados:

Filtraje: “¡Todo es negativo! ¡Nada es positivo!” (4 puntos). Sobregeneralización: “¡Siempre fracasaré!” (4 puntos). Interpretación del pensamiento: “Piensa esto de mí...” (3 puntos). Falacia de justicia: “No hay derecho a...” (3 puntos). Etiqueta global: “¡Qué torpe soy!” (7 puntos). Culpabilidad: “Por mi culpa” (4 puntos). Debería: (5 puntos).

Interpretación:

El evaluado presenta pensamiento automático del tipo: Generalización; cuando verbaliza: “Ni la familia es confiable”, concluye de forma general con solo una experiencia.

El evaluado presenta un pensamiento automático del tipo debería cuando verbaliza: “En la familia no debería haber traiciones”, “La familia debe ser confiable”, “¿Cómo puede M ir por la vida como si nada?, ¿acaso no se da cuenta del tremendo perjuicio que me ha generado?”, “No entiendo cómo esa gente puede ir por la vida así, como si nada”; debido a que establece exigencias sobre cómo las personas deben ser o actuar.

El evaluado presenta un pensamiento automático del tipo filtraje cuando verbaliza: “No tengo ingresos fijos, todo es tan incierto”; debido a que toma los detalles negativos y los magnifica, sin filtrar los aspectos positivos de la situación. El evaluado presenta un pensamiento automático del tipo interpretación del pensamiento cuando verbaliza: “Mi situación económica no era buena”, toda vez que, sin haber conversado previamente con otras personas, cree saber lo que estas piensan o sienten y la razón por la cual se comportan de determinada manera.

El evaluado presenta un pensamiento automático del tipo etiqueta global cuando verbaliza: “Soy un imbécil, tarado, tonto, descerebrado”, “Me vio la cara de idiota”, “Me doy cólera”, “Siento vergüenza de mí”, “Estoy decepcionado de mí”; debido a que realiza un juicio negativo global a partir de una o dos cualidades o situaciones.

El evaluado presenta un pensamiento automático del tipo falacia de justicia cuando verbaliza: “Deseo que le pase algo malo”, toda vez que manifiesta resentimiento debido a que percibe que han vulnerado sus derechos y exige que la justicia le sea restituida, pese a que los demás no están de acuerdo o no lo consideran necesario o conveniente.

Conclusiones:

Presencia de los pensamientos automáticos: Filtraje, Generalización, Interpretación del pensamiento, Falacia de justicia, Etiqueta global, Culpabilidad y Debería.

Recomendaciones:

- Terapia cognitivo conductual

Informe psicológico de los Registros de Opiniones – Forma A (REGOPINA)

Datos de filiación:

Apellidos y nombres : J. P. V. R.
 Edad : 26 años
 Lugar y fecha de nacimiento : Cercado de Lima, Maternidad de Lima, 27-12-1996
 Grado de instrucción : Superior
 Estado civil : Soltero
 Derivado a : Psiquiatría
 Domicilio : Jr. 3 de Febrero n.º 600, La Victoria
 Teléfono : 940 990 016
 Lugar de entrevista : Centro de Salud San Cosme, Servicio de Psicología
 Terapeuta : Ps. Jean Dennis García Flores

Motivo de evaluación:

Evaluación de creencias irracionales

Técnicas e instrumentos aplicados:

- Entrevista psicológica
- Registro de Opiniones Forma A (adaptado)

Resultados

Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno. (5 Puntos); Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles (07 puntos); Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada (06 puntos); Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran (04 puntos); La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos (03 puntos) y Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá

afectando (04 puntos).

Interpretación:

Paciente presenta pensamiento distorsionado de tipo: Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles; cuando verbaliza: “Soy un imbécil, un tarado, un tonto, un descerebrado”, ¿Cómo me dejé engañar así?, “Me vio la cara de idiota”, “Me doy cólera”, “Siento vergüenza de mí”, “Todo esto es mi culpa”,

Paciente presenta pensamiento distorsionado de tipo: Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada; cuando verbaliza: “Deseo que le pase algo malo”.

Paciente presenta pensamiento distorsionado de tipo: Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran; cuando verbaliza: “En la familia no debería haber traiciones”, “La familia debe ser confiable”, ¿Cómo puede M ir por la vida como si nada, acaso no se da cuenta del tremendo perjuicio que me ha generado?

Conclusiones:

B = Debe ser absolutamente competente, inteligente y eficaz en todos los aspectos posibles.

C = Ciertos actos no solo son malos, sino que también son condenables o viles, y las personas que los realizan deberían ser avergonzadas y castigadas.

D = Es terrible y catastrófico que las cosas y las personas no sean como a uno le gustaría que fueran.

Recomendaciones

- Terapia Cognitiva Conductual

Anexo E. Calendarización de las intervenciones

Sesiones	Título	Fecha	Duración
1	Entrevista psicológica y aplicación del Inventory de Ansiedad e Inventory de Depresión de Aaron Beck	15/02/2023	60”
2	Aplicación de test de Personalidad de Eysenck, y Test de Ansiedad estado – rasgo (STAI); Tarea para casa: autorregistros emocionales y entrevista psicológica.	17/02/2023	60”
3	Aplicación de test de Depresión estado – rasgo (IDERE) y entrevista psicológica.	22/02/2023	60”
4	Aplicación de test de pensamientos automáticos de Aaron Beck y Test de Registros de Opiniones de Albert Ellis y entrevista psicológica.	24/02/2023	60”
5	Psicoeducación en la ansiedad	8/03/2023	60”
6	Psicoeducación y entrenamiento en la técnica de relajación muscular de Jacobson	10/03/2023	60”
7	Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y entrenamiento en el llenado del registro de ejecución	15/03/2023	60”
8	Reforzar el aprendizaje práctico de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro de ejecución	17/03/2023	60”
9	Psicoeducación y entrenamiento en las técnicas de detención del pensamiento y la técnica de distracción	22/03/2023	60”

Sesiones	Título	Fecha	Duración
10	Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo	24/03/2023	60”
11	Psicoeducación en el tema: introducción a la Terapia de reestructuración de pensamientos distorsionados	12/04/2023	60”
12	Psicoeducación en el tema: introducción a la Terapia de reestructuración de pensamientos distorsionados	14/04/2023	60”
13	Reforzar aprendizaje y ejecución de la técnica de Reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: filtraje y generalización	19/04/2023	60”
14	Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de Reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: interpretación del pensamiento y falacia de justicia	21/04/2023	60”
15	Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de Reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: etiqueta global, culpabilidad y debería	26/04/2023	60”
16	Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos distorsionados	28/04/2023	60”
17	Psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones	10/05/2023	60”
18	Psicoeducación y entrenamiento en Comunicación Asertiva	12/05/2023	60”
19	Psicoeducación y entrenamiento en Solución de problemas	17/05/2023	60”
20	Sesiones de seguimiento	19/05/2023	60”
21	Sesiones de seguimiento	23/05/2023	60”
22	Sesiones de seguimiento	26/05/2023	60”
23	Sesiones de seguimiento	07/06/2023	60”

Anexo F. Intervenciones

Sesión 5: Psicoeducación en la ansiedad

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente, quien manifestó sentirse expectante y con mucho interés de aprender y mejorar.</p>			
Desarrollo	Diálogo expositivo Escucha activa. Comunicación asertiva. Visualización de video Refuerzo positivo social. Retroalimentación	Brindar psicoeducación al paciente en relación con su diagnóstico.	<p>Se preguntó al paciente cuánto conoce sobre la ansiedad, con el fin de identificar la información que maneja sobre el tema. Posteriormente, se presentó un video.</p> <p>Se aplicó la técnica denominada diálogo expositivo para psicoeducar al paciente acerca de la ansiedad.</p> <p>Se emplearon las técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación al solicitar la opinión del paciente respecto a la explicación brindada y al video observado. El paciente manifestó: "Me siento identificado con los síntomas del personaje del video y con lo que usted expuso en la PPT". Acto seguido, se absolvieron sus dudas y se reforzó el aprendizaje. Finalmente, se aplicó refuerzo positivo social (elogios) por la disposición que mostró el paciente respecto a su deseo de mejorar y estar bien, con el objetivo de continuar con su vida y recuperar la paz y la tranquilidad.</p>	Video, Hojas y Lápiz	60"	Continuar con las instrucciones de la actividad de técnicas para disminuir la ansiedad.
Cierre			Se absolvieron las dudas y se obtuvieron conclusiones de la sesión.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 6: Psicoeducación y entrenamiento en la técnica de relajación muscular de Jacobson

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>En ese sentido, en la segunda sesión inició dando la bienvenida al paciente, consultando sobre su experiencia durante la semana.</p>			
Desarrollo	Diálogo expositivo Modelamiento Moldeamiento Escucha activa. Comunicación asertiva. Refuerzo positivo social	Brindar la técnica de relajación muscular de Jacobson	<p>Acto seguido se aplicó el diálogo expositivo realizando una breve introducción sobre la Técnica de Relajación de Jacobson. Indicándosele al paciente que se desarrolla en 2 pasos, el primero consiste en aplicar tensión de forma deliberada en los músculos del cuerpo, trabajándolos por grupos; y el segundo consiste en liberar la tensión inducida, dirigiendo nuestra atención a la sensación que nos proporciona la relajación. Para ello se le pidió al paciente que se ubicara en el lugar más cómodo de su casa. Se aplicó técnica de modelamiento cuando el evaluador procedió a realizar el ejemplo práctico del desarrollo de la técnica de relajación muscular, el paciente observó el proceso.</p> <p>Se aplicó técnica del moldeamiento cuando evaluador pidió al paciente realizar la técnica de relajación muscular. El evaluador observó el proceso y brindó reforzamiento en los aspectos que se consideró necesario, a fin de lograr el desarrollo óptimo del mismo. Se aplicó técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación en todo momento en el que el paciente realizó preguntas, manifestó su opinión y grado de satisfacción en relación con el uso de la técnica, de la cual manifestó que le fue muy positiva.</p>	Video, Hojas y Lápiz	60”	Continuar con las instrucciones de aplicación de la actividad de en la técnica de relajación muscular de Jacobson.
Cierre			Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño por aprender.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 7. Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y entrenamiento en el llenado del registro de ejecución

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente, quien indicó haber utilizado las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación al comentar su experiencia con la técnica de relajación muscular progresiva, así como las situaciones en que las aplicó.</p>			
Desarrollo	Diálogo expositivo Moldeamiento Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social.	Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson, así como psicoeducar y entrenar al paciente en el llenado del registro de ejecución.	<p>El paciente refirió no haber dispuesto de suficiente tiempo para realizar la técnica dos veces al día, por lo que la practicó solo en algunas ocasiones, principalmente cuando experimentó ansiedad. Se empleó el diálogo expositivo cuando el evaluador explicó la forma en que se evaluaría la intensidad emocional y el termómetro de las emociones. Posteriormente, se psicoeducó y entrenó al paciente en el llenado de la ficha de registro de relajación muscular. Se aplicó la técnica de moldeamiento mientras realizaba la práctica, brindándole reforzamiento en los aspectos necesarios para optimizar su ejecución. Además, se utilizó el refuerzo positivo (elogio) por su buen desempeño. Las técnicas de: escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación para aclarar dudas.</p>	Hojas y Lápiz	60"	Continuar con las instrucciones de la actividad de reforzamiento del aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson.
Cierre			<p>El paciente manifestó haber comprendido las indicaciones y se le solicitó aplicar la técnica dos veces al día o ante situaciones que le generen ansiedad, registrando su ejecución correspondiente.</p>			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 8. Reforzar el aprendizaje práctico de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro de ejecución

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente, se hizo uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación cuando se le pidió al paciente comentar su experiencia en el uso de la técnica de relajación muscular progresiva y así mismo comentar en qué situaciones las usó.</p>			
Desarrollo	Diálogo expositivo Moldeamiento Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social.	Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro de ejecución.	<p>El paciente mencionó que en esta oportunidad realizó la ejecución de la técnica y su respectivo registro. Asimismo, manifestó que ha comenzado a dormir sin interrupciones y se siente menos cansado y más optimista respecto de su recuperación. Entregó al evaluador el registro de las ejecuciones realizadas. El evaluador observó el registro y le preguntó cuáles fueron los pensamientos que desencadenaron la ansiedad; el paciente respondió y el evaluador tomó nota para utilizarlos como referentes en la terapia TREC. El paciente indicó que, si bien la técnica le ayuda a relajarse, en algunos momentos no puede dejar de pensar ni evitar sentirse ansioso por pensamientos recurrentes de temor. El evaluador aplicó la técnica de moldeamiento y brindó reforzamiento durante la ejecución. Se emplearon técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación para aclarar dudas. Finalmente, se reiteró la importancia de practicar la técnica dos veces al día y registrar cada ejecución.</p>	Hojas y Lápiz	60"	Continuar con las instrucciones de la actividad de reforzamiento del aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro de ejecución.
Cierre			<p>Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño.</p>			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 9. Psicoeducación y entrenamiento en las técnicas de detención del pensamiento y la técnica de distracción

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente.			
Desarrollo	Diálogo expositivo Modelamiento Moldeamiento Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social.	Brindar psicoeducación y entrenamiento en las técnicas de detención del pensamiento y técnica de distracción, a fin de reducir la presencia de pensamientos intrusivos que generan perturbación y malestar emocional al paciente.	Acto seguido, se procedió a visualizar un video sobre la detención del pensamiento. Asimismo, con el fin de reforzar la eficacia de la técnica de detención del pensamiento, se visualizó un video instructivo sobre técnicas de distracción de pensamientos intrusivos que se aplicarán como apoyo. Mediante el uso del modelamiento, el evaluador exemplificó la aplicación de ambas técnicas, verbalizando el proceso en voz alta para facilitar la comprensión del paciente. Luego, el paciente realizó el ejercicio de manera similar, mientras la evaluadora observaba y brindaba retroalimentación. A través de las técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación, el evaluador indagó sobre su experiencia, a lo que refirió haber logrado detener el pensamiento intrusivo perturbador, manteniendo la calma y la serenidad. Finalmente, se revisó la ficha de registro, evidenciándose el cumplimiento y la efectividad de la técnica en la reducción fisiológica de la ansiedad.	Hojas y Lápiz	60”	Continuar con las instrucciones de la actividad de entrenamiento en las técnicas de detención del pensamiento y técnica de distracción.
Cierre			Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño por aprender.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 10. Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión consultando al paciente sobre su experiencia en la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo, ante lo cual comentó que las estuvo practicando. Sobre el uso de las técnicas, mencionó que no llegó a aplicarlas y que le gustaría practicarlas durante la sesión.</p>			
Desarrollo	Moldeamiento Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social	Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador.	<p>El evaluador indicó al paciente que podía usar cualquiera de los pensamientos elaborados en la lista como alternativa de distracción después de haber ejecutado la técnica de relajación muscular. Mediante el uso del moldeamiento, el evaluador observó al paciente ejecutar las técnicas de detención del pensamiento y distracción; el paciente realizó la técnica verbalizando todo el proceso en voz alta, con el fin de que el evaluador pudiera observarlo objetivamente. A través de las técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación, el evaluador consultó la experiencia del paciente respecto a las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador, además de absolver sus dudas. El paciente mencionó que sintió que el pensamiento intrusivo se detuvo y que se encontraba más tranquilo y relajado. Posteriormente, utilizó la técnica de distracción comentando el pensamiento 1 de la lista de pensamientos agradables. Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) por la adecuada ejecución de la técnica y el empeño por aprender.</p>	Hojas y Lápiz	60”	Continuar con las instrucciones de la actividad de reforzamiento del aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo.
Cierre			<p>Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.</p>			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 11. Psicoeducación en el tema: introducción a la Terapia de reestructuración de pensamientos distorsionados

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión brindando psicoeducación al paciente en el tema Introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 1/2), la cual se realizó mediante la técnica de diálogo expositivo.</p>			
Desarrollo	Diálogo expositivo Visualización Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social	Brindar al paciente en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC	<p>Asimismo, durante el proceso de psicoeducación, se desarrollaron las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación para aclarar dudas al paciente. Finalmente, se presentó un video para fortalecer la comprensión del tema.</p> <p>Mediante las técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación, el evaluador procedió a absolver las dudas del paciente. Finalmente, se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso de psicoeducación, proporcionando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.</p>	Hojas y Lápiz	60"	Continuar con las instrucciones de la actividad de reforzamiento del aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de Detención y distracción del pensamiento intrusivo.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 12. Psicoeducación en el tema: introducción a la Terapia de reestructuración de pensamientos distorsionados

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión brindando psicoeducación al paciente en el tema Introducción a la terapia de reestructuración de pensamientos distorsionados - TREC (Parte 2/2), la cual se desarrolló mediante la técnica de diálogo expositivo.</p>			
Desarrollo	Diálogo expositivo Visualización Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social	Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 2/2), así mismo se explicó cómo el alto grado de prevalencia predispone a las personas a presentar permanentes estados de perturbación emocional.	<p>Asimismo, durante el proceso de psicoeducación, se emplearon las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación para aclarar dudas al paciente. Finalmente, se presentó un video para fortalecer la comprensión del tema.</p> <p>Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso de psicoeducación, proporcionando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.</p>	Hojas y Lápiz	60"	Continuar con las instrucciones de la actividad de Reestructuración de pensamientos distorsionados.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 13. Reforzar aprendizaje y ejecución de la técnica de Reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: filtraje y generalización

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema.			
Desarrollo	Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación. Refuerzo positivo social	Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Filtraje, y Generalización.	Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos que presenta, como resultado de la aplicación del Test de Pensamientos Automáticos de Beck. Se trabajaron los pensamientos: filtraje y generalización. Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, proporcionando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.	Hojas y Lápiz	60”	Continuar con las instrucciones de la actividad de ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: filtraje y generalización.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 14. Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de Reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: interpretación del pensamiento y falacia de justicia

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			Se inició la sesión brindando psicoeducación al paciente en el tema.			
Desarrollo	Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación. Refuerzo positivo social.	Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Interpretación del pensamiento y falacia de justicia.	Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos que presenta: interpretación del pensamiento y falacia de justicia. Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, brindando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.	Hojas y Lápiz	60”	Continuar con las instrucciones de la actividad de ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: interpretación del pensamiento y falacia de justicia.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

**Sesión 15. Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de Reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos:
etiqueta global, culpabilidad y debería**

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema.			
Desarrollo	Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social.	Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Etiqueta global, Culpabilidad y Debería.	Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos: etiqueta global, culpabilidad y debería. Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, proporcionando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.	Hojas Lápiz	60"	Continuar con las instrucciones de la actividad de ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicada a los pensamientos automáticos: etiqueta global, culpabilidad y debería.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión			

Nota: Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 16. Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos distorsionados

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema.			
Desarrollo	Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación. Refuerzo positivo social	Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos distorsionados	Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados: “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”. Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, proporcionando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.	Hojas y Lápiz	60”	Continuar con las instrucciones de la actividad de ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos distorsionados.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 17. Psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema.			
Desarrollo	Diálogo expositivo. Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social	entrenamiento en Toma de Decisiones	Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a desarrollar la psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones. Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción. Asimismo, se revisó y evaluó la práctica de la restructuración cognitiva y técnica de relajación muscular progresiva, las cuales evidencian una importante reducción de la ansiedad.	Hojas Lápiz y	60”	Continuar con las instrucciones de la actividad de entrenamiento en toma de decisiones.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 18. Psicoeducación y entrenamiento en Comunicación Asertiva

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema.			
Desarrollo	Entrenamiento en Comunicación Asertiva.	Brindar entrenamiento en Comunicación Asertiva.	<p>Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a desarrollar la psicoeducación y el entrenamiento en comunicación asertiva.</p> <p>Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, proporcionando ejemplos y compartiendo opiniones.</p> <p>Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva, detención del pensamiento y distracción.</p> <p>También se revisó y evaluó la práctica de la reestructuración cognitiva y la técnica de relajación muscular progresiva, las cuales evidencian un buen manejo de la técnica y una importante reducción de los niveles de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y conductual.</p>	Hojas Lápiz y	60”	Continuar con las instrucciones de la actividad de entrenamiento en la habilidad social Comunicación Asertiva.
Cierre			Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 19. Psicoeducación y entrenamiento en Solución de problemas

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema.</p>			
Desarrollo	Diálogo expositivo. Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social	Psicoeducación y entrenamiento en Solución de Problemas.	<p>Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a desarrollar la psicoeducación y el entrenamiento en solución de problemas.</p> <p>Se aplicó la técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, proporcionando ejemplos y compartiendo opiniones. Asimismo, se reforzó positivamente el cumplimiento en la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva, detención del pensamiento y distracción.</p> <p>También se revisó y evaluó la práctica de la reestructuración cognitiva y la técnica de relajación muscular progresiva, las cuales evidenciaron una importante reducción de la ansiedad.</p>	Hojas y Lápiz	60"	Continuar con las instrucciones de la actividad de entrenamiento en Solución de problemas.
Cierre			<p>Se absolvieron las inquietudes y se obtuvieron conclusiones de la sesión.</p>			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Sesión 20 a 23. Sesiones de seguimiento

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos materiales	Tiempo	Tarea para la casa
Inicio			<p>Se inició la sesión saludando al paciente y promoviendo un espacio de diálogo para explorar su estado emocional actual.</p>			
Desarrollo	Escucha activa. Comunicación asertiva. Retroalimentación Refuerzo positivo social	Realizar seguimiento al progreso emocional, cognitivo, fisiológico y conductual del paciente.	<p>Mediante las técnicas de escucha activa y comunicación asertiva, el evaluador indagó sobre los avances percibidos, las dificultades encontradas y la aplicación de las estrategias. Se brindó retroalimentación positiva por el compromiso y cumplimiento de las tareas asignadas, reforzando los logros alcanzados.</p> <p>Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de todas las técnicas aprendidas.</p> <p>Se procedió a aplicar los instrumentos postest correspondientes con el fin de comparar los resultados con las mediciones pretest.</p>	Hojas y Lápiz	60”	Reflexionar sobre los cambios experimentados desde el inicio de la intervención y elaborar una lista de logros personales y estrategias que desea mantener a largo plazo.
Cierre			<p>El paciente manifiesta sentirse muy satisfecho con el trabajo terapéutico que se viene realizando pues cada vez se siente más estable emocionalmente y disfruta más de su familia y se ha perdonado a si mismo por los errores cometidos, indicando que le dejan mucho aprendizaje y eso es lo más importante.</p>			

Nota. Plan de intervención en psicoterapias cognitivo conductual.

Anexo G. Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estudio de caso: Intervención cognitivo-conductual en un hombre joven con ansiedad social

Autor: García Flores, Jean Dennis

Se invita a participar en un estudio de caso cuyo objetivo es evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual para reducir síntomas de ansiedad social en una persona adulta joven.

Se emplearán técnicas como psicoeducación, relajación muscular progresiva, detención del pensamiento, distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, modelado, entrenamiento en toma de decisiones, comunicación asertiva y solución de problemas. Asimismo, se administrarán instrumentos psicológicos estandarizados.

No se prevén riesgos significativos más allá del posible malestar emocional asociado a la exploración de experiencias personales. Se espera como beneficio una reducción de los síntomas de ansiedad social y una mejora del bienestar general. Los datos serán tratados de forma estrictamente confidencial. Toda información será anonimizada; ningún dato personal identificable aparecerá en informes, publicaciones o presentaciones académicas.

La participación es totalmente voluntaria. La persona participante puede retirarse en cualquier momento sin penalización ni perjuicio alguno. También puede solicitar la eliminación de sus datos mientras ello sea técnicamente posible.

Declaro que he recibido información clara sobre el propósito, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y mis derechos como participante. Autorizo voluntariamente mi participación en este estudio.

Iniciales del participante: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo H. Evidencias

Motivo de consulta

Todos estos últimos semanas me he estado sintiendo vacío, riendo que no tengo una razón de vida por muchos motivos pero los principales son que a mis 26 años siento que los sueños que tengo no se están realizando, estudié 6 años Periodismo y si bien es cierto el trabajo que tengo no es malo, aún no estoy ejerciendo mi carrera como periodista cosas que me afectan demasiado me ponen ansioso y me deprimen más aún porque yo estuve 4 años con un chico el cual me apoyaba en todo era mi soporte emocional y que por razones del destino ya no está en mi vida yo siento que soy una persona dependiente y el estar tanto tiempo con él, donde él era toda mi vida social al irse dejó un gran vacío, los motivos fueron diversos pero los principales fue que yo logré la relación al punto que yo no sentía lo mismo, él realmente me amaba y yo no super valorar eso. Asumir los errores es de hombres y yo acepto gran parte de la culpa. Todos los días me despierto y lloro al morir un mensaje de buenos días de él, él me llenaba de luz y ahora no tengo nada, mis días se han vuelto una rutina y siento que me está afectando más de lo que debería, estoy empezando a refugiarme en el alcohol y eso está mal, incluso he vuelto a beber, me duele

muchas veces levantarme de mi cama, me dan
nuevamente ataques de taquicardia a tal punto que
verdad me desmazco. He venido aquí porque esto
no solo me está afectando a mí sino también
a los que me rodean por ejemplo mi madre.

Historia Familiar

- Papá: Javier Antonio Velázquez Lázaro 66 años (Sección completa)
- Mamá: Carmen María Ruedas Condessa 58 años (Sección completa)

Relación Familiar

- En estos momentos de vida tengo una muy buena relación con mis padres a consecuencia de una amputación de pierna de mi Papá que nos destruyó totalmente a todos emocionalmente, hizo que nos humieran más.

Desde que tengo 6 años yo lo tuve problemas en mi cara debido a que siempre él casi siempre no lo tenía el cariño de mi Pache, él casi nunca me sacaba a pasear y siempre prefería irse a tomar la única que siempre ha estado siempre conmigo ha sido mi madre es por ello que tal vez yo haya crecido con ese temor ante ciertas situaciones yo siempre de joven he sido de conductura guera en donde mis compañeros de aula me fastidiaban por mi físico algo de los cuales hasta la actualidad me arrepiento de no haberme defendido y es que nunca nadie me enseñó a ello es más hasta la fecha hay cosas como el fútbol que me gusta mucho mirarlo me hubiera gustado saberlo jijon pero mi padre nunca me enseñó, todos estos situaciones han hecho que ahora sea un chico un poco sumiso y con falta de carácter y algo temeroso. Son cosas que siempre me han dificultado mayormente en mi adolescencia relacionarme con otros personas, no me gustaba ir a fiesta me la pasaba encerrado jugando, hasta que tuve 17 años en donde todo cambió debido a que mis primos se dieron cuenta que era muy alejado de la familia así que empezaron a sacarme e incluirme en los planes familiares, en mi familia casi todo mis primos son mujeres por lo

que siempre creí naciendo de ellas, me di cuenta que me querían mucho pero siendo honesto a la edad de 17 años me di cuenta que tenía algo en particular y era que me di cuenta que me gustaban los hombres, en donde me empecé a cuestionar pero hasta ese entonces ya era un chico que conocía un poco el mundo y era consciente que era homosexual, pasó el tiempo y poco a poco les fui contando a mis pocos amigos que tenía y a mis primos, hasta que decidí contárselo a mis padres, hasta ese entonces ya mi padre había dejado bastante de tomar y más porque le diagnosticaron diabetes, cuando decidí contárselo todo a los 21 años aproximadamente, tenía mucha miedo por como pudieran reaccionar pero lo hice y si bien es cierto mi papá no reaccionó mal pero prefirió no tocar el tema lo que me deprimió ya que en mi mente pensé que no me quería. Mi madre como cualquier mamá lo tomó bien pero igual se puso a llorar porque soy su hijo único esto fue una de las etapas más difíciles para mi por todo ese estrés y tristeza que sentí por mi padre.

Pasaron los años y en el 2017 mi padre perdió una pierna por su diabetes ese fue otro golpe duro para mi como para mi madre, esos años fueron muy difíciles pero hasta el día de hoy ya es cosa del pasado. Cabe resaltar que ahora la relación con mi padre es muy buena y ya todo eso está superado pero igual son cosas que me han afectado y ser temeroso y deprimido

História Personal

- Fue por cesárea mi nacimiento
- A los 4 años era muy inquieto e impaciente.
- En la niñez si me castigaban (No ver TV) y solo dos veces en las que me pegó en mi niñez
- En la adolescencia me castigaban con no ir a fiestas pero no me pegaban.
- A los 17 años me sentía con temor y miedo al relacionarme con mi familia y me la pasaba encerrado.
- A los 19 casi 20 años empecé a salir y relacionarme con más personas de mi entorno, fue ahí donde me solté y salía a beber y de fiesta más seguido.
- A los 21 años cuando tenía ya pareja creció mi temor a no perder a esa persona por lo que aguantaba ciertos maltratos psicológicos y escenas tóxicas.

EDUCACION

- Primaria muy buena en educación
- Secundaria muy buena.
- Universidad muy buena.

