



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO CLÍNICO DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN FOBIA SOCIAL

Línea de investigación: Salud mental

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

Autora:

Arisméndiz Moscol, Deiby

Asesora:

Alva Cuba, Jennifer Fiorella
(ORCID: 0000-0003-0422-2770)

Jurado:

Inga Aranda, Julio
Castillo Gómez, Gorqui Baldomero
Alvarez Machuca, Militza

Lima - Perú

2020



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Referencia:

Arisméndiz Moscol, D. (2020). *Caso clínico de terapia cognitiva conductual en fobia social*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5143>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO CLÍNICO DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN
FOBIA SOCIAL

Línea de Investigación: Salud mental

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

AUTORA:

Arisméndiz Moscol, Deiby

ASESORA:

Alva Cuba, Jennifer

JURADO:

Inga Aranda, Julio

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Alvarez Machuca, Militza

Lima - Perú
2020

Pensamientos

“Los mejores años de tu vida son aquellos en los que decides que tus problemas son sólo tuyos. No es culpa de tu madre, la ecología, o el presidente. Uno se da cuenta de así del control de su propio destino”.

Albert Ellis

“Nuestro modo de pensar determina en gran medida si alcanzaremos nuestros objetivos y disfrutaremos de la vida o incluso si sobreviviremos”.

Aaron Beck

Dedicatoria

A mi familia, en especial a mis padres,
Pepe y Rosa, por darme su fuerza
para seguir adelante.

Agradecimiento

Agradezco a mis amados padres por darme su amor y enseñanzas para salir adelante; su sabiduría está en mí.

Mi eterno reconocimiento a mis hermanos por su apoyo incondicional, siempre hemos estado unidos y fortalecidos.

A mis profesores de la especialidad que llegaron a dar luces en mi profesión para brillar, y a mi asesora Jennifer Alva Cuba por su gran conocimiento y guía que hizo posible este trabajo académico.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras	x
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	35
1.2.1 Antecedentes nacionales	35
1.2.2 Antecedentes internacionales	36
1.2.3 Basamento teórico	38
1.3 Objetivos	51
1.3.1 Objetivo general	51
1.3.2 Objetivos específicos	51
1.4 Justificación	51
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	53
II. Metodología	54
2.1 Tipo de investigación	54
2.2 Informe de cada uno de los instrumentos aplicados	54

2.3 Informe psicológico integrado	64
2.4 Programa de intervención cognitiva conductual	68
III. Resultados	81
3.1 Repertorio de entrada (Registro de línea base)	81
3.2 Línea de intervención	85
3.3 Evaluación de test y post test	87
IV. Conclusiones	98
V. Recomendaciones	99
VI. Referencias	100
VII. Anexos	102

Índice de Tablas

Nº		Pág.
1.	Estudios realizados por la paciente	26
2.	Datos familiares	26
3.	Análisis funcional	28
4.	Análisis cognitivo	32
5.	Diagnóstico funcional	34
6.	Registro de línea base. Semana 1	84
7.	Línea de tratamiento	95

Índice de Figuras

N°		Pág.
1.	Frecuencia de conductas	85
2.	Evaluación del pre test y post test. Test de Ansiedad de Zung	96
3.	Registro de Opiniones Estado-Rasgo	96
4.	Registro pretest y pos test	97

Caso clínico de terapia cognitiva conductual en fobia social

Deiby Arisméndiz Moscol

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

En la presente investigación desarrollé un caso clínico con intervención cognitivo conductual de fobia social en una mujer adulta de 34 años, que se desempeña como ingeniera de sistemas en una universidad particular. Profundicé la revisión teórica de la fobia social y de los respectivos programas aplicados para este tipo de casos. Dentro de las técnicas e instrumentos aplicados se encuentra la historia clínica, la Escala de Ansiedad de Zung, Inventario Multiaxial de Millón, Personalidad de Eysenck. Creencias irracionales de Albert Ellis y Test de Inteligencia de Raven. De esta manera elaboré un Programa de Intervención Cognitivo Conductual que contenía técnicas como la Reestructuración cognitiva, Técnicas de relajación, y Exposición gradual. A los 4 meses la paciente fue experimentando mejorías y a los 7 meses logró controlar el nivel de ansiedad, logrando los objetivos del tratamiento con la Terapia Cognitiva Conductual.

Palabras clave: terapia cognitiva conductual, fobia social

Clinical case of cognitive behavioral therapy in social phobia

Deiby Arisméndiz Moscol

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

In the present investigation, I developed a clinical case with cognitive behavioral intervention of social phobia in a 34-year-old adult woman, who works as a systems engineer in a particular university. I deepened the theoretical review of social phobia and the respective programs applied for this type of case. Within the applied techniques and instruments is the clinical history, the Zung Anxiety Scale, Millon's Multiaxial Inventory, Eysenck Personality. Irrational beliefs of Albert Ellis y Raven Intelligence Test. In this way I developed a Behavioral Cognitive Intervention Program that contained techniques such as Cognitive Restructuring, Relaxation Techniques, and Gradual Exposure. At 4 months, the patient was experiencing improvements and at 7 months, she managed to control the level of anxiety, achieving the goals of treatment with Cognitive Behavioral Therapy.

Keywords: cognitive behavioral therapy, social phobia

I. Introducción

Los trastornos por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Dentro de los trastornos de ansiedad, encontramos la fobia social que es un trastorno caracterizado por el miedo intenso y persistente que impide a una persona desenvolverse de manera adecuada en situaciones sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (2017) más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” luego de 20 años realizó el primer Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, en 43 distritos de Lima y Callao, en una muestra de 2077 personas adultas, encontrando una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de 23,5% y 37,3% respectivamente, correspondiendo una prevalencia de vida 7,9% a la fobia social.

La fobia social ha cobrado gran interés por parte de la comunidad científica en el último cuarto de siglo, luego de ser catalogado por Liebowitz y Cols., en 1985, como el “trastorno de ansiedad olvidado”. Esto ha permitido importantes avances en cuanto a la comprensión y conciencia del impacto que genera en la vida de las personas que lo presentan, en las diferentes etapas vitales en las que se manifiesta, emprendiendo así el desarrollo de técnicas y tratamientos que han resultado eficaces en la prevención y reducción del mismo. (Safir, 2014).

El Centro de Reposo San Juan de Dios, en la ciudad de Piura de enero a junio del presente año ha registrado 1833 casos de trastorno de ansiedad, de los cuales 408 casos corresponden a fobia social. El presente estudio de caso tiene como objetivo la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual en una mujer adulta con un diagnóstico de Fobia Social.

En el primer punto de este trabajo doy a conocer la descripción del problema y antecedentes relevantes que se relacionan con el estudio de caso. También se da a conocer los objetivos esperados del programa de tratamiento y los impactos esperados del presente estudio. En el segundo punto explico la metodología aplicada en el estudio de caso clínico en una mujer adulta que presenta fobia social. En tercer lugar, comento los resultados de la aplicación del programa cognitivo conductual en una mujer adulta con fobia social.

Y por último menciono las conclusiones y recomendaciones respectivamente como resultado de la aplicación del programa de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social.

1.1 Descripción del Problema

Historia psicológica

Datos de filiación:

Nombre y Apellidos:	MJP
Edad:	34 años
Sexo:	Femenino
Lugar de nacimiento:	Piura
Fecha de nacimiento:	15.07.1984
Estado civil:	Soltera
Grado de instrucción:	Universitaria completa
Ocupación:	Ingeniería de Sistemas
Religión:	católica
Fechas de entrevista:	26, 31, mayo;

7, 13, 23 y 28 de junio 2018

Lugar de entrevista: Consultorio de Psicología- Complejo Sanitario

San Juan de Dios

Psicóloga: Deiby Arisméndiz Moscol

Motivo de consulta

MJP llega sola a consulta, refiere: “desde hace varios años sufro de ansiedad, y lo pude controlar, pero después del fallecimiento de mi padre empezaron mis crisis” estoy con el psiquiatra me ha recetado alprazolam y zatrix, no lo acepto, no asimilo la idea de estar en terapia”. “Estuve en diferentes psicólogos y reconozco que no he sido consecuente en el tratamiento y los he abandonado”. “Hace nueve meses rompí mi compromiso de matrimonio, ya lo estoy superando”.

MJP señala estar en tratamiento psiquiátrico desde hace 04 años. Refiere “No me gusta estar todo el tiempo con pastillas, pero las necesito” “Me siento terrible, no puedo estar rodeada de gente, siento que me falta el aire, se me acelera el corazón, y las manos me sudan” “siento que me voy a desmayar, que voy a terminar tirada con todo el mundo viéndome, me quema la cara, deseo salir corriendo del lugar y termino haciéndolo. “Es horrible sentirse a sí” “hice un papelón en la universidad, me dio una crisis y terminé en el hospital, cuando regresé al día siguiente todos me miraban como bicho raro” “trato de no cruzarme con nadie en la universidad”. “no puedo viajar en bus porque me da miedo tener una crisis de ansiedad y termine haciendo un papelón ante los demás y me quedan mirando, siento que me ven como una cosa rara”.

Problema actual

Presentación actual del problema

MJP de 34 años, trabaja como directora de escuela en una universidad particular, refiere que cada vez que convocan a reuniones en la universidad en la que trabaja, empieza a experimentar ansiedad (10/10). Cuando se presenta a las reuniones de trabajo empieza a experimentar pensamientos anticipatorios como: “seguro que van criticarme, seguro hay alguna falla y lo van a decir delante de todos” “todos me miran, como me verán, se me nota en la cara lo que siento”. Ante los pensamientos anticipatorios MJP, empieza a experimentar miedo (8/10), sus manos se tornan frías y sudorosas. Empieza a tener espasmos estomacales, surgiendo la necesidad de ir al baño, pensando durante la reunión: “quiero que acabe esto, siempre lo mismo porque los demás se ven tranquilos, seguro están viendo como me pongo”. En esos instantes su corazón empieza a acelerarse y siente que le falta el aire. También refiere que la cabeza se le pone pesada. Ante esta situación MJP se levanta y sale de la reunión de manera apresurada para dirigirse al baño, toma su pastilla Zatrix que le indicó el psiquiatra, se lava la cara y se va a su oficina hecha llave y llama al taxi que la lleva a su casa. Una vez subida en la movilidad y en el trayecto a su casa se va calmando. La paciente refiere: “Cuando llego a mi casa me da mucha cólera (9/10), me encierro en el cuarto a llorar hasta quedarme dormida y no le digo nada a mi familia”.

MJP señala que también experimenta ansiedad cuando está presente en las ceremonias de la universidad. Refiere: “me pongo nerviosa (8/10), no puedo dormir días antes pensando que voy a estar rodeada de todos mirándome, siento miedo (8/10) y cólera (9/10) a la vez. Refiere: “cuando lo pienso, empieza a dolerme horrible la panza”. “Varias veces se me ha aflojado el estómago, por eso cuando hay este tipo de cosas prefiero no comer nada antes de asistir a estas

ceremonias” “luego me estoy muriendo de hambre”. “En medio de la ceremonia me pongo intranquila, pienso que me puede dar una crisis en delante de todos, miro hacia todos lados creo que busco una salida,” “me excuso yendo al baño y no regreso”.

La paciente refiere que evita salir a los centros comerciales. Las veces que tiene que comprar algo en alguna tienda va directamente a lo que quiere y sale de manera rápida. “Me siento como un robot compro, pago y salgo siento que me persiguen con la mirada”, “si hay cola en la caja no compro, me voy”. “Siento que me falta el aire y que todos se dan cuenta”. “Cuando ya estoy en el taxi me siento segura”. “Es horrible sentirse así, porque tengo que sentirme así, no debería pasar por esto”. Esta situación lleva a MJP a evitar salir a reuniones familiares o salir a pasear con ellos. “Cuando he salido con mi familia estoy pensando que algo me puede dar, pienso que la gente mira mi cara de asustada o me miran como una persona rara y tienen razón, no es agradable para nadie ver a otros haciendo escenas”. “en ocasiones he malogrado las salidas con mi familia porque me he tenido que regresar y ellos también se han regresado, me siento frustrada” (8/10)

MJP refiere que tiene miedo (8/10) viajar sola en bus “necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura, hace un mes viajé a Trujillo y fue horrible, me empecé a agitar, el corazón me empezó a palpar, sentía que me ahogaba, pensaba “seguro todos se van a sorprender o reír de verme así” “menos mal que mi hermana me dio una pastilla y me calmé.”.

MJP refiere que en varias oportunidades sus compañeros han viajado de paseo y le han invitado, pero ella pone excusas para evitar ir con ellos. Refiere: “si me coge un ataque de ansiedad les arruino el viaje y les daría de que hablar”. “me siento frustrada y triste”. La paciente manifiesta que últimamente se ha alejado de sus amistades. Se siente muy inquieta cuando sus amigos de confianza invitan a otras personas que no conoce a las reuniones por ello

los evita y los fines de semana pasa todo el día en su cuarto, durmiendo hasta tarde viendo películas todo el día. “he creado mi mundo seguro en mi cuarto”, refiere MJP.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 05 años MJP manifiesta que en vísperas de navidad sus dos hermanas mayores la llevaron a pasear al centro de la ciudad. Refiere: “Recuerdo que estábamos en el atrio de la iglesia, había mucha gente como si fuera una procesión, luego escuché que algo se rompió y me parece que era un vaso de vidrio, me acerqué un poquito para ver y cuando regresé a ver a mis hermanas ya no estaban. Entonces recuerdo que me puse a buscarlas entre toda la gente. Yo iba y venía por el mismo lugar hasta empezar a llorar. Recuerdo que había mucha gente me chocaba con ellos y no hacían nada no se si no me veían que estaba perdida, pero recuerdo que llamaba a mi hermana, hasta que me choqué con ellas y lloré más y me abracé fuerte de mi hermana mayor. Me dijeron que no le contara a mi mamá porque se iba a molestar con ellas y conmigo “. “Cuando ya estaba grande se los conté a todos”.

Recuerda que esa época también debió enfermarse de algo porque la inyectaban. Refiere: “cada vez que venía la señora que me inyectaba yo pegaba el grito, me daba mucho miedo que me inyectara esas antiguas agujas de metal que las hervían y las volvían a utilizar, era aterrador para mí”. “También recuerdo que mis hermanas se reían mientras yo gritaba y lloraba y me preguntaba porque hacían eso si yo estaba triste” “Este miedo lo he podido superar hace unos 10 años más o menos”.

A la edad de 8 años ingresó a primer grado de primaria y se dio cuenta que era más grande que todas las niñas. Cuando su hermano la fue a matricular a la escuela, escuchó a la secretaria decir que era muy grande para primer grado, sintiéndose avergonzada. Una vez

escuchó a una niña decirle a otra “esa grandeza está en primer grado”, sintiéndose avergonzada, cuando ingresó por primera vez al salón sintió miedo que le dijeran lo mismo. MJP refiere: “increíble hasta ahora recuerdo esas cosas, también cuando alguien hablaba de las edades, me preocupaba el que me pregunten a mí. Esto duró por mucho tiempo, creo que me olvide de eso terminando la universidad”.

También refiere que a esa edad cuando empezó a asistir a la escuela primaria, estudiaba de tarde y sentía una gran tristeza pensando en su mamá, refiere: “me preguntaba que estaría haciendo mi mamá, si estaría sola, entonces tenía ganas de llorar y quería escaparme del colegio para ir a verla”. Recuerda que este sentimiento lo tuvo en toda la primaria y deseaba terminar pronto para estudiar de mañana y estar con su mamá en las tardes. “Tengo imágenes de mi mamá llorando en su cama y tocándose el pecho y yo sintiéndome culpable, recuerdo que había en una mesa una fuente con agua jabonosa, me acerqué y tomé dos tragos, como si yo me castigara por el llanto de mi mamá”

A la edad de 10 años, en una visita a la casa de sus abuelos paternos en que celebraban una misa, un primo de su papá la quiso besar. Refiere: “recuerdo salir al corral de la casa y ver a ese hombre que estaba orinando “ me dio miedo y me paralicé, creo que estaba borracho me dijo que me acercara a saludarlo que era mi tío, yo fui me puso su cachete para que le dé un beso y cuando lo hice me cogió la cara para que lo bese en la boca yo sonreía pero creo que era de nervios, ponía mi cuello duro y me resistía a la vez que con la otra mano ese hombre buscaba tocar con sus dedos mi pecho” “estuve por un tiempo pensando que los demás dirían que yo era mala, nunca volví a ver a ese hombre, se murió cuando yo estaba en secundaria. Nunca se lo comenté a mis padres, algunas veces cuando escucho alguna noticia de abusos me viene el recuerdo, pero lo veo de otra forma, como estar alerta con los pequeños de la familia”.

En esa época MJP también recuerda que tenía una amiguita menor que ella, con la cual jugaba. Refiere: “estábamos peleando de palabras y de repente, le cayó un grillo en el pecho ella se asustó mucho, dio un fuerte grito y se puso a llorar. Sus hermanas vinieron a preguntarme qué pasaba, recuerdo que yo me asusté mucho y pensé que se iban a molestar conmigo, que me iban a gritar, hasta ahora recuerdo que me puse helada. Cuando me preguntaron lo que había pasado, sentí que me latía el estómago muy fuerte como si mi corazón se hubiera bajado al estómago, me sentía culpable. Luego ya no quería ir a su casa a jugar”. “a mi mamita siempre le ha preocupado el qué dirán, me mandaba otra vez porque no quería quedar mal con la vecina, creo que le tenía miedo porque esa señora mucho creía en la brujería, mi mamá siempre la recuerdo sumisa y muy preocupada” “Recuerdo que esa señora que vivía al costado de mi casa tenía una vitrina con cosas, como santos, estampas, hierbas y perfumes muy fuertes, les hacía tomar a sus hijos estampas pequeñas de santos y los bañaba con ruda, eso me daba miedo porque muchas veces la veía hablando sola”.

A los 11 años, falleció la abuelita materna recuerda que cuando le avisaron a su mamá observó que ella gritaba y se tocaba el pecho hasta desmayarse, estas imágenes le afectaban mucho, ya que tenía miedo perder a su mamá, miedo que hasta ahora lo tiene. MJP señala que hasta ahora se pregunta porque se sentía culpable cada vez que veía llorar a su mamá. Señala que tenía mucho miedo perderla por lo que soñaba constantemente que su mamá y hermanas la abandonaban”. Por esa época salía a jugar con los niños del barrio y se iban a un cementerio que quedaba cerca a su casa. Uno de los niños la asustó con un cráneo de tortuga. Refiere: “me asusté tanto que pegué el grito y me fui llorando a mi casa, todos los demás niños se burlaban de mí”. “Pienso que he sido una niña a la que le tomaban el pelo”. Por las noches se despertaba y

escuchaba música pensaba que venía del cementerio por lo que tenía mucho miedo y se tapaba de pies a cabeza, señala que se sofocaba, pero se quedaba así hasta dormirse.

MJP señala que su padre golpeaba a su mamá cuando llegaba ebrio, esto lo hizo durante 14 años, ella no recuerda haber visto esas peleas, pero de niña soñaba mucho que sus padres peleaban. A la edad de 13 años recuerda experimentar mucha ansiedad cuando salía a exponer. MJP refiere que ha sido muy estudiosa, pero cuando salía a exponer en clase se le helaban las manos y le palpitaba el corazón muy fuerte. Refiere: “Mis manos parecían hielo, se me hacía un nudo en la garganta, tenía miedo equivocarme, pero hacia una buena exposición”.

MJP señala que cuando llegaba a su casa, exponía frente al espejo para ver en que había fallado a pesar de las buenas notas que sacaba. Refiere:” creo que tenía miedo decepcionar a los demás porque mis compañeras me veían la mejor de la clase”. MJP manifiesta que sus padres se contentaban cuando ella llevaba su libreta con buenas notas, aunque nunca tuvieron que exigirle para que estudie.

Recuerda que en sexto grado cuando también era brigadier de su aula, sus compañeras se tornaron más revoltosas y no le hacían caso. La religiosa que las educaba se molestó mucho con toda la alumna y las castigó. Refiere:” En delante de todas mis amigas me llamó fuerte la atención por no poner orden, me dijo que ya no era brigadier y que le entregara el cordón de brigadier a otra alumna”. “recuerdo que esto fue vergonzoso para mí, creo que me sentí humillada ante todas, me eché sobre la carpeta a llorar con mucho dolor, recuerdo que una amiguita de ese entonces se acercó y me calmó. Durante mi niñez nunca se lo comenté a mis padres, no me gustaba hacerlos sentir mal ni decepcionarlos. MJP refiere que desde ese momento surgió una constante preocupación por lo que pudieran pensar sus amigas. Refiere “pensaba que ya no me iban a tratar como antes y que me iban a dejar de lado” ya que era una alumna de

excelente rendimiento académico. Refiere que hasta la actualidad siente un resentimiento por la religiosa que fue su profesora.

MJP refiere que sentía mucho cariño por sus compañeras y se llevaba bien con todas. Terminó el sexto grado cuando tenía 13 años, al pasar en el mismo colegio a la secundaria refiere que hubo un hecho que la marcó mucho, una profesora de manera despectiva le dijo: “las grandezas a la sección D”. Todo el año escolar sufrió porque consideraba injusto que las separen de sus amigas y la pongan con chicas que tenían bajo rendimiento, mala conducta y que venían de otro colegio de baja categoría. MJP refiere “veía a mis amigas hacer nuevas amistades y yo me aislé me sentía avergonzada pensaba que ya sabían mi edad y que me criticaban no las buscaba me sentía celosa y generé resentimiento hacia ellas, me sentía traicionada”. Refiere que cuando sus amigas celebraban la fiesta de quince años no la invitaban y sentía que se habían olvidado de ellas. Refiere que durante su adolescencia nunca fue a una fiesta como sus amigas y se sentía triste. Nunca tuvo amigos del sexo opuesto y esto le dificultó su desenvolvimiento en la universidad. Se sentía incómoda cuando se acercaba un chico o se lo presentaban. Recuerda también que solo una vez fue a una fiesta de la universidad porque la convenció su mamá, pero luego se arrepintió porque nadie la sacó a bailar. Refiere: “me sentí terriblemente avergonzada, los chicos se acercaban y sacaban a bailar a las chicas que estaban a mi costado, no sabía adonde meter mi cara, desde allí decidí no ir a esas fiestas”.

A los 16 años cuando estaba en tercero de secundaria de edad, se enfermó con fiebres, dolor de cabeza y dolor de huesos, recuerda que escuchó decir que había sido un principio de meningitis. En ese año no ocupó el primer puesto como todos los años y no le entregaron diploma a fin del año escolar. Cuando sucedió esto en la clausura sus compañeras de clase se sorprendieron y empezaron a criticarla. Refiere: “recuerdo que me sentía avergonzada, me

empezó a latir el corazón, parecía que todos los que estaban en el patio habían puesto su mirada en mí”.

MJP también recuerda que desde esa ocasión cada vez que ellas formaban en el patio para nombrar los primeros puestos de cada bimestre, se ponía nerviosa, refiere que el corazón le palpitaba fuerte, sus manos se ponían heladas y sudorosas, sentía miedo de no ocupar el primer puesto, empezaba a rezar, quería salir corriendo del colegio e irse a su casa. Después de la formación pensaba que sus compañeras la criticaban cuando no obtenía el primer lugar Refiere: “quería terminar mi secundaria, todos los años era un sufrimiento, terminé odiando el colegio y a mis amigas”.

A los 18 años, cuando terminó la secundaria quiso descansar los tres meses de verano y no postular, señala que en realidad se sentía agotada y con miedo a no ingresar. En abril cuando ingresó a una academia preuniversitaria se dio cuenta que ya todos tenían su grupo de amigos. Refiere: “cuando llegué a la academia, todos tenían sus grupos y yo me sentía aislada, observaba que en el recreo todos estaba contentos y yo sola no salía del aula. Entonces sentía dolor de estómago, quería salirme de la academia muchas veces mentía que estaba mal para salirme, o en casa trataba de exagerar alguna enfermedad porque no quería ir”. MJP señala que estuvo así durante 03 meses que duró el ciclo. Refiere: “era un sufrimiento porque algunos profesores tomaban preguntas orales y cuando sucedía esto mi corazón empezaba a latir con fuerza y me ponía helada las manos las tenía totalmente húmedas, un día me preguntaron dos veces y no respondí, llegué a mi casa a llorar y pensar por varios días en la vergüenza que pasé, que habrían dicho los demás” “me sentía agotada” “También salí odiando a todos los de la academia”.

A los 19 años ingresó a estudiar Ingeniería de sistemas en una universidad particular, fue una alumna de promedio regular, era responsable con sus estudios. Refiere “seguía con el miedo a las exposiciones me sentía muy nerviosa. Igual me palpitaba el corazón me ponía helada, los pies parecían hielo” También refiere que cuando rendía sus exámenes y los profesores se colocaban cerca de ella, sentía que se bloqueaba no podía desarrollar el examen, sentía que la observaban y le iban a decir que estaba mal lo que hacía”. “Un día no soporté y le dije al profesor que se alejara que me ponía nerviosa, cuando llegué a mi casa me sentí muy tonta y avergonzada”. También recuerda que en esa época se relacionaba más con chicas, sentía vergüenza a los chicos. Recuerda que no podía verlos directamente a la cara por eso se ponía seria, la tildaban de sobrada, pero en realidad no sabía que decir, se ponía muy nerviosa cuando se le acercaban. Refiere: “Me comparaba y envidiaba a las demás chicas porque las veía muy desenvueltas, tenían amigos, se relacionaban con los profesores y yo no podía hacerlo, realmente sufrí mucho en esa época”.

A los 24 años, conoció a su primer enamorado con el que tuvo su primera experiencia sexual y después de esto la dejó por otra. Esta situación la deprimió, sentía mucha vergüenza ya que en su casa se habían enterado de lo sucedido. Cada vez que salía de su casa temía encontrárselo con otra por lo que su corazón empezaba a latir a sudar frío y a sentir dolor de estómago. Esto lo pudo superar después de un año, generándole desconfianza hacia el sexo opuesto. Solo ha tenido dos parejas, con la última se iba a casar.

A los 27 años inicia su etapa laboral, en la que encontraba satisfacción en lo que hacía y se dedicó a su trabajo. Refiere: “Fue una etapa de calma, me sentía segura porque hacía un buen trabajo, me decían que era muy eficiente, yo diría perfeccionista. Trabajaba sola y eso me gustaba, me sentía cómoda. Empecé a tener un buen ingreso, pero solo me dedicaba del trabajo a

la casa y salía de vez en cuando con alguna amiga, pero cuando me encontraba con un grupo de gente no me sentía bien, pensaba que me estaban observando y viendo mis defectos, no podía disfrutar de la reunión, todos conversaban y yo no decía nada, no sabía que decir o preguntar”.

A los 29 años conoció a su última pareja y también a su padre le detectan cáncer al estómago por lo que tuvo que viajar a Lima con su madre y hermano, para tratarlo. El cáncer fue agresivo por lo que en la fase terminal deciden traerlo de regreso. Su padre falleció después de dos años. En los últimos meses en que ella estuvo junto a él, tuvo que tomar decisiones económicas y dar autorización para que le inyectaran morfina para los dolores que padecía, refiere: “ mi hermano mayor me dejó sola en esto, no llegaba a ver a mi padre, siempre decía que no tenía plata y que tenía que trabajar, yo tuve que decidir si lo inyectaban o no a pesar que la morfina le podía causar fallas en el corazón, me dejaron la decisión a mí y yo no podía verlo sufrir de dolor, así que autorizaba que le pongan morfina, mientras pensaba que dirían de mí que soy una mala hija por ponerlo más en riesgo”.

El día que falleció su padre ella estaba sola en el hospital, señala que se quedó muda, se sentía como si estuviera en un mal sueño a pesar que se estaban preparando para este desenlace. MJP refiere: “salí como una zombi del cuarto y de repente no sé en qué momento vi que varios hombres se acercaban a mí y hablaban todos a la vez ofreciéndome servicios funerarios. Yo grité que se alejaran de mí, dejándome caer en el piso del hospital. Allí sentí que el pecho me ardía, me faltaba el aire. Luego desperté aturdida en otro cuarto del mismo hospital al lado de mi mamá y hermanas. Recuerda no haber llorado por mucho tiempo la muerte de su padre y hasta ahora las relaciones con su hermano mayor no son buenas.

Historia Personal

Desarrollo inicial

Para la realización de la historia personal no se contó con la colaboración de los familiares porque MJP no deseaba involucrarlos. Señalaba que ya tenían sus propios problemas para estar preocupándolos con lo que le pasaba. Los datos se obtuvieron de ella misma a través de la información que ella había recopilado. Su madre le ha comentado que nació de parto normal, sin mayores problemas en el hospital de su localidad. El embarazo no fue planeado pero deseado. La madre durante los tres primeros meses tuvo náuseas y vómitos por lo que perdió mucho peso ya que no toleraba los alimentos. Nació de buen peso y saludable. Dejó de lactar hasta los dos años sin ningún problema.

Aproximadamente al año se enfermó del estómago lo que le hizo perder mucho peso. Durmió con sus padres hasta los 5 años, edad en la cual pasó a dormir con una de sus hermanas mayores porque se orinaba la cama de sus padres, no recuerda si le afectó este cambio, pero dejó de orinarse. MJP refiere que su madre comentó que no tuvo problemas en caminar o hablar, desarrollándose normalmente. Después de cumplir dos años, sufrió de una fuerte infección estomacal que la deshidrató e hizo perder mucho peso. Su madre le indicó que aproximadamente a los 6 años se enfermó de los bronquios. A los 9 cuando estaba en segundo grado de primaria enfermó de sarampión lo que le afectó en su peso quedándose muy delgada, contextura que mantuvo hasta los 24 años y le causó problemas de autoestima ya que constantemente le decían que era muy “flaquita”. La paciente refiere haber iniciado el colegio sin problemas, ya tenía 8 años, le fue fácil adaptarse a los estudios. Realizaba sus tareas de escuela sin ningún problema y lo hacía sola. A los 16 años tuvo principios de meningitis lo que le afectó su rendimiento escolar.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

MJP refiere que fue una niña muy tranquila, recuerda jugar y hablar muchas veces sola en su casa. Señala que cuando tenía 10 años jugaba con sus muñecas, las golpeaba con cólera y luego las abrazaba pidiendo perdón, se podía repetir esto varias veces cuando jugaba sola, nadie se daba cuenta. Su madre no la maltrataba no recuerda haber sido castigada por su mamá nunca por eso no se explica porque actuaba así. Pero sí recuerda que a una de sus hermanas la castigaban porque era muy rebelde y ella la defendía de su mamá y hermano mayor.

Actitudes de la familia frente al niño

Durante su niñez su familia le brindó amor y cuidado, tuvo una relación buena con sus padres y hermanos. Señalan que la sobreprotegían, le llamaban “ñaña” hasta los 12 años de edad, hasta que una compañera de colegio se enteró y le fue a avisar a la profesora y ésta la avergonzó en la clase. Desde allí pidió que ya no le dijeran así. Esta vergüenza le duró varios meses ya que pensaba que sus amigas se reían de ella.

Educación

MJP refiere haber tenido siempre un alto rendimiento escolar, todos los años le entregaban diplomas y se sentía feliz ella. En secundaria también obtuvo diplomas, pero esto le fue generando mucha preocupación, porque quería demostrarles a sus compañeras que estaba bien. Esto debido a que la alejaron de ellas colocándola en una sección “D” por tener mayor edad y a sus amigas de toda la primaria en “A” y “B”. MJP pensaba que hablaban mal de ella ya que siempre les ocultó su edad. Esto le causó mucha tristeza y solo se lo dijo a su familia cuando ya estaba en la universidad.

Tabla 1*Estudios realizados por la paciente*

Niveles de estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial								
Primaria	x							x
Secundaria	x							x
Universidad	x						x	
Maestría	x						x	

Tabla 2*Datos familiares*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Ocupación
Padre	Alberto	Fallecido a los 70 años	Primaria	Chofer
Madre	Teresa	68	Primaria	Ama de casa
Hermano 1	Alberto	45	Técnica	Taxista
Hermano 2	Marcela	44	Técnica	Ama de casa
Hermano 3	Ana	40	Técnica	Secretaria
Hermano 4	Zoila	38	Universitaria	Docente de primaria
La paciente	Marina	34	Universitario	Arquitecta
Sobrino	Alberto	18	Universitario	Ing. Civil

Relaciones familiares:

La relación entre los padres: refiere que la relación entre sus padres, según le cuentan sus hermanos, era de constantes peleas, debido a que el padre cuando llegaba ebrio golpeaba a su mamá. Ella estaba muy pequeña por eso no lo recuerda. Posteriormente, el padre cambió y nunca volvió a tocar a su mamá, después que sus hermanos mayores la defendieron y se pusieron a rogarle llorando que ya no la golpee, según le han contado sus hermanos.

La relación entre Marina y el padre: refiere que su padre siempre fue amoroso y trabajador, de niña lo esperaba y despedía con un beso, hasta que el papá volteara la esquina para irse a trabajar. Nunca la castigó a ella ni a sus hermanos. Nunca le dio motivo. Refiere que solo le tenía miedo cuando llegaba ebrio ya que su mamá le decía que no se cruzara por donde él estaba sentado y la mandaba a dormir. Refiere que le asustaba cuando le llamaba la atención a ella y a sus hermanos, ya que era muy enérgico. Refiere que siempre se sintió protegida por su papá. Se distanció de él cuando tuvo su primer enamorado y luego sintió vergüenza a su padre cuando éste la dejó.

Relación entre MJP y la madre: refiere que la relación con la madre siempre ha sido muy estrecha, la adora y siempre le ha dado fuerza para seguir adelante. Refiere también que ha tenido errores en aprender de ella, “el qué dirán de la gente”. La relación con sus hermanas es buena con ellas puede compartir en ocasiones su problema de ansiedad, porque que no le gusta hablarles de sus problemas. No le parece justo preocuparlas, aunque se den cuenta cuando se pone mal. La relación con su hermano mayor es lejana debido a la muerte de su padre, ella refiere que su hermano se lavó las manos cuando se tuvo que decidir sobre la salud de su padre, al aplicarle la morfina. Refiere que su hermano adoptó una postura muy cómoda y ella tuvo que decidir.

Antecedentes familiares

MJP señala que cuando falleció su abuela materna, su madre se desmayó todos corrían a darle aire y agua de azahares. “Yo iba al cuarto y lloraba abrazando los vestidos de mi mamá, tenía miedo que le pase algo a ella. Siempre he tenido miedo de eso”. “Mi madre es hasta ahora muy preocupada, por mis hermanos, por estar bien con la gente, no le gusta pelearse con nadie, creo que ha sido sumisa”. “Ella es muy pendiente de la crítica de los demás, siempre me preguntaba que me había dicho la gente cuando salía a pasear o lucía algo nuevo”. MJP recuerda que cuando sus hermanos llegaban tarde a casa, la madre manifestaba una constante preocupación, se ponía muy nerviosa pensando que alguna cosa mala podía haberles sucedido”. Esto sucede hasta la actualidad lo que lleva a que su presión arterial se eleve. “Siempre he escuchado a mi mamá que no puede dormir por las preocupaciones, se imagina lo peor cuando ve con problemas a alguno de nosotros por eso yo no le cuento mis cosas, aunque sé que sabe algo de lo que me pasa, pero no me dice nada”.

Tabla 3

Análisis Funcional

Estimulo	Conducta	Estimulo reforzador
Estimulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
Reuniones de trabajo	Emocional: -Cólera, miedo. Cognitivas: Piensa: “seguro van a	-Alivio al retirarse de la reunión. -Alivio al tomar la pastilla.

criticarme” “seguro hay alguna falla y lo van a decir delante de todos” “todos me miran, como me verán” se me nota en la cara lo que siento” “quiero que acabe esto, siempre lo mismo porque los demás se ven tranquilos, seguro están viendo como me pongo”.

Fisiológicas:

-Dolor de estómago, manos sudorosas y frías. Falta de aire, taquicardia, cabeza pesada.

Motoras:

-Se retira de las reuniones.

- Se va al baño

-Se encierra en la oficina

-Llamar un taxi para huir del lugar. Lloro.

Ceremonias de la universidad

Emocional:

-Cólera, miedo, nervios, intranquilidad.

Alivio al retirarse de la reunión.

Cognitivas: Alivio al tomar la

Piensa: "Piensa voy a pastilla

estar rodeada de todos

mirándome" "me va a

dar una crisis delante de

todos".

Fisiológicas:

-Dolor de estómago

- Insomnio

- No come nada antes

de la ceremonia.

Motoras:

-Se retira de la reunión

- Se va al baño y no

regresa.

Visitar centros
comerciales

Emocionales: Alivio al tomar el taxi

-Frustración, tristeza para regresar a su

Cognitivas: casa

Piensa: "me siento como

un robot, compro, pago y

salgo" "siento que me

persiguen con la mirada"

"siento que me falta el

aire y todos se dan

cuenta" "en el taxi me

siento segura" "gente

mira mi cara de

asustada o me miran
 como una persona rara y
 tienen razón, no es
 agradable para nadie ver
 a otros haciendo
 escenas” “Es horrible
 sentirse así, porque
 tengo que pasar por
 esto”

Motoras:

-Se retira rápidamente
 de los centros
 comerciales.

- Evitar salir a reuniones
 de amigos y familiares***

Viajar en bus

Emocionales: • Alivio al evitar viajar

frustración, tristeza.

Cognitivas: “si me pasa
 algo seguro todos se van
 a sorprender o reír de
 verme. “necesito tener a
 alguien a mi lado para
 sentirme segura” “si me
 coge un ataque de
 ansiedad les arruino el
 viaje y les daría de que
 hablar”

Fisiológicas:

Agitación del corazón,
sensación de ahogo.

Motora: tomar pastillas,
alejarse de las
amistades

Tabla 4

Análisis Cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Reuniones de trabajo	Piensa: “seguro van a criticarme” “seguro hay alguna falla y lo van a decir delante de todos” “todos me miran, como me verán” se me nota en la cara lo que siento”	Emoción: Cólera, miedo Conducta: -Se retira de las reuniones. - Se va al baño -Se encierra en la oficina -Llamar un taxi para huir del lugar. Lloro.
Ceremonias de la universidad	Piensa: “Piensa voy a estar rodeada de todos mirándome” “ me va a dar	Emoción: -Cólera, miedo, nervios, intranquilidad.

	una crisis delante de todos”. Conducta: Se retira de la reunión	
		- Se va al baño y no regresa
Visitar centros comerciales	Piensa: “me siento como un robot, compro , pago y salgo” “siento que me persiguen con la mirada” “siento que me falta el aire y todos se dan cuenta” “ en el taxi me siento segura” “gente mira mi cara de asustada o me miran como una persona rara y tienen razón, no es agradable para nadie ver a otros haciendo escenas” “Es horrible sentirse así , porque tengo que pasar por esto”.	Emoción: Frustración, tristeza Conducta: Se retira rápidamente de los centros comerciales. - Evitar salir a reuniones de amigos y familiares
Viajar en bus	Piensa: “si me pasa algo seguro todos se van a sorprender o reír de verme.	Emoción: frustración, tristeza, miedo

“necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura”
 “si me coge un ataque de ansiedad les arruino el viaje y les daría de que hablar”

Conducta: tomar pastillas, alejarse de las amistades

Tabla 5*Diagnóstico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Conductas de evitación: -Evita salir a reuniones con sus amistades - Evita viajar en bus: conductas de escape: -Se retira de las reuniones de trabajo -Se retira de las ceremonias de la universidad. _ Llama al taxi para huir del lugar	-Exponerse a lugares públicos (centros comerciales) -Reuniones familiares -Interactuar con otras personas	-No viaja en bus -No acepta paseos con sus amigos

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

Requena (2019) realizó un estudio en un varón adulto de 38 años de edad con fobia social que se desempeñaba como obrero en una fábrica quien acudía a consulta psicológica por presentar problemas de interacción social. Realizó un abordaje cognitivo conductual diseñado bajo el modelo experimental de caso único ABA. El objetivo de esta investigación era que el paciente enfrentara situaciones sociales y exposición al público, reduciendo respuestas de escape, miedo y evitación. En el mencionado estudio se aplicaron técnicas e instrumentos psicológicos respectivamente como la historia psicológica y test psicológicos como registro de opiniones de Albert Ellis, pensamientos automáticos y ansiedad de Zung. Luego de 5 meses de tratamiento el paciente alcanzó mejoría notable, llegando a desenvolverse de manera adecuada en el área social y personal. Las técnicas cognitivas conductuales que utilizó en el tratamiento fueron Psi coeducación y reestructuración cognitiva para trabajar pensamientos automáticos, aplicación de la TREC, Relajación progresiva de Jacobson, Desensibilización y Moldeamiento por aproximaciones sucesivas. Los resultados demostraron que la intervención Cognitiva Conductual fue de gran eficacia ya que logró obtener en más del 80% de mejoría en el paciente con fobia social.

Huertas (2018) en su estudio de caso clínico “Intervención Cognitivo Conductual en un caso clínico de Fobia social”, realizó la intervención a un adolescente de 17 años con problemas para interactuar con otras personas. La evaluación psicológica dio como resultado un nivel de ansiedad severo, nivel leve de depresión y rasgos de personalidad evitativa, pasiva-agresiva. Mediante un programa de intervención terapéutica bajo el modelo Cognitivo Conductual, logró que el paciente pudiera enfrentar de manera saludable situaciones ansiógenas que le originaban

manifestaciones fisiológicas ante estímulos específicos. El adolescente mediante la práctica de la relajación abdominal y muscular progresiva; así como, las auto instrucciones que guiaban su comportamiento, el uso de tarjetas de afronte y el realizar debates lógicos de pensamientos distorsionados, logró una disminución considerable de los síntomas.

Laya (2018) en su investigación presenta el caso de una menor de 10 años que presentaba síntomas de ansiedad, dificultad en las relaciones sociales, y baja autoestima. La menor estuvo expuesta por su profesora a los maltratos y ridiculización en frente de sus compañeros, provocándole un temor a realizar sus exposiciones, a hablar en público y a aislarse. La menor estaba tímida y ansiosa. Aplicó los test psicológicos como Escala de Inteligencia de Deschalar WISC R, Inventario De Personalidad Eysenck “Forma A”, Cuestionario de Autoestima, Escolar Coopersmith, Test Conociendo Mis Emociones, Cuestionario De Creencias Irracionales IBT, Cuestionario de ansiedad para niños IDARE STAI. Luego de la evaluación psicológica concluye que la paciente presentaba fobia social. Aplicó un programa de intervención cognitiva conductual que constaba de 19 sesiones que incluyeron técnicas cognitivas conductuales respectivamente como psicoeducación, técnicas de relajación y estilos de comunicación asertiva. Al término del programa de intervención la menor ya era capaz de tolerar y afrontar las situaciones sociales adecuadamente. Después de dos sesiones de seguimiento se comprobó que los logros se mantenían, comprobándose el éxito de la terapia.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Acevedo (2017) realizó una investigación en una población colombiana para adaptar e implementar una terapia cognitivo conductual basada en el programa desarrollado por Heimberg et al., 1990, (citados por Echeburúa, 1996 Fresco y Heimberg, 2001; Heimberg, Liebowitz, Hope

y Schneier, 2000 Overholser, 2002), para el tratamiento de la fobia social. Trabajó con una muestra de nueve personas de estudios universitarios, quienes presentaban temor a hablar en público y evitación a situaciones sociales.

El programa cognitivo conductual consistió en la aplicación de diez sesiones en las que aplicó técnicas como la psicoterapia, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades y exposición. Los resultados mostraron una importante disminución del temor a hablar en público, la ansiedad social y las conductas de evitación en situaciones sociales, demostrando que las técnicas cognitivas conductuales tienen mejores resultados por ello son las más utilizadas.

Antona, Delgado, García y Estrada (2012), mencionados por Requena (2019), adaptaron y aplicaron un tratamiento para la fobia social en una población de 27 estudiantes mexicanos que presentaban fobia social. En la investigación utilizaron la entrevista clínica ADIS-IV y escalas que comúnmente se aplican en la evaluación de la ansiedad y fobia social. Los resultados indicaban que los estudiantes que recibieron el tratamiento cognitivo conductual, redujeron significativamente la fobia social. Este grupo al ser expuesto a una tarea de discurso, se sintió con mayor seguridad y un grado menor de inadaptación que el grupo control. El estudio concluye que el tratamiento adaptado y aplicado por primera vez a una muestra de jóvenes adultos mexicanos muestra eficaces resultados, lográndose mantener durante dos años de seguimiento.

Amadeo y Quintana (2010), exponen un caso de un paciente de 48 años de edad, quien manifestaba tener ansiedad ante la gente. Refería que desde pequeño los niños se burlaban de él y que debido al miedo que le daba la gente, había rechazado trabajos para evitar relacionarse. El paciente mostraba síntomas de ansiedad (sudoración, temblor, rubor, disnea) ante la exposición a situaciones de interacción social, por lo que temía mostrar los síntomas ante las demás personas.

Esto le llevó desarrollar conductas de escape y evitación limitando y perjudicando su área social y laboral. Utilizaron técnicas e instrumentos de evaluación como la entrevista clínica, auto informes; la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969), la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols.,1979). Los resultados indicaron que el paciente presentaba fobia social según criterios del DSM IV. La investigación tenía como objetivo reducir significativamente los síntomas de la ansiedad social. Para la intervención, aplicaron un programa Cognitivo Conductual utilizando técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición gradual y entrenamiento en habilidades sociales. Después de tres meses de tratamiento el paciente logra manejar los pensamientos anticipatorios y reducir las conductas de evitación y escape, lo que indicaba la eficacia. Los resultados comprobaron la eficacia del Programa Cognitiva Conductual para tratar la fobia social.

1.2.3 Basamento teórico

Variable independiente

Terapia cognitivo conductual

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) definió a la Terapia Cognitiva como “un procedimiento activo, directivo y estructurado que trata con la variedad de alteraciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad, etc. Está basada en el supuesto teórico de que los afectos y el comportamiento están establecidos por la manera en que la persona estructura su mundo, siendo la finalidad del modelo el cambio en las cogniciones, emociones y conductas de la persona que le han sido poco adaptativas; brindándole, además, nuevas estrategias y herramientas para ello. (Beck et al. 2010 citado por Huertas 2018, pag.48- 49).

Técnicas Terapéuticas utilizadas en el Tratamiento Cognitivo Conductual

Estas técnicas brindan herramientas con las que se adquieren nuevas experiencias que permitan modificar distorsiones cognitivas y supuestos personales. El objetivo de las técnicas cognitivas es explorar, detectar pensamientos automáticos y comprobar su validez. De la misma manera, las técnicas conductuales llevan como objetivo el brindar experiencias vividas como también concretas en relación con las conjeturas cognitivas del paciente. Con este se busca que surjan nuevas habilidades (Huertas, 2018).

Las técnicas más utilizadas en un tratamiento cognitivo conductual y que han brindado mejores resultados en la intervención de paciente con fobia social son: a) las técnicas de reestructuración cognitiva b) las técnicas de exposición, c), y d) la combinación exposición y reestructuración cognitiva, así como también es importante la utilización de la relajación, respiración, y la psi coeducación, donde se exponga el fundamento teórico y los principales hallazgos y resultados positivos de la terapia cognitivo – conductual. (Curtis, Kimball, y Stroup, 2004; Méndez, Sánchez y Moreno, 2001; Olivares y García, 2001; Fresco y Heimberg, 2001; Ahmed y Westra, 2009, citados por Huertas , 2018).

a) ***Técnica de reestructuración cognitiva:*** Tiene como finalidad el modificar distorsiones y sustituirlas por otras que resulten más adaptativas y realistas para el paciente, pero antes, se educa al paciente en cuanto a la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta; para luego, identificar los pensamientos automáticos que aparecen antes determinada situación; posteriormente, se explorara las reglas, suposiciones y valoraciones que se encuentran asociadas a los esquemas centrales del paciente en cuanto a si mismo, el mundo y los demás (Huertas, 2018)

b) **Técnica de exposición:** es un componente central de la reducción efectiva del miedo; se practica en forma de ensayos de conducta en el ámbito del grupo terapéutico, y en tareas para la casa cuidadosamente graduadas. La exposición sistemática del paciente a las situaciones evitadas en un ambiente seguro y sin que tengan lugar consecuencias negativas imaginadas, contribuye a eliminar el temor a dichos estímulos y anima al paciente a afrontar las situaciones en el ambiente natural.

c) **Desensibilización sistemática:** menciona que esta técnica fue desarrollada por el terapeuta conductual Joseph Wolpe en 1958, para el tratamiento de fobias simples, para descondicionar emociones de ira y pena, las fobias sociales y disfunciones sexuales. Consta de cuatro fases como la relajación, la elaboración de una lista con todos los temores, jerarquización de escenas ansiógenas e imaginación de las escenas ansiógenas.

Gavino (2006) señala que la D.S. es un procedimiento dirigido a tratamiento de problemas de ansiedad, especialmente fóbicos. Este procedimiento va dirigido a la disminución primero y luego a la eliminación, de la ansiedad fisiológica condicionada, sin abordar directamente el componente conductual, en este caso la evitación. (Magallanes, 2010)

d) **El entrenamiento en habilidades sociales:** son un grupo de técnicas que intenta enseñar a los individuos conductas interpersonales adecuadas con el fin de mejorar la competencia interpersonal de los individuos en actividades específicas de situaciones sociales. Su aplicación en los programas de tratamiento de la fobia social se basa en la idea de que las personas con fobia social carecen de las habilidades sociales adecuadas, tanto verbales como no verbales. Se supone que las respuestas de ansiedad son secundarias a la presencia de estos déficits y, por lo tanto, se espera que una mejora de las habilidades sociales produzca una reducción de la ansiedad. (Acevedo, 2014)

Fobia Social

La ansiedad según el Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo se refiere a: "...un estado emocional transitorio como una causa subyacente de determinadas conductas, un instinto o impulso, una respuesta situacional, un rasgo de personalidad, un síntoma de entidades clínicas variables o un trastorno psiquiátrico definido". (Alarcón, 2008, p.202).

Es necesario distinguir dos conceptos diferentes que usualmente se toman erróneamente, como sinónimos. Estamos haciendo referencia a los términos miedo y ansiedad. El miedo es una respuesta primitiva y adaptativa del organismo frente a la percepción de peligro y consiste en una serie de cambios a distintos niveles que tienen por objeto proteger al individuo de la amenaza detectada. Debe destacarse que lo crucial para que se desencadene la respuesta de temor no es la presencia de un peligro real, sino la percepción subjetiva del mismo. Esta respuesta es inmediata y automática, y se encuentra mediada por un procesamiento automático de la información. Por ejemplo, si alguien va cruzando la calle y oye una fuerte bocina reaccionará inmediatamente con temor y se apresurará a terminar de cruzar.

Si se detuviera en medio de la calle para evaluar o reflexionar sobre a quién iría destinada la bocina o la distancia real del vehículo, perdería tiempo valioso que podría costarle la vida. Unos instantes más tarde tendrá lugar una reevaluación de la situación y sus diferentes aspectos, llevándose a cabo mediante procesos elaborados. La ansiedad, entonces, es una respuesta subjetiva más estable frente a la activación del miedo. Implica un complejo patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se ponen en marcha cuando algunos hechos son interpretados como amenazantes para nuestros intereses vitales. (Clark y Beck, 2010).

Por lo tanto, más allá de que el miedo sea la emoción subyacente en todos los trastornos de ansiedad, es el fenómeno de la ansiedad persistente el que les confiere su naturaleza

patológica. Así, cabe resaltar que no toda reacción de ansiedad es patológica per se, sino aquellas que interfieren con los objetivos vitales del paciente. (Rodríguez, 2011)

La fobia social (también conocida como trastorno de ansiedad social) consiste en un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público; siendo su característica principal el temor a ser evaluado negativamente por los demás en dichas situaciones. Este trastorno se caracteriza, entre otras cosas, porque los individuos no sufren malestar cuando realizan actividades en privado, solamente se manifiesta un deterioro en la conducta cuando están siendo observados (Barlow y Durand, 2001). El malestar aparece cuando el sujeto tiene que hacer alguna actividad (hablar, comer, escribir, etc.) y es consciente que otras personas le observan y percibe que su conducta es susceptible de ser evaluada; por lo que la característica principal de este trastorno es el temor al escrutinio por parte de los demás (Heimberg et al., 1987; Taylor y Arnou, 1988; como se cita en Caballo, Iurrtia, López-Gollonet y Olivares, 2005) puede llegar a ser muy discapacitante y severo; ya que presenta una gran comorbilidad, está asociado con un deterioro en la calidad de vida, con una baja tasa de apoyo social, y con dificultades académicas, laborales y sociales. (Bravo y Padrós 2014).

Modelos Explicativos de la Fobia Social

Bravo y Padrós (2014) mencionan tres modelos explicativos de la Fobia social:

1. *El modelo de Barlow* : sostiene que los seres humanos por razones de evolución biológica somos sensibles a la crítica y a la desaprobación social. Sin embargo, no todas las personas desarrollan una fobia social, ya que para que ésta se manifieste es necesario que el individuo sea biológica y psicológicamente vulnerable a la aprehensión ansiosa (expectativa

aprensiva ante el futuro). Se proponen tres caminos posibles para la adquisición de la fobia social.

En primer lugar, se podría heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad y/o una tendencia a ser socialmente inhibido. En segundo lugar, un individuo al estar bajo tensión podría experimentar un ataque de pánico inesperado (una falsa alarma) en una situación social, y entonces estar ansioso por la posibilidad de volver a tener ataques de pánico adicionales en la misma situación social o en otras similares. Y, en tercer lugar, la persona podría experimentar un trauma social real que daría lugar a una alarma verdadera, originando una ansiedad condicionada a las mismas situaciones –o similares–. De esta manera se instaura una alarma aprendida (haya sido falsa o verdadera), la cual se impregnará de la aprehensión ansiosa, sobre todo en lo que concierne a las situaciones sociales.

El término de “falsas alarmas” se refiere a aquellas que producen ansiedad en ausencia de un objeto o situación que supongan un peligro real; en tanto que las alarmas verdaderas se manifiestan cuando se experimenta una amenaza real y objetiva. También se propone que la fobia social específica, se formaría más frecuentemente por medio de una alarma verdadera; en cambio la fobia social generalizada podría darse sin la presencia de esta alarma real, es decir, se conformaría con falsas alarmas asociadas a situaciones sociales. (Bravo y Padrós 2014).

Además, se señala que debido a la aprehensión ansiosa (expectativa aprensiva ante el futuro), se disminuyen recursos atencionales, incidiendo negativamente en la ejecución del sujeto. Por lo que este modelo, al igual que otros de corte más cognitivo, señala el efecto de la atención auto focalizada que reduce significativamente la atención (en la tarea) requerida para realizar una ejecución exitosa. Finalmente, el modelo también subraya la importancia de los pensamientos negativos e irracionales que surgen frente a situaciones sociales, como los referidos a qué van a pensar los demás (p. ej. “van a

pensar que soy tonto”) o a cómo el propio sujeto va a actuar (p. ej. “voy a ser incapaz de decir una palabra”, “me va a temblar la voz”), los cuales hacen incrementar el nivel de ansiedad, llegando a ser disfuncional, de modo tal que el elevado nivel de arousal repercute negativamente el rendimiento cognitivo y por ello también en la ejecución conductual del fóbico social. (Bravo y Padrós, 2014)

2. El modelo de Clark y Wells: La explicación del modelo está dividida en dos partes, en la primera se describe lo que ocurre cuando una persona con este trastorno entra en una situación social temida y en la segunda lo que pasa antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella:

Procesamiento en la situación social sobre la base de experiencias tempranas, las personas con fobia social desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social, los cuales pueden ser divididos en tres categorías:

- a) Normas excesivamente altas de actuación social: “debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”, “siempre debería de tener algo interesante que decir”, “no debo de mostrar nunca algún signo de ansiedad”.
- b) Creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación: “sí me equivoco pensarán que soy un estúpido”, “sí no platico mucho, van a pensar que soy un aburrido”, “sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar”.
- c) Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: “no soy suficientemente hábil”, “soy un idiota”, “soy alguien aburrido”. Estos supuestos anuncian a los individuos para que consideren las situaciones sociales como peligrosas, para que predigan que van a fallar al intentar lograr el nivel de actuación social que desean, y para que interpreten algunas señales sociales inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa de

los demás. Por tanto, cuando una situación social es considerada de esta forma, los fóbicos sociales se ven sumergidos en la ansiedad. (Bravo y Padrós, 2014)

3. El modelo de Rapee y Heimberg:

En este modelo (Rappe y Heimberg, 1997), como se cita en Botella, Baños, Perpiña y García-Palacios, 2003) se asume que existe una relación entre timidez, fobia social y trastorno de personalidad por evitación, y se les considera como parte de un mismo continuo; por lo que el modelo podría utilizarse para cada uno de ellos. A su vez, también se aplicaría a todos los subtipos de fobia social. Al respecto, los autores consideran dos: generalizado y no generalizado. Las personas con este trastorno creen que los demás son muy críticos y que es probable que los valoren negativamente; también le dan mucha importancia al hecho de que los valoren positivamente. Por tanto, entran en acción una serie de procesos, que se pueden dar tanto durante la situación social, como antes y después de la misma –anticipación y recuerdo de la situación.

El término audiencia, en este contexto, se refiere tanto a un grupo de personas que están observando, como a cualquier otra persona o grupo. (Rappe y Heimberg, 1997). Cuando un fóbico social se encuentra en una situación social, se forma una representación mental de su apariencia externa y de su conducta de acuerdo a cómo cree que lo está viendo la audiencia y al mismo tiempo sus recursos atencionales se dirigen tanto a esa representación interna como a cualquier posible amenaza social. Esta representación mental de sí mismo, se realiza a partir de la memoria a largo plazo (p. ej. experiencias anteriores), señales internas (p. ej. síntomas fisiológicos) y señales externas (p. ej. respuestas de la audiencia).

El individuo además de dirigir sus recursos atencionales hacia las amenazas externas y a la representación de su apariencia externa y conducta, también simultáneamente realiza una predicción acerca del estándar de actuación o norma que espera va a utilizar la audiencia para evaluarlo. Por lo que la persona compara la representación mental de sí mismo (que cree tiene la audiencia de ella) con el nivel de actuación que piensa va a utilizar la audiencia, para así predecir la percepción que la audiencia tendrá de su ejecución. Es decir, se realiza una estimación acerca de si la propia actuación será aprobada por los estándares que supuestamente tiene la audiencia.

Entonces si el fóbico social considera que su actuación social está por debajo del estándar que la audiencia tiene, es probable que espere una evaluación negativa por parte de los demás. Esta evaluación negativa predicha desencadena respuestas de ansiedad, tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales; las cuales influyen en la siguiente representación mental del individuo acerca de cómo cree que la audiencia lo está viendo, creando de esta manera un círculo vicioso. (Bravo y Padrós, 2014).

Modelo de Condicionamiento

Según, el Condicionamiento Clásico, la persona con fobia social asocia un evento que le causó una respuesta determinada y la generaliza a situaciones que se parezcan a la principal, manteniendo la idea de que volverá a experimentar la misma reacción fisiológica, emocional y conductual. Siguiendo esta línea, una propuesta que incluye un modelo de *Condicionamiento Clásico y Operante* es Echeburúa (1996) coincidiendo a su vez, con el Modelo Bifactorial de Mowrer, señala que están presentes dos etapas en este proceso: La primera etapa, el sujeto presenta respuestas fisiológicas (rubor, sudor, taquicardia, etc.), pues al encontrarse en circunstancias sociales se anticipa a las consecuencias negativas que podrían surgir de

experimentarlas y la presencia de este comportamiento inadecuado sería resultado de las experiencias negativas anteriores (Situaciones estresantes: Burla, crítica, humillación, etc.) lo que le llevaría a un fracaso en lo social.

En la segunda fase, el sujeto fóbico social evitaría la situación social en respuesta a haberse anticipado de las consecuencias negativas que esta le produciría y a la activación de sus síntomas fisiológicos; por lo tanto, podemos ver que ocurriría un condicionamiento mediante el reforzamiento negativo de la evitación social; dicho de otro modo, a más evite las situaciones sociales, mayor ansiedad y miedo experimentará ante estas situaciones; por el contrario, una exposición del sujeto y la disminución de conductas de “seguridad” bajo un trabajo en las cogniciones hace posible el reducir de manera significativa la ansiedad y creencia que alimenta el miedo.

Por otra parte, tenemos otro tipo de condicionamiento: El Aprendizaje Social o Vicario, siendo otro proceso de adquisición de la fobia social; puesto que, determina que el sujeto al observar a otras personas experimentar ansiedad en determinadas situaciones sociales puede también conducir al sujeto observado, a que llegue a temer dichas situaciones. (Zubeidat, 2005, mencionado por Huertas 2018).

Así también, García (2000) sostiene que autores como Mulkens y Bögels en 1999, determinan que hay una tendencia en mayor medida de sujetos con fobia social que recuerdan haber tenido una experiencia de aprendizaje observacional (55%) comparados con el grupo control (32%); en contraste, Öst y Hugdahl en 1981, encontraron en sus investigaciones que el aprendizaje por condicionamiento vicario parece tener lugar en solo el 12% de sujetos con fobia social mediante este condicionamiento; sin embargo, no se han hallado diferencias significativas entre los estudios. (Huertas, 2018)

Modelo de la Personalidad

Entre los autores acerca del estudio de la personalidad, tenemos entre los principales Eysenck y Eysenck, 1985 citado por Schmidt et al. 2010 quienes determinan que en la personalidad del ser humano hay dos rasgos: Introverso y extroverso, que funcionan como causales en el sistema nervioso central desempeñando que los procesos de la actividad cortical tengan una relación genética y se lleguen a diferenciar individualmente según procesos con predominio excitatorio o inhibitorio.

Por lo tanto, en grupo actúan en las vías nerviosas que regulan los impulsos finalmente la conducta; puesto que, cuando hay un *predominio excitatorio*, se manifestará a través de una disminución de la excitabilidad y aumento de la inhibición (En introvertidos); por el contrario, si hay un predominio inhibitorio, se manifestará mediante una excitabilidad aumentada y una disminución de la inhibición (En Extrovertidos).

Así también, dentro de su estudio estos autores realizan algunas diferencias entre las personas con temperamento más introvertido y más extroverso. Describe que el *Introvertido*, se caracteriza por ser más tranquilo, introspectivo, reservado (excepto con amigos íntimos), suele tomar las situaciones de la vida con más seriedad, suelen ser pesimistas y tienden a tener control de sus sentimientos; por lo tanto, estas personas, poseen mayor sensibilidad a niveles bajos de activación, lo que los hace más intolerantes a niveles de estimulación altos; es así que autoras como Amelang y Bartussek (1991) sugieren que necesitarían bajos niveles de estimulación externa.

A diferencia, del Extroverso, que presenta rasgos ser más sociable, propenso a la diversión y la risa, suele tener muchos amigos y no se sentirán a gusto estando solos; así también, suelen ser despreocupados, espontáneos, optimistas y por lo general, suelen tener a

comportarse de manera impulsiva y dominante. En este punto, Amelang & Bartussek, 1991 determina que necesitarían niveles altos de estimulación externa. (Huertas, 2018).

Por otra parte, Buss, 1980 citado por Stein y Hollander (2010) señala que un rasgo de personalidad es la timidez que hace su aparición en las primeras etapas del sujeto; así también, denota un componente genético que determina si la timidez tiene un inicio muy pronto (llamado Medrosa) o un inicio en la adolescencia (llamado autoconsciente).

Es así que esta intimidad ocasiona incomodidad en situaciones sociales, que llevan a la persona a preocuparse, a una actividad autonómica y a conductas de evitación en estas situaciones. Sin embargo, sostiene que, si bien personas con fobia social se consideran tímidas, existe un número considerable de personas tímidas que no cumplen con los criterios de fobia social (Stein y Hollander, 2010, citado por Huertas 2018)

Modelo Cognitivo

Teoría Cognitiva de Aaron Beck

El modelo de Beck se basa en que las causas y mantenimiento de la fobia social puede ser explicada y determinados por los sesgos cognitivos, las creencias disfuncionales y pensamientos distorsionados. Del mismo modo, señala que lo que hace vulnerable a las personas son los estilos de pensamientos con los que se conducen; puesto que, mediante ellos, van a tener una tendencia a percibir e interpretar situaciones como amenazantes, pues su concentración más que en la tarea, se encuentra de manera excesiva en los riesgos percibidos y, además, seleccionan el recuerdo selectivamente de la información que reconocer como amenazante. (Clark y Beck, 2012).

Criterios diagnósticos para la Fobia Social

La categoría diagnóstica de fobia social es relativamente reciente. Los síntomas parecidos a la fobia social se subsumían bajo la rúbrica de trastornos fóbicos y no fue hasta la llegada del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que se le otorgó una categoría diagnóstica propia. Los pacientes con fobia social, en su mayoría, presentan uno o más trastornos asociados, en cuyo caso, el pronóstico es más sombrío. Los diagnósticos del eje I que más frecuentemente acompañan a la fobia social son la depresión mayor, el trastorno de angustia, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria. (Anadeo y Quintana, 2010).

El DSM-V aplica los siguientes criterios:

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

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Reducir los niveles de ansiedad que experimenta la paciente con fobia social.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Conceptualizar y operacionalizar el problema que presenta la paciente.
- 2) Entrenar a la paciente en técnicas de relajación con el fin de reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad.
- 3) Identificar y reestructurar creencias irracionales que favorecen la aparición de la ansiedad social y la conducta de evitación y escape.
- 4) Exponer gradualmente a la paciente en situaciones temidas, la cual incluye centrar la atención en la interacción social.

1.4 Justificación

La fobia social es un trastorno que se caracteriza por un miedo persistente a situaciones sociales y que, de manera inmediata, al hacerlo, surge una respuesta de ansiedad. La persona evita exponerse al público porque teme ser juzgada. La fobia social es una condición crónica limitante en donde se observa un miedo irracional a ser juzgado y a manifestar en público los

síntomas propios de la ansiedad. Las personas que padecen de este trastorno tienden a ir abandonando sus actividades de la vida diaria incluso llegan a ausentarse del trabajo hasta perderlo o abandonarlo. El temor a situaciones sociales afecta en mayor o menor medida a una proporción elevada de la población general, no obstante, lo que caracteriza a quienes están afectados por el trastorno mencionado, es que presentan un grado tan elevado de temor que la ansiedad se hace cada vez más intensa, paralizando la vida del individuo afectado. Cada vez están más extendidos los problemas de fobia social que afectan a la calidad de vida de las personas y a la capacidad de relacionarse con los demás provocando baja autoestima, depresión y el deterioro del estado de ánimo. En el trastorno de fobia social, la persona piensa que va a ser observada y evaluada negativamente por los demás con consecuencias perjudiciales para su persona. Esto está relacionado con un aumento de la vigilancia y la atención selectiva hacia señales amenazantes. El miedo se retroalimenta, provocando en los pacientes un profundo desánimo consciente, que se manifiesta incluso antes del evento social.

La Fobia Social es el tercer trastorno psicológico con mayor incidencia en las sociedades occidentales, debido que según estudios llevados a cabo en lo que respecta a este tema, se estima que hay un porcentaje de individuos afectados que comprende entre un 7% y un 13% de la población perteneciente a la sociedad occidental. En consecuencia, el trastorno por fobia social, además de ser considerado un problema de salud mental sustancial, constituye un problema económico para los sistemas de salud pública, que incurren en costes económicos con el objetivo de paliar este asunto. Sin ir muy lejos, aquí en la ciudad de Piura, el Centro de Reposo San Juan de Dios desde enero a la fecha ha atendido 1833 casos de personas que presentan trastornos de ansiedad, de estos casos 408 son de fobia social. Por tanto, esta terapia cognitivo conductual debe ser analizada y estudiada para comprobar sus efectos y mejorar el bienestar de los pacientes

con fobia social generalizada a todos los niveles, especialmente el psicosocial, así como reducir la prevalencia de la fobia social e incrementar la calidad de vida de los pacientes con este problema. Por todo lo mencionado anteriormente se justifica la realización del presente caso clínico en la que la intervención cognitiva conductual permite contar con estrategias que nos permitan afrontar y mejorar esta condición en las personas que lo padecen. En la actualidad es una de las terapias con mayor efectividad y de primera elección.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

En el presente estudio de caso clínico se busca obtener beneficios tanto a nivel individual, esperando que el evaluado logre a nivel personal un mejor desenvolvimiento social, controlar los síntomas de ansiedad que limitan sus actividades de la vida diaria y desarrollarse adecuadamente en el ámbito laboral. En la sociedad la presente investigación beneficiará a muchos profesionales que abordan día a día a personas que presentan fobia social y que bajo este modelo de terapia cognitiva conductual obtendrá mejores resultados en el tratamiento de sus pacientes.

II. Metodología

2.1 Tipo de investigación

El presente trabajo corresponde a una investigación experimental, se aplica la Investigación experimental Aplicada, con diseño de caso único A- B-A. El presente estudio se encuentra dentro de los estudios experimentales en los que un solo individuo es el propio control. La variante utilizada responde al diseño sin retirada AB, por ser un tipo de diseño en el que no se puede retirar el tratamiento (Montero y León, 2007).

2.2 Informe psicológico de cada uno de los instrumentos aplicados

1. *Informe psicológico test de Raven*

Datos de filiación

Nombre y apellidos	: MJP
Edad	: 34 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 15.07.1984
Lugar de nacimiento	: Piura
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Ingeniera de sistemas
Fecha de evaluación	: 7 de junio 2018

Motivo de evaluación

Obtener el coeficiente intelectual de la paciente MJP

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación
- Entrevista Psicológica.
- Test de matrices progresivas de Raven

Análisis de resultados

La paciente llega a consulta seria, señala que para ella no es fácil asumir como algo normal ir a un psicólogo, pero entiende que lo necesita. Después de 30 minutos se le observa más tranquila y se inicia la prueba explicándole como debe desarrollarla. MJP antes de iniciar señala, “espero que mis resultados no me den sorpresas”. En el desarrollo de la prueba me indica que había recordado que cuando estaba en la universidad la ponía nerviosa el hecho de que los profesores se pusieran al lado de ella. “En este momento pensé que iba a pasar, pero con usted no me siento así”, refiere la paciente.

Conclusión

MJP obtuvo un puntaje de 60, presentó un percentil de 99 lo que la ubica en Rango I con Diagnóstico de capacidad Superior.

Recomendación

Reconozca y valore sus capacidades

2. Informe del Registro de Opiniones

Informe psicológico

Registro de Opiniones de Ellis

Datos de filiación

Nombre y apellidos : MJP
Edad : 34 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 15.07.1984
Lugar de nacimiento : Piura
Estado Civil : Soltera
Grado de Instrucción : Superior
Ocupación : Ingeniera de sistemas
Fecha de evaluación : 7 de junio 2018

Motivo de evaluación

Identificación de creencias irracionales

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación
- Entrevista Psicológica.
- Registro de Opiniones Forma A

Análisis de los resultados

La examinada presenta los siguientes esquemas de pensamiento:

- Primera creencia irracional: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativos para cada uno”, cuando piensa “Todos me miran, como me verán, se me nota en la cara lo que siento, voy a estar rodeada de todos mirándome, me va a dar una

crisis delante de todos” “la gente mira mi cara de asustada o me miran como una persona rara y tienen razón, no es agradable para nadie ver a otros haciendo escenas”.

- Segunda creencia irracional: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, cuando piensa “Seguro van a criticarme, seguro hay alguna falla y lo van a decir delante de todos”.
- Cuarta creencia irracional: “Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”, cuando piensa “Es horrible sentirse así, porque tengo que pasar esto, no debería ser así”.
- Sexta creencia irracional: “Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”, cuando piensa: “Si me pasa algo seguro se van a sorprender o reír de verme. Necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura” “si me coge un ataque de ansiedad les arruino el viaje y les daría de que hablar”.

Las creencias irracionales identificadas influyen de manera muy importante en la vida del paciente, interfiriendo en su vida social, laboral y familiar. Estas creencias van dirigidas hacia su comportamiento hacia los demás y la evaluación de éstos hacia ella y sus conductas. La creencia de que debe ser competente, inteligente y eficaz y la comparación que hace de sí mismo con los demás no le permite desarrollarse con normalidad. Lo mismo sucede cuando piensa que es terrible o catastrófico que las cosas no se den como ella quisiera y que no debería estar en la situación en que se encuentra. La creencia de sentirse en peligro y terriblemente inquieto la lleva a necesitar de alguien a su lado para sentirse segura por lo que MJP se siente limitada.

Conclusión

Se identificaron en la paciente MJP, creencias irracionales que están afectando de manera importante el buen desenvolvimiento de sus actividades diarias, en diferentes áreas de su vida como personal, familiar, laboral y social.

Recomendación

Se recomienda intervención cognitiva conductual para corregir las creencias irracionales.

3. *Informe psicológico de la Escala de Ansiedad de Zung*

Datos de filiación

Nombre y apellidos	: MJP
Edad	: 34 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 15.07.1984
Lugar de nacimiento	: Piura-
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Ing. sistemas
Fecha de Informe	: 13 de junio 2018

Motivo de evaluación

Perfil psicológico

Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista Psicológica.
- Escala de Ansiedad de Zung

Análisis de los resultados

Los resultados de la prueba tomada a MJP indican un puntaje total de 71, índice EAA de ubicándola en un nivel de ansiedad intensa.

Conclusión

La paciente presenta una ansiedad intensa. Presenta síntomas somáticos como dolores de barriga, dolores de cabeza y musculares en la zona del cuello. Así como reactivación fisiológica como son taquicardia, manos sudorosas y frías, falta de aire. La ansiedad intensa que presenta la paciente aparece cuando se expone ante situaciones sociales en los cuales surgen pensamientos anticipatorios de preocupación a la crítica y el rechazo de los demás.

Recomendación

Se recomienda entrenar a la paciente en técnicas de relajación para controlar la reactivación fisiológica.

4. Informe psicológico del Cuestionario Estado-Rasgo STAI

Datos de filiación

Nombre y apellidos : MJP
Edad : 34 años
Sexo : femenino
Fecha de nacimiento : 15.07.1984

Lugar de nacimiento : Piura-
Estado Civil : Soltera
Grado de Instrucción : Superior
Ocupación : Ing. Sistemas
Fecha de Informe : 13 de junio 2018

Motivo de Evaluación

Perfil psicológico

Técnicas e instrumentos aplicados

La entrevista Psicológica.

Cuestionario de estado- rasgo STAI

Resultados

Los resultados indican una Ansiedad Estado Moderada y una Ansiedad Rasgo Moderada.

Conclusiones

MJP es una paciente que presenta un nivel de ansiedad elevado, como lo indican los resultados encontramos una ansiedad estado moderada y una ansiedad rasgo moderada. MJP presenta una propensión ansiosa, constantemente presenta inseguridad y preocupación respecto a su futuro y en relación a lo está pasando, existiendo una comparación con las demás personas que la lleva a no aceptar y rechazar la situación emocional que está atravesando.

Recomendación

Aplicar técnicas de relajación durante el proceso de tratamiento.

5. Informe psicológico del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Datos de filiación

Nombre y apellidos : MJP
Edad : 34 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 17.07.1984
Lugar de nacimiento : Piura-
Estado Civil : Soltera
Grado de Instrucción : Superior
Ocupación : Ing. Sistemas
Fecha de Informe : 23 junio 2018

Motivo de Evaluación

Perfil psicológico

Técnicas de Evaluación

- La entrevista Psicológica.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Análisis de los resultados

MPJ presenta los siguientes resultados:

Análisis cuantitativo:

Patrones Clínicos de Personalidad: encontramos un puntaje total de 68 indicadores sugestivos de una personalidad evocativa y depresiva.

Síndromes clínicos: encontramos indicadores elevados de ansiedad con un puntaje total de 88

Análisis cualitativo:

Los resultados indican que la paciente tiene características de personalidad evitativa y depresiva. Tiende a evitar situaciones que le generan malestar y que no puede controlar, necesita de los demás para sentirse segura en situaciones que considera un peligro. Es muy sensible a la crítica, está en constante preocupación de lo que puedan decir los demás hacia su conducta, generando pensamientos anticipatorios que le llevan a desencadenar una elevada ansiedad. La paciente somatiza su malestar emocional por lo que constantemente presenta dolores de cabeza, de cuello y dolores de estómago. MJP ante esta situación tiende a deprimirse, se considera una persona que siempre ha sido correcta y que no debería estar pasando por esta situación, no se permite errores por lo tiende a entrar en conflicto con ella misma y con los demás.

Recomendación

Se recomienda que MJP inicie un tratamiento especializado para el manejo de la ansiedad, mediante técnicas cognitivas- conductuales

6. Informe psicológico Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck Forma

Datos de filiación

Nombre y apellidos	: MJP
Edad	: 34 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 15.07.1984

Lugar de nacimiento : Piura-
Estado Civil : Soltera
Grado de Instrucción : Superior
Ocupación : Ing. Sistemas
Fecha de Informe : 23 junio 2018

Motivo de Evaluación

Perfil psicológico

Técnicas de Evaluación

- La entrevista Psicológica.
- Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck Forma B para adultos

Análisis de los resultados

MPJ presenta los siguientes resultados:

Resultados cuantitativos

L= 3

N=18

E=7

Resultados cualitativos

MJP, según los resultados obtenidos presenta una elevada puntuación en los rasgos de una personalidad inestable e introvertida. Tiende a padecer trastornos de ansiedad como trastornos del ánimo. MJP tiene características de una persona emotiva, baja en autoestima, tensa y con sentimientos de culpa.

Recomendación

Se recomienda que MJP inicie un tratamiento especializado para el manejo de la ansiedad, y de habilidades sociales mediante técnicas cognitivas- conductuales.

2.3 Informe psicológico integrado

Datos de Filiación

Nombre y apellidos:	MJP
Edad:	34 años
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	15.07.1984
Lugar de nacimiento:	Piura-
Estado Civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Superior
Ocupación:	Ingeniera de sistemas
Fecha de Informe:	30 de junio 2018

Técnicas e Instrumentos Aplicados

Técnicas utilizadas

- La Observación
- La entrevista Psicológica

Instrumentos aplicados

- Test de Raven
- Registro de opiniones de Albert Ellis

- Escala de Ansiedad de Zung
- Cuestionario de estado – rasgo STAI
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck B
- Inventario Multiaxial de Millon

Observaciones generales de la conducta

Paciente de género femenino de tez blanca, cabello largo y de color negro, de contextura delgada y estatura baja. Aparenta su edad cronológica, vestimenta formal de acuerdo a su edad y estación del año. Adecuada higiene personal. Sus expresiones denotan seriedad y preocupación. Sostiene una postura rígida, se le observa intranquila, señalando que se siente nerviosa y no sabe cómo empezar a contar lo que le sucede y si “esto” le ayudará. Sus expresiones son cortantes y no hace contacto visual. Señala estar enojada con ella misma por tener que acudir a un psicólogo. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. De hablar fluido y coherente. Tono de voz baja y entrecortada. Finalmente, atenta y colaboradora.

Análisis de los Resultados

Los resultados de los instrumentos aplicados señalan que la paciente presenta una capacidad intelectual superior. Sin embargo, MJP presenta características de una personalidad reservada y pesimista que conserva creencias irracionales que influyen sobre su conducta. Presenta pensamientos anticipatorios que la llevan evitar y escapar de situaciones que la exponen frente a la gente y a la crítica de éstas, generándole un estado de ánimo depresivo y ansioso que la lleva a aislarse. Esto se puede corroborar con el test de Ansiedad de Zung cuyo

resultado refleja una ansiedad intensa. Las creencias irracionales que presenta MJP son las siguientes:

Primera creencia irracional: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativos para cada uno”, cuando piensa “Todos me miran, como me verán, se me nota en la cara lo que siento, voy a estar rodeada de todos mirándome, me va a dar una crisis delante de todos” “la gente mira mi cara de asustada o me miran como una persona rara y tienen razón, no es agradable para nadie ver a otros haciendo escenas”.

- Segunda creencia irracional: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, cuando piensa “Seguro van a criticarme, seguro hay alguna falla y lo van a decir delante de todos”.

- Cuarta creencia irracional: “Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”, cuando piensa “Es horrible sentirse así, porque tengo que pasar esto, no debería ser así”.

-Sexta creencia irracional: “Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”, cuando piensa: “Si me pasa algo seguro se van a sorprender o reír de verme. Necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura” “si me coge un ataque de ansiedad les arruino el viaje y les daría de que hablar”. Estas creencias irracionales identificadas influyen de manera muy importante en la vida del paciente, interfiriendo en su vida social, laboral y familiar.

Los resultados indican que la paciente es evitativa, depresiva y dependiente. Tiende a evitar situaciones que le generan malestar y que no puede controlar, necesita de los demás para sentirse segura en situaciones que considera un peligro. Es muy sensible a la crítica, está en constante preocupación de lo que puedan decir los demás hacia su conducta, generando

pensamientos anticipatorios que le llevan a desencadenar una elevada ansiedad. La paciente somatiza su malestar emocional por lo que constantemente presenta dolores de cabeza, de cuello y dolores de estómago. MJP ante esta situación tiende a deprimirse, se considera una persona que siempre ha sido correcta y que no debería estar pasando por esta situación, no se permite errores por lo tiende a entrar en conflicto con ella misma y con los demás. MJP, según los resultados obtenidos presenta una elevada puntuación en los rasgos de una personalidad inestable e introvertida.

Conclusiones

- En el área de inteligencia la paciente presenta una inteligencia de Capacidad Superior
- En el área de personalidad: la evaluada presenta rasgos de una personalidad introvertida e inestable, con tendencia a un temperamento de tipo melancólico. Así mismo presenta patrones clínicos de una personalidad evitativa y dependiente con síndrome clínico de trastorno de ansiedad.
- En el área de afectividad: presenta nivel leve de depresión
- En el área emocional: presenta un nivel de ansiedad intensa. Ansiedad estado moderada y una ansiedad rasgo moderada.
- Existe la presencia de creencias irracionales que influyen sobre sus conductas afectando, de manera importante, sus actividades diarias. Estas creencias irracionales que presenta la paciente influyen de manera importante en el estado afectivo y emocional de MJP.

Recomendación

Se recomienda que MJP un Tratamiento Cognitiva Conductual para la Fobia Social

Programa de intervención

Objetivos

- a) Conceptualizar el problema que presenta la paciente.
- b) Entrenar a la paciente en técnicas de relajación con el fin de reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad.
- c) Identificar y reestructurar y creencias irracionales que favorecen la aparición de la ansiedad social y la evitación.
- d) Exponer gradualmente al paciente en situaciones temidas, la cual incluye centrar la atención en la interacción social.
- e) Adquirir las habilidades sociales que puedan ser deficitarias en ciertas situaciones.

2.4 Programa de intervención cognitiva conductual

(Entrevista y evaluación)

Sesión 1

Objetivo: Recoger información relevante para la elaboración de la historia clínica psicológica.

Técnica: Entrevista psicológica.

Actividades en sesión: Se realiza el contrato psicológico, los datos de filiación y el motivo de consulta.

Sesión 2

Objetivo: Recoger información relevante para la elaboración de la historia clínica psicológica.

Técnica: Entrevista psicológica.

Actividades en sesión: Se elabora la historia clínica y aplicación del Test de Raven y Registro de Opiniones de Ellis

Sesión 3

Objetivo: Elaborar la historia clínica psicológica.

Técnica: Entrevista psicológica.

Actividades en sesión: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Zung y el cuestionario E-R STAI

Sesión 4

Objetivo: Elaborar la historia clínica psicológica.

Técnica: Entrevista psicológica:

Actividades en sesión: Aplicación del cuestionario de Personalidad de Eysenck forma B e.
Inventario Multiaxial -Millon

Sesión 5

Objetivo: Elaborar el informe psicológico.

Técnica: Procesamiento de datos

Actividades en sesión: Se devuelve a la paciente la información referida al informe psicológico.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVA – CONDUCTUAL

Sesión 1

Objetivos: Fortalecer la alianza terapéutica. Explicar a la paciente el origen de su problema, las causas y los factores que mantienen la ansiedad social. Brindar información respecto a los objetivos de la terapia.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo

Actividades en sesión:

- Se le explica a la paciente sobre el trastorno de ansiedad y sobre la fobia social. Así como la diferencia entre ansiedad, como respuesta normal del organismo, y trastorno de ansiedad. Causas y factores que la mantienen. Ejemplos prácticos.

- Se le informa a la paciente en que consiste el tratamiento.

Actividades para la casa:

Se le encarga una lectura de 04 hojas referente a la fisiología y psicología del miedo y la ansiedad.

Sesión N°2**Objetivo:**

- Retroalimentar el concepto de ansiedad
- Entrenar al paciente técnicas de relajación

Técnicas:

- Técnica de relajación
- Retroalimentación

Actividades de la sesión:

- Se revisa la actividad encargada
- Se retroalimenta en la paciente el concepto de ansiedad y se proyecta un video de la ansiedad
- Se le entrena a la paciente en respiración diafragmática 4-4-6 (sentada y luego de pie) durante 15 minutos y se registra los resultados.

Actividades para casa:

Se acuerda con el paciente practicar la respiración diafragmática por 15 minutos, mínimo 3 veces al día, registrando como se sintió después de aplicar la técnica.

Sesión 3**Objetivo:**

- Retroalimentar a la paciente en la técnica de respiración diafragmática
- Entrenar a la paciente en el uso de las unidades subjetivas de ansiedad (SUD).

Técnicas:

-Retroalimentación

-Técnica de relajación muscular de Jacobson relajación muscular de Jacobson.

Actividades en sesión:

- Se revisa la tarea encargada en la sesión anterior y los hechos acontecidos en la semana.
- Se entrena a la paciente en el reconocimiento de las Unidades Subjetivas de Disturbio (SUDs) y puntuación de los mismos.
- Se entrena al paciente en relajación muscular de Jacobson (hombros, brazos, cuello, espalda, piernas).

Actividades para casa:

Se le encarga a la paciente poner en práctica, durante la semana el uso de las SUDs y se encarga practicar la respiración muscular de Jacobson 15 minutos 3 veces al día.

Sesión N°4**Objetivos:**

- Psicoeducar a la paciente en Terapia Cognitiva Conductual
- Entrenar a la paciente en el uso de registros de pensamientos (evaluaciones negativas) ABC

Técnicas:

-Psicoeducación

- Retroalimentación

- Diálogo expositivo

Actividades en la sesión:

- Se revisa a la paciente las actividades encargadas y sucesos de la semana.
- Se inicia la explicación a la paciente del modelo Cognitivo Conductual.
- Se le explica a la paciente la relación existente entre el pensamiento (evaluaciones negativas y su estado emocional.
- Se repasa a la paciente en el registro de pensamientos (evaluaciones negativas). Registro ABC.

Actividades para casa:

- Se le indica registrar evaluaciones negativas ocurridas durante la semana
- Se le indica practicar la técnica de respiración abdominal
- Se le indica practicar la técnica de relajación muscular de Jacobson

Sesión N° 5**Objetivos:**

Identificar creencias irracionales que causan malestar emocional en la paciente.

Técnicas:

- Reestructuración cognitiva
- Retroalimentación

Actividades en sesión:

- Se revisa las actividades encargadas a la paciente y los sucesos de la semana.
- Se explica a la paciente la relación entre el pensamiento (evaluaciones negativas) y el estado emocional.
- Se entrena a la paciente en el uso del registro ABC

Actividades para casa:

- Se le indica a la paciente registrar pensamientos irracionales durante la semana aplicando el registro ABC
- Se le indica a la paciente practicar la técnica de relajación muscular de Jacobson

Sesión 6**Objetivos:**

- Retroalimentar la práctica de la técnica reestructuración cognitiva de las creencias irracionales de la paciente.
- Retroalimentar a la paciente con la práctica de la respiración abdominal

Técnicas:

- Retroalimentación
- Reestructuración cognitiva.

Actividades de la sesión:

- Se entrena a la paciente en el debate de sus creencias irracionales, incorporando otras creencias adaptativas.
- Se le entrena en el uso del registro ABCDE para debate de pensamientos irracionales
- Se retroalimenta en la técnica de relajación de Jacobson.

Actividades para la casa:

Se le indica a la paciente trabajar el registro ABCDE y practicar la técnica de relajación de respiración abdominal y la técnica de relajación muscular de Jacobson.

Sesión 7**Objetivos:**

Retroalimentar la reestructuración cognitiva en debate de pensamiento.

Técnicas:

- Retroalimentación
- Reestructuración cognitiva.

Actividades de la sesión:

- Revisión de tareas encargadas
- Trabajar ABCDE, debate de pensamientos irracionales en casa.

Actividades para la casa: Se le indica a la paciente continuar trabajando el registro ABCDE

Sesión 8

Objetivo: Entrenar a la paciente en auto instrucciones con pensamientos más adaptativos.

Técnicas:

- Técnica de Auto instrucciones

Desarrollo de actividades:

- Se revisa a la paciente las actividades encargadas y los sucesos de la semana.
- Se le explica a la paciente el significado e importancia de las autoinstrucciones
- Se trabaja las auto instrucciones en las situaciones temidas.
- Se retroalimenta en práctica de respiración diafragmática.

Actividades para la casa: Se le indica a la paciente trabajar las auto instrucciones para cada situación temida.

Sesión 9

Objetivos: Entrenar a la paciente en la técnica de exposición en imaginación y Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática.

Actividades en sesión:

- Se revisó las actividades para la casa y sucesos de la semana.
- Se entrena a la paciente dentro del consultorio la exposición en imaginación de manera gradual y segura.
- Retroalimentación en respiración diafragmática.

Actividades para la casa:

- Se le indica a la paciente practicar en casa la exposición en imaginación.
- Se le indica respiración diafragmática.

Sesión 10

Objetivos:

- Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas.
- Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática.
- Entrenar a la paciente en Habilidades Sociales.

Técnicas:

- Exposición en imaginación.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales

Actividades en sesión:

- Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana.
- Se continúa trabajando la exposición en imaginación.
- Se entrena a la paciente en la habilidad social: Autoestima, Asertividad y Empatía

Actividades para la casa:

- Practicar la exposición en imaginación.
- Practicar las habilidades aprendidas

Sesión 11

Objetivos:

- Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas.
- Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática.
- Entrenar a la paciente en Habilidades Sociales: Autoestima, Iniciar y mantener conversaciones

Técnicas:

- Exposición en imaginación.

-Entrenamiento en Habilidades Sociales

Actividades en sesión:

- Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana.
- Se continúa trabajando la exposición en imaginación.
- Se entrena a la paciente en la habilidad social: Autoestima e Iniciar y mantener conversaciones

Actividades para la casa:

- Practicar la exposición en imaginación.

Sesión 12

Objetivos:

- Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas.
- Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática.
- Entrenar a la paciente en Habilidades Sociales.: Autoestima y resolución de conflictos

Técnicas:

- Exposición en imaginación.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales

Actividades en sesión:

- Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana.
- Se continúa trabajando la exposición en imaginación.
- Se entrena a la paciente en la habilidad social: Autoestima y resolución de conflictos

Actividades para la casa:

- Practicar la exposición en imaginación.

Sesión 13

Objetivos:

- Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas.
- Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática.

Técnicas:

- Exposición en imaginación.

Actividades en sesión:

- Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana.
- Se continúa trabajando la exposición en imaginación.

Actividades para la casa:

- Practicar la exposición en imaginación.

Sesión 14

Objetivos: Exponer en vivo a la paciente y con las técnicas aprendidas logre controlar su ansiedad.

Técnica:

Exposición en vivo

Actividades en sesión:

- Se lleva a la práctica a la paciente a exponerse al público, se le invita a una primera terapia de grupo con personas diagnosticadas con trastornos de Ansiedad. Se le indica poner en práctica lo aprendido hasta el momento.

Sesión 15

Objetivos:

- Exposición en vivo a la paciente y con las técnicas aprendidas logre controlar su ansiedad.

Actividades en sesión:

-Se acompaña a la paciente a visitar un centro comercial y se hace un recorrido por los pasadizos, entrando a las tiendas de menor afluencia de público. Se le indica que observe los aparadores de ropa y ponga en práctica lo entrenado en consulta.

Actividades para la casa:

La paciente debe visitar un centro comercial y poner en práctica lo aprendido.

Sesión 16

Objetivos:

-Exposición en vivo a la paciente y con las técnicas aprendidas logre controlar su ansiedad.

Técnica:

-Exposición en vivo

Actividades en sesión:

-Se realiza la segunda participación de la paciente en terapia de grupo

Sesión 17

Objetivos:

-Exponer en vivo a la paciente

Técnicas:

Exposición en vivo

Actividades de la sesión:

Realiza segunda visita al Centro comercial Open Plaza y se le invita a entrar en lugares de más afluencia de público y formar fila delante de la caja registradora. Aplicar la respiración diafragmática.

Actividades para la casa:

-Practicar en casa lo aprendido en sesión

Sesión 18

Objetivos:

-Detectar situaciones de riesgo de recaídas

- Retroalimentar las estrategias ya aprendidas

Técnica:

-Retroalimentación

Exposición en vivo

Actividades en sesión:

- Se revisa a la paciente las tareas encargadas y sucesos de la semana

- Se realiza la tercera visita a la terapia de grupo.

- Se retroalimenta las tareas ya aprendidas

Sesión 19**Objetivos:**

-Evaluar el nivel de ansiedad después de la intervención cognitiva conductual

-Prevención de recaídas

Técnica

Evaluación Pos test

Actividades en sesión:

-Se le aplicó a la paciente Test de ansiedad de Zung

-Se trabaja con la paciente prevención de recaídas, haciendo una comparación de un antes y después de los sucesos que le generaban ansiedad y de la importancia y eficacia de las estrategias aprendidas en el tratamiento cognitivo conductual. Se programa la próxima sesión en veinte días.

SESIONES DE SEGUIMIENTO**Sesión 20****Objetivos:**

-Recoger información relacionada al mantenimiento de la mejoría alcanzada por la paciente.

Técnicas:

-Técnica de escucha activa

-Técnica de Diálogo expositivo

Actividades en la sesión:

Se indaga sobre la aparición de situaciones que le hayan originado ansiedad elevada y la aplicación de las estrategias aprendidas.

Sesión 21**Objetivos:**

-Recoger información relacionada al mantenimiento de la mejoría alcanzada por la paciente

Actividades en la sesión:

Recoger información respecto a su desenvolvimiento en el tiempo transcurrido y se programa su próxima consulta en un mes.

III. Resultados

Representación en figuras de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento.

3.1 Repertorio de entrada

FASE A: Entrevista

En la fase de la entrevista con MJP, busqué establecer un buen rapport, iniciando un clima de confianza para lograr una buena comunicación con la paciente. A medida que la entrevista se desarrollaba, surgía angustia en MJP, por lo que en las dos primeras sesiones dejé que se expresara en la mayoría del tiempo sin interrumpir, a excepción de las situaciones que lo ameritaba. El observar sus conductas y expresiones verbales y no verbales, así como como la entrevista dirigida a obtener datos relevantes, me permitió informarme sobre los problemas que atravesaba MJP y como hasta la actualidad los había afrontado.

Aquí un extracto de los problemas que atravesaba y como los manifestaba.

Cuando se presentaba a las reuniones de trabajo empezaba a experimentar pensamientos anticipatorios como: “seguro que van criticarme, seguro hay alguna falla y lo van a decir delante de todos” “todos me miran, como me verán, se me nota en la cara lo que siento”. Ante los pensamientos anticipatorios MJP, empezaba a experimentar miedo, sus manos se tornaban frías y sudorosas. Empezaba a tener espasmos estomacales, surgiendo la necesidad de ir al baño, pensando durante la reunión: “quiero que acabe esto, siempre lo mismo porque los demás le ven tranquilos, seguro están viendo como me pongo”. En esos instantes su corazón empezaba acelerarse y sentía que le faltaba el aire. Ante esta situación MJP se levantaba y salía de la reunión de manera apresurada y se dirigía al baño, tomaba su pastilla zatrix que le indicó el psiquiatra, se lavaba la cara e iba a su oficina echaba llave y llamaba al taxi que la llevaría a su casa, una vez en el taxi se calmaba.

Como se puede observar la paciente había desarrollado conductas de escape y también de evitación, Es importante señalar que las conductas de evitación y las conductas de escape previenen o reducen la ansiedad a corto plazo, de modo que la persona cree que evita o minimiza la ocurrencia de consecuencias aversivas (crítica, rechazo, humillación, perder el control, manifestar ansiedad delante de otros). Sin embargo, dichas conductas también mantienen las expectativas negativas, ya que la persona atribuye la no ocurrencia de las consecuencias temidas a la evitación. (Badós, A. 2009)

En el caso de la paciente MJP, encontré que los estímulos discriminativos presentes como las reuniones de trabajo, ceremonias de la universidad, visita a centros comerciales y viajes en bus, le desencadenaban ansiedad, manifestando las siguientes respuestas:

- A nivel cognitivo, manifestaba pensamientos anticipatorios como “seguro van a criticarme” “seguro hay alguna falla y lo van a decir delante de todos” “todos me miran, como me verán” “se me nota en la cara lo que siento”, “voy a estar rodeada de todos mirándome” “me va a dar una crisis delante de todos”, entre otros.
- A nivel emocional, manifestaba cólera, miedo, tristeza, frustración e intranquilidad.
- A nivel fisiológico, manifestaba dolor de estómago, diarreas, sudoración, dolores de cabeza, taquicardia, falta de aire e insomnio.

La paciente ante la ocurrencia de consecuencias aversivas, manifestaba a nivel conductual, conductas de escape (retirarse de las reuniones, encerrarse en su oficina, llamar un taxi y retirarse de su trabajo) y conductas de evitación (quedarse en casa, evitar subir a un bus, evitar reunirse con sus amigos). El retirarse y evitar los escenarios que consideraba de riesgo minimizaban la ansiedad, pero a corto plazo. Este alivio a corto plazo reforzaba negativamente a MJP, lo que

derivaba en el mantenimiento de las conductas de evitación y escape, aumentando la ansiedad. Con la paciente iniciamos el registro de las conductas problema durante una semana, lo que nos permitió conocer la frecuencia de las mismas y elaborar nuestra línea base.

FASE B: Evaluación

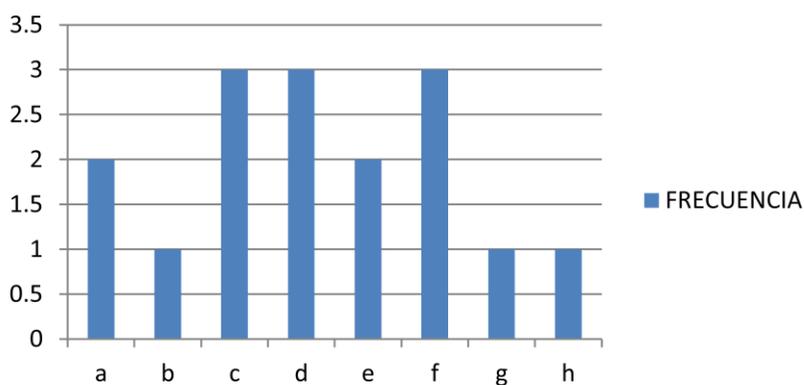
En la fase de evaluación se hace uso de la entrevista y la aplicación de instrumentos de evaluación como Test de Ravena, registro de opiniones de Albert Ellis, que nos permitió identificar las creencias irracionales. La Escala de Ansiedad de Zung para identificar el nivel de ansiedad en MJP, cuestionario de Personalidad de Eysenck B para identificar características de personalidad e Inventario Multiaxial de Millon para identificar patología de personalidad. Los resultados encontrados después de cada evaluación los podemos observar en el capítulo II, ítem 2.2, correspondientes a los informes de cada uno de los instrumentos de evaluación aplicados.

Tabla 6*Registro de línea base semana 1: frecuencia de conductas*

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Se retira de las reuniones		I			I			2
b) Se retira de las ceremonias	I							1
c) Se encierra en la oficina		I		I	I			3
d) Llamar un taxi para escapar de la universidad		I		I	I			3
e) Se retira de la tienda		I				I		2
f) Llamar a su hermana	I			I	I			3
g) Evitar ir al camposanto							I	1
h). Evitar viajar en bus						I		1

Figura 1

Frecuencia de conductas



3.2 FASE 3: Intervención

Inicié el proceso psicoterapéutico, fortaleciendo la alianza terapéutica profesional-psicólogo. Expliqué a la paciente el origen de su problema, las causas y los factores que mantienen la ansiedad social. Expliqué a la paciente en qué consistía el modelo cognitivo-conductual y los objetivos del programa de intervención. Se desarrollan 18 sesiones de psicoterapia, una sesión para evaluación posttest y dos últimas sesiones de seguimiento a 20 días y a un mes respectivamente.

Como se puede observar en la línea de tratamiento (Tabla7) encontramos las conductas problemas a trabajar por el paciente. Para MJP la conducta de retirarse de las reuniones de trabajo o situaciones que se relacionaran con ello, estuvieron presentes hasta la semana 9 de tratamiento, tiempo en el cual la paciente ya había recibido entrenamiento en técnicas de relajación diafragmática y relajación progresiva de Jacobson, en la medición de las SUDs identificación de pensamientos irracionales

inicialmente mediante el uso del autorregistro ABC como a continuación se detalla:

Autor registros ABC: En la cuarta sesión apliqué la psicoducción a la paciente en Terapia Cognitiva Conductual y expliqué el uso del autorregistro ABC. Indiqué a la paciente que anotara las situaciones problemáticas que se presentaran y en las que se sintiera ansiosa, así como las sensaciones físicas, los pensamientos que tuviera y sus conductas. Posteriormente en las siguientes sesiones se analizaban los autorregistros, lo que me permitía conocer con más detalle lo que sucedía. MJP anotó varias situaciones que le originaban ansiedad como las reuniones de trabajo, ceremonias en su centro laboral, salidas a supermercados o centros comerciales, entre otras situaciones detalladas en los autorregistros. También MJP registró la intensidad de su malestar físico, los pensamientos negativos y las emociones desagradables en diferentes situaciones, (ver anexos).

3.3 Evaluación del test y post test

Situación A	Pensamiento B	Emoción / conducta C
“Unas amigas me hablaron para ir a un viaje de paseo”	“si me pasa algo seguro todos se van a sorprender o reír de verme. “necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura” “si me coge un ataque de ansiedad les arruino el viaje y les daría de que hablar”	Con solo pensarlo sentí que el corazón se me aceleró y sentí que me faltaba el aire. Me fui a tomar mi pastilla. No acepté y traté de evitarlas para que no me inviten, esto me hizo sentir frustrada, enojada y triste a la vez. 8/10
“Salimos con mi familia, mi hermana y mi mamá al Open para dar una vuelta. Fue el sábado”	“Desde que salí me preocupé un poco y a preocuparme más cuando llegamos, pensé que me iba a dar algo, el corazón se me agitó, pensé que la gente me iba a ver rara”	“Angustia, sentí que el corazón me palpitaba rápido, las manos me sudaban y me regresé, dejé a mi hermana y a mi mamá”” en el taxi me fui tranquilizando” 9/10
“Llego a la universidad y veo que mis compañeros están reunidos”	“Me pregunto porque están reunidos, no estarán hablando de mí, de cuando me dio la crisis y se están burlando”	“me palpita el corazón, me pongo nerviosa, paso muy seria y me encierro en la oficina”8/10
“Las reuniones de trabajo”	“Otra vez lo mismo, me pongo inquieta, un espasmo en el estómago. Me voy a poner nerviosa y se van a burlar”	“me tomo mi pastilla para tranquilizarme, quiero ir al baño” 9/10
“Escuché que los compañeros querían organizar un viaje para fin de año”	“Pensé que yo era infeliz por no tener esa libertad de divertirme como ellos” “porqué tengo esto”	Sentí tristeza y tuve cólera me sentí frustrada” 07/10

Fecha	Situación A	Pensamiento B	Emoción / conducta C
	Hubo una reunión para coordinar actividades académicas de mi facultad	“Me voy a poner nerviosa y todos se van a dar cuenta, voy a fallar y seguro me criticarán”	Siento miedo, nervios y a la vez cólera, cada momento me ponía peor. 9/10 Pedí permiso para ir al baño y no regresé, luego pedí un taxi que me llevara a mi casa, en el camino me tranquilicé. Pero cuando llegué me encerré en mi cuarto a llorar.
	Me fui al Open Plaza muy temprano para evitar a la gente, necesitaba urgente algunas cosas.	Cuando llegué ya había gente, cuando estaba en la caja me sentía inquieta, sentía que me observaban, que me perseguían con la mirada que me veían mi cara de asustada. “no quiero que me pase algo y la gente se asuste de mi”	Me sentí muy ansiosa, salí apurada, dejé lo que quería comprar y eso me frustró. 9/10
	Nos visitaron unos familiares por parte de mi mamá.	“Pensé que otra vez voy a soportar sus comentarios, solo vienen a criticar, porque no se quedan en sus casas” “vienen con su preguntadera”	Me sentí incómoda, observada, estuve un ratito y luego me fui a mi cuarto y ya no bajé hasta que se fueron. 7/10

Situación A	Pensamiento B	Emoción / conducta C
El lunes nos reunieron para una ceremonia en el patio de la universidad	Pensé: “Otra vez voy a pasar por lo mismo, voy a sentirme ansiosa, voy a estar rodeada de todos mirándome” me va a dar una crisis delante de todos y se me nota en la cara, me van a mirar”	Sentí cólera, miedo, ansiedad, me dolía el estómago, busqué mi pastilla para tomar y me fui al baño, pero no regresé a la ceremonia. Cuando sé que va a ver ceremonias o reunión de trabajo se me quita el sueño, no puedo dormir.
Escuché que el día miércoles va a ver una reunión de trabajo.	“otra vez lo mismo, seguro alguien criticará mi trabajo y empezará a dolerme el estómago y me pondré ansiosa para que todos me estén viendo”	Me empecé a preocupar todo el día y en la noche no pude dormir. Me dio cólera pasar por lo mismo. 9/10
Situación A	Pensamiento B	Emoción / conducta C
“Unas amigas me hablaron para ir a un viaje de paseo”	“si me pasa algo seguro todos se van a sorprender o reír de verme. “necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura” “si me coge un ataque de ansiedad les arruino el viaje y les daría de que hablar”	Con solo pensarlo sentí que el corazón se me aceleró y sentí que me faltaba el aire. Me fui a tomar mi pastilla. No acepté y traté de evitarlas para que no me inviten, esto me hizo sentir frustrada, enojada y triste a la vez. 8/10
“Salimos con mi familia, mi hermana y mi mamá al Open para dar una vuelta. Fue el sábado”	“Desde que salí me preocupé un poco y a preocuparme más cuando llegamos, pensé que me iba a dar algo, el corazón se me agitó, pensé que la gente me iba a ver rara”	“Angustia, sentí que el corazón me palpitaba rápido, las manos me sudaban y me regresé, dejé a mi hermana y a mi mamá” en el taxi me fui tranquilizando” 9/10
“Llego a la universidad y veo que mis compañeros están reunidos”	“Me pregunto porque están reunidos, no estarán hablando de mí, de cuando me dio la crisis y se están burlando”	“me palpita el corazón, me pongo nerviosa, paso muy seria y me encierro en la oficina”8/10
“Las reuniones de trabajo”	“Otra vez lo mismo, me pongo inquieta, un espasmo en el estómago. Me voy a poner nerviosa y se van a burlar”	“me tomo mi pastilla para tranquilizarme, quiero ir al baño” 9/10
“Escuché que los compañeros querían organizar un viaje para fin de año”	“Pensé que yo era infeliz por no tener esa libertad de divertirme como ellos” “porque tengo esto”	Sentí tristeza y tuve cólera me sentí frustrada” 07/10

Posteriormente a partir de la sexta sesión y después de haber analizado el autoregistro ABC, se le explica el proceso de reestructuración cognitiva con respecto al autoregistro ABCDE y el debate de sus creencias irracionales, tal como se detalla.

Acontecimiento A	Interpretación B	Reacción C	Nueva Interpretación D	Nueva Reacción E
“Salir con mi familia a un lugar a pasear o hacer compras”	“Pensar que me va a dar algo, preocuparme, todos van a mirarme voy a quedar en ridículo”	Agitación en el corazón, sudor en mis manos, angustia, me regreso a mi casa”	Porque la gente estaría pendiente de mí, ni me conocen. Tienen sus propias cosas que resolver. No soy un centro de atención.	“Me siento tonta por pensar que la gente está pendiente de mi”
“Ver a mis compañeros de trabajo reunidos”	Preguntarme por qué se reúnen, a lo mejor están hablando de mí de cómo me pongo, ya lo han notado y se ríen”	“Me palpita el corazón, me pongo nerviosa y encerrarme en la oficina”.	“Tengo alguna prueba de que se están burlando de mí” “yo no soy el centro de su atención, hay mucha presión en el trabajo para que estén perdiendo el tiempo hablando de mí”	“Me siento avergonzada por pensar así de los compañeros”

	Acontecimiento	Interpretación	Reacción	Nueva Interpretación	Nueva Reacción
	A	B	C	D	E
	“Reuniones para coordinar actividades académicas en mi facultad”	“Me voy a poner nerviosa y todos se van a dar cuenta, voy a fallar y seguro me criticarán”	“Siento miedo, nervios y cólera. Pedí permiso para ir al baño y no regreso, ya al final de la reunión. Pido un taxi y me voy a mi casa” “En el camino me tranquilizo, me encierro en mi cuarto y lloro”	“Hasta ahora no me han llamado la atención por mi trabajo, hasta hace poco me han renovado mi contrato. Pienso que todos se sienten nerviosos cuando hay reuniones de trabajo. Recuerdo que hasta en varias veces me consultan sus dudas.	“Respiro profundo y tengo esperanza de mejorar”
	“Ir al Open Plaza muy temprano para evitar a la gente. Necesitaba urgente algunas cosas”	“Cuando llegué ya había gente. Me sentía inquieta delante de la cajera, sentía que me observaban que miraban, no quiero que me pase algo y la gente se asuste de mi”	“Me sentía incómoda, intranquila, sentí que me quemaba la cara y las manos me sudaban”	“Que me hace pensar así” “es bueno para mi pensar así”, “tengo pruebas que la gente me está mirando “ “ El supermercado está lleno de cosas que la gente puede mirar en lugar que me vea” “Ellos no van a mirarme tienen tanto que hacer”	“Avergonzada, pero con ganas de mejorar”

	Acontecimiento A	Interpretación B	Reacción C	Nueva Interpretación D	Nueva Reacción E
	“Escuché que los compañeros de trabajo querían organizar un paseo para fin de año”	“Soy una infeliz por no tener esa libertad de divertirme como ellos, porque tengo esto”	“Tristeza y cólera a la vez” “me sentí frustrada”	“¿es verdad que no me he divertido” “¿qué lugares conozco y he viajado con mi familia y amigos” “¿Qué de verdad hay en pensar que soy infeliz?”. ¿Si no viajo en verdad me hace infeliz?” “¿Qué otras cosas me hacen feliz?”	“No me siento tan triste porque recuerdo las cosas bonitas que tengo”
	Reuniones de trabajo	“Otra vez lo mismo, me pongo inquieta, un espasmo en el estómago. Me voy a poner nerviosa y se van a burlar”	“Me tomo mi pastilla para tranquilizarme. Quiero ir al baño”	“si me he puesto nerviosa, pero no he visto que se hayan burlado, ellos seguro también preocupados por sus informes para perder el tiempo mirándome”.	“Si pues, pierdo tiempo pensando mal” “pienso mejor” “un poco de calma”
	Visita de familiares	“Otra vez vienen, solo vienen a criticarme, a estar pendientes de lo que hago”	“Incomodidad, observada, encerrarme en el cuarto hasta que se vayan”	“Vienen a visitar a toda la familia y no a mí sola. Si empiezan a preguntar mis cosas yo tengo la decisión de responder o no responder” ¿Qué es lo peor que puede pasar?, me sentiré incómoda, pero eso pasará no es la primera vez que vienen”	“Ya no les hago caso” “me siento tranquila de saber que no me pueden obligar a decir algo si no quiero”

	Acontecimiento A	Interpretación B	Reacción C	Nueva Interpretación D	Nueva Reacción E
	Reunión de trabajo	“criticarán mi trabajo, me pondré nerviosa, pensar que me observan y quedar en ridículo”	“preocupación, no poder dormir, cólera”	“No es la primera reunión de trabajo que tengo, ya he presentado durante el año informes y hasta ahora me renuevan contrato. “todos están ocupados en sus propias cosas, no soy su centro de atención.” “Si me pongo nerviosa aplico mis técnicas que estoy aprendiendo”	“Me siento capaz en mi carrera, me siento confiada y tranquila, un poco”
	“Viajar de paseo o estudios”	“Seguro si me pasa algo en el viaje se pueden asustar o reír, quedo mal, les arruino el viaje, les doy de que hablar”	“Miedo, palpitaciones al corazón, sudor de manos, falta de aire, presión en el pecho. Las evito para que no me inviten”	“¿Hay alguna prueba que se hayan burlado cuando he tenido un problema?” “¿Las he visto reír cuando me han visto ansiosa?, más bien han hecho de todo para que me sienta bien.” “¿Qué es lo peor que puede pasar?” “Nadie se muere o se desmaya por ansiedad” “Me sentiré incómoda, pero pasará”	“Esperanza que voy a mejorar” “Siento que me tranquilizo, un poco confiada de mejorar”

Luego de haber trabajado con constancia MJP logra a partir de la semana 12 disminuir las conductas de escape y evitación relacionadas con exponerse ante sus compañeros en un ámbito que ya conocía como eran las reuniones de trabajo. En la semana 16 la conducta problema había logrado controlar exponerse a un público conocido y a controlar pensamientos irracionales. Es importante señalar que para estos resultados MJP ya había sido entrenada en auto instrucciones, exposición en imaginación y habilidades sociales correspondientes a las semanas del 9 al 13 respectivamente. La conducta problema de retirarse de las ceremonias de la universidad se redujeron en la semana 8, desapareciendo esta conducta en la semana 9.

Dentro de este periodo de tratamiento (semana 1 a semana 9) MJP logró resultados favorables en relación a la conducta problema de encerrarse en la oficina y evitar exponerse a los demás. Obtuvo una mejoría a partir de la semana 5, hasta lograr que desaparezca esta conducta en la semana 9. La conducta de llamar un taxi para huir del lugar se mantuvo en la semana 3. Ésta conducta de escape fue reduciéndose en la semana 4, 5 y 6. En la semana 7 ya había desaparecido. La conducta de escape cuando se exponía a un público desconocido en las tiendas de los Centros Comerciales, se mantuvo mayor tiempo hasta la semana 12. En la semana 13 va reduciendo la frecuencia de esta conducta. Ya en la semana 16 logra controlar la conducta de escape. Para ello fue necesario entrenar a MJP con la técnica de exposición en vivo y trabajar con ella dos tipos de actividades. La primera invitar a MJP a una primera terapia grupal en la que debería aplicar todo lo aprendido hasta el momento. Posteriormente MJP asistió a dos sesiones más de terapia grupal (semana 14, 16 y 18). La segunda actividad consistía en visitar los centros comerciales acompañada por mi persona visitando tiendas con público de menor a mayor afluencia y con tiempos que iban aumentando con la frecuencia de las visitas. Esto se realizó en la semana 15 y semana 17. Posteriormente ella lo trabajó sola. A partir de la semana 13 fue disminuyendo la conducta problema y en la semana 16 MJP ya había tomado control de la situación. En la semana 19 apliqué a la paciente el Test de ansiedad de Zung y trabajé prevención de recaídas, haciendo una comparación de un antes y después de los sucesos que le generaban ansiedad y de la importancia y eficacia de las estrategias aprendidas en el tratamiento cognitivo conductual y se programa la próxima sesión en veinte días.

En la semana 20 recojo información relacionada al mantenimiento de la mejoría alcanzada por

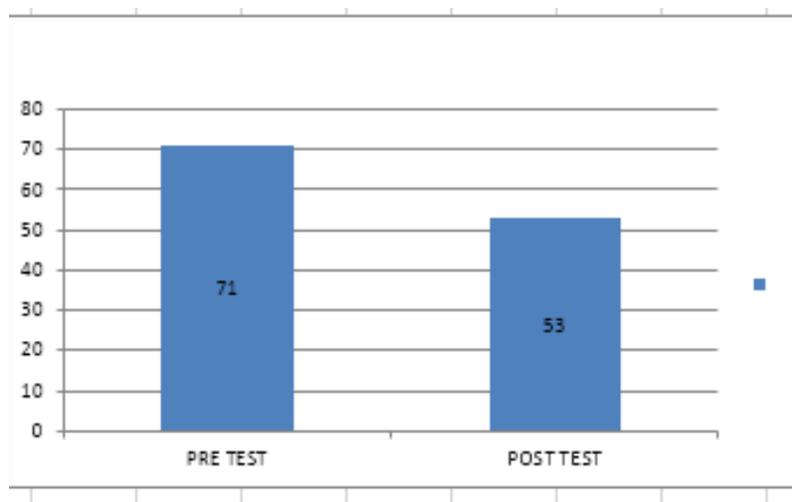
la paciente. Indago sobre la aparición de situaciones que le hayan originado ansiedad elevada y se refuerza las estrategias aprendidas. Se programa una sesión de seguimiento a un mes. En la sesión 21 recojo información respecto a su desenvolvimiento en el tiempo transcurrido y se programa su próxima sesión de seguimiento en un mes.

Tabla 7
Línea de tratamiento

Conductas	sem													
	1	2	3	4	5	7	8	9	12	13	16	18	20	
a) Se retira de las reuniones	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0
b) Se retira de las ceremonias	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
c) Se encierra en la oficina	3	3	3	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
d) Llamar un taxi para huir del lugar.	3	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e) Se retira de las tiendas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0

Figura 2

Evaluación del Pre Test y Post test-Test de Ansiedad de Zung

**Figura 3**

Registro de opiniones Test Estado-Rasgo de STAI

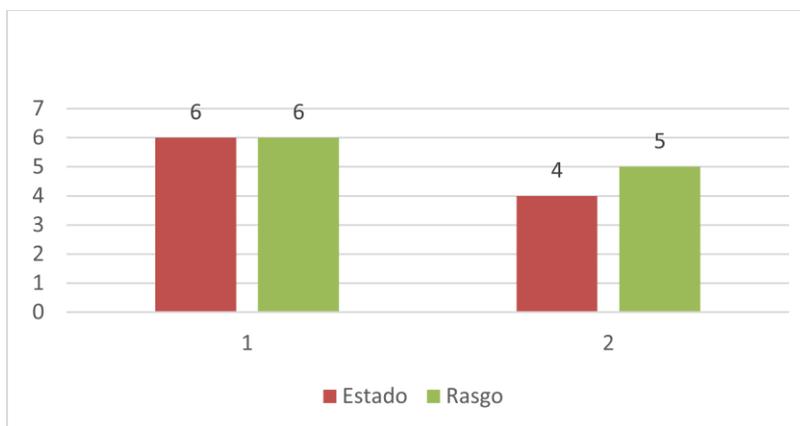
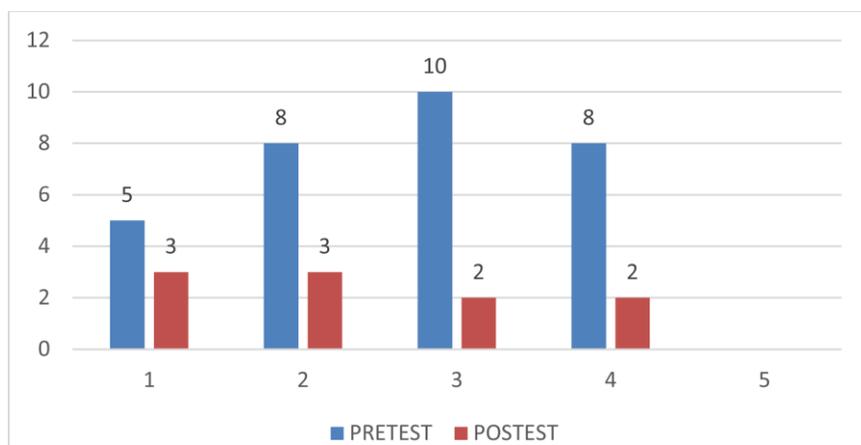


Figura 4.*Pretest y Post test*

IV. Conclusiones

1. La aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual logró de manera importante disminuir en la paciente MJP las conductas de evitación y de escape que presentaba ante la exposición social.
2. Se evidencia que las técnicas cognitivas conductuales como psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades y exposición gradual, entrenadas en la paciente le permitieron ejercer un control adecuado sobre los síntomas de la Fobia Social.
3. La inclusión en el tratamiento de la paciente, sesiones de terapia grupal permitió exponer a la paciente al contacto con otras personas de igual o semejante situación. Las personas que presentan fobia social tienden a pensar que son las únicas con este problema. Sin embargo, cuando se le va exponiendo al contacto con otras personas que pasan la misma situación tienden a sentir mejor, punto importante para debilitar sus creencias irracionales.
4. La Intervención Cognitiva Conductual es eficaz para el tratamiento de las personas que presentan fobia social.

V. Recomendaciones

1. Continuar trabajando en la paciente con las técnicas cognitivas conductuales aprendidas como parte de un estilo de vida saludable, esto se complementará que asista a reuniones sociales y deportivas para poner en práctica sus habilidades sociales aprendidas.
2. Realizar mayores investigaciones sobre el tratamiento cognitivo conductual para personas que presentan fobia social incorporando en el tratamiento la asistencia a terapias de grupo, esto incrementa la eficacia de la intervención cognitiva conductual.
3. Incentivar los estudios de caso de fobia social, en los jóvenes ingresantes de la carrera de psicología o de postgrado, debido a que es un importante aporte para las personas que son diagnosticados con trastornos de ansiedad.

VI. Referencias

- Acevedo, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. [Tesis de maestría]. Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2079/1/Tesis%20Astrid%20Acevedo.pdf>
- Antona, C., Delgado, M., García, L. y Estrada, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48. <ps://www.ijpsy.com/volumen12/num1/315/adaptacin-transcultural-de-un-tratamiento-ES.pdf>.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. España: Masson
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Universidad de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>.
- Bravo, M. y Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.
https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_de_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo_conductual_Explanatory_models_of_social_phobia_An_approach_cognitive-behavioral/download
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos Psicológicos*. Siglo XXI.
- Clark, D. & Wells, A. (1997). A cognitive model of social phobia. *Psychological Reports*, 36(2), 211-221.
[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=rXrekuSy2bsC&oi=fnd&pg=PA69&dq=Clark,+D.+%26+Wells,+A.+\(1997\).+A+cognitive+model+of+social+phobia.&ots=gS7I3jw09p&sig=V5jJNbgoiyITSXQRO0c9sFNpayU#v=onepage&q=Clark%2C%20D.%20%26%20Wells%2C%20A.%20\(1997\).%20A%20cognitive%20model%20of%20social%20phobia.&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=rXrekuSy2bsC&oi=fnd&pg=PA69&dq=Clark,+D.+%26+Wells,+A.+(1997).+A+cognitive+model+of+social+phobia.&ots=gS7I3jw09p&sig=V5jJNbgoiyITSXQRO0c9sFNpayU#v=onepage&q=Clark%2C%20D.%20%26%20Wells%2C%20A.%20(1997).%20A%20cognitive%20model%20of%20social%20phobia.&f=false)
- Ellis, A. (1999). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós.

- García, L.J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social* [Tesis doctoral].
<https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/118/1/GarciaLopez.pdf>
- Huertas, L (2018). *Intervención Cognitiva Conductual en un caso clínico de fobia social*. [Trabajo Académico]. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima. Perú.
- Jordán, A. (2017). *Estudio de caso clínico: Terapia Racional Emotiva en un caso de fobia social*. Universidad San Martín de Porres.
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3048>.
- Moreno, P., Méndez, X. & Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivos-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12 (3), 346-352.
<http://www.psicothema.es/pdf/341.pdf>
- Padrós, F (2016). *Modelos explicativos de fobia social: una aproximación cognitiva conductual*.
https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_de_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo-conductual Explanatory models of social phobia An approach cognitive-behavioral
- Requena, F. (2019). *Intervención Cognitiva Conductual para la fobia social en un varón adulto*. [Trabajo Académico]. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima. Perú.

AUTOREGISTROS

	Situación A	Pensamiento B	Emoción / conducta C
	Escuche el relato maravilloso de un suceso de trabajo	Para mí lo mismo seguro algunos empujaron mi trabajo y enfocaron a darme el estímulo y me pondré ansiosa por que todos me están viendo	Me empujaron a preocupar todo el día y en la noche me podía dormir Hechó colera para por lo mismo 19/10
	Unos amigos me hablan para ir a un viaje al paso	Si me pasa algo seguro todos todos se van a sorprender a ver de verme. Necesito tener alguien a mi lado para	Con solo pensar lo sentí que el corazón se me aceleró y sentí que ya estaba el aire de que a estar en pastilla he aceptado y pronto evitarlo para que no me sintiera ese me
		Siento me reacciona un ataque de ansiedad cuando el viaje y les que hablar	No sentir y voy enojada y triste a la vez - 8/10

(1)

AUTOREGISTROS

	Situación	Pensamiento	Emoción / conducta
1	Salimos con mi familia, mi hermano y mi mamá a la Open para dar una vuelta. Fue el día sábado.	Desde q' sali me preocupé un poco. Ya preocupé por mí más cuando llegamos. Pense q' me iba a dar algo, el corazón se me asió, q' me iban a ver y verme raro.	Angustia, sentí q' el corazón me faltaba fuerte, las manos me sudaban y me regresé, dejé a mi hermana y a mi mamá. Me puse a llorar.
2	Llego a la Universidad y veo q' mis compañeros están nerviosos.	Me pregunté por q' están nerviosos, pero ellos estaban hablando de mí y de cuando me dio la crisis y se están burlando.	Me palpitaba el corazón, me pongo nerviosa, pero luego se va y me enciende mala Oficina. 8/10
3	Reunión de trabajo	Otra vez lo mismo, me pongo inquieto, vi espanto en el estómago. Me voy a tener nerviosa y de ir a burlar.	Me teme mi familia para tranquilizarme. Quiero ir a baño a/10
4	Esperar que los compañeros del trabajo quieran ir a un viaje para fin de año.	Pense q' yo era infeliz por no tener esa libertad de chucutirse con ellos. Porque tengo esto.	Sentí tristeza, tuve colera, me sentí frustrada. 7/10

4

Falta

AUTOREGISTROS

Día	Acontecimiento	Interpretación	Reacción	Nueva Interpretación	Nueva Reacción
	<p>A Salir con mi familia a un lugar a hacer o hacer compras</p>	<p>B Pensar q' me va achar algo, preocuparme de ellos van a Mirarme y a quedar envidiosos</p>	<p>C agitacion en el corazón, sudor en mis manos, angustia, vergüenza a mi casa.</p>	<p>D Porque? la gente estaría pendiente de mi comportamiento, ni me conocen. Tienen sus propias cosas q' resolver. No soy un centro de la atención.</p>	<p>E Me sientoonta por pensar q' la gente está pendiente de mi</p>
	<p>Ver a mis compañeros de trabajo venidos</p>	<p>Preguntarme porque se ven en a lo mejor están hablando de mí como me pongo ya lo han notado y se rien.</p>	<p>Me palpita el corazón Me pongo nervioso, encerrarme en la oficina</p>	<p>Fago alguna prueba de que estoy hablando de mí, yo no soy el centro de su atención hay mucha presencia en el trabajo para el estar pendiente el tiempo hablando de mí.</p>	<p>Me siento avergonzado por pensar así de los compañeros</p>
	<p>Escucho a las Compañeras</p>				

AUTOREGISTROS

Día	Acontecimiento	Interpretación	Reacción	Nueva Interpretación	Nueva Reacción
A	Reuniones para coordinar detritado acapulco en mi facultad ✓	Me voy a poner nerviosa y fastidiosa van a dar cuenta voy a fallar y voy a criticar.	Sierto miedo, nervios y como me llaman cada semana. Me pánico por mi trabajo. Hasta hace poco me venían con contratos. Tengo que irlos a re-siembrar nerviosos cuando voy a trabajar. Recuerda que en varias veces hasta me consoletan sus dudas.	<p>A) Hasta ahora como no me llaman la atención por mi trabajo, hasta hace poco me venían con contratos. Tengo que irlos a re-siembrar nerviosos cuando voy a trabajar. Recuerda que en varias veces hasta me consoletan sus dudas.</p> <p>B) Me siento incomodo, intranquilo, senti que cara me quedaba y me mareaba. Me sudaban.</p>	Respirar y tener esperanza de mejorar.
B	Ir a la playa muy temprano para evitar a la gente. Necesitaba urgentemente algunas cosas ✓	Cuando llegue había gente. Me sentía inquieto en la cara para pagar, necesitaba que me observaran, que miraban, no quería que me pasara algo. Me sentí inseguro.	Me sentía incomodo, intranquilo, senti que cara me quedaba y me mareaba. Me sudaban.	<p>B) Me hace pensar que es bueno para mí pensar así. Tengo muchas cosas que me están pasando. El comportamiento de la gente puede variar en lugar de ir a los lugares donde me quieren tener tanto que hacer.</p>	<p>A) Me hace pensar que es bueno para mí pensar así. Tengo muchas cosas que me están pasando. El comportamiento de la gente puede variar en lugar de ir a los lugares donde me quieren tener tanto que hacer.</p>

AUTOREGISTROS

Día	Acontecimiento	Interpretación	Reacción	Nueva Interpretación	Nueva Reacción
(3)	Escuche q los compañeros del trabajo querían organizar un paseo por qm de otro	Soy un mrdij por no tener esa libertad de divertirme como ellos. Soy Tanga esto. (D)	Frustración con la vida Me siento frustrado y frustrado	Es verdad que no me he divertido? No me gusta que lugares congo y he viajado con mi familia y amigos. Dime la verdad hay un par de cosas que me gustan en la vida.	No me gusta que me he divertido? No me gusta que lugares congo y he viajado con mi familia y amigos. Dime la verdad hay un par de cosas que me gustan en la vida.
				Si no viajo en realidad me hace infeliz. Me hace otras cosas que dan alegría y me hacen felices.	
Reunión de trabajo		"Otra vez lo mismo, Me fargo que me da un espasmo en el estomago. Me voy a tener nerviosos y se van a burlar."	Me siento frustrado y frustrado Me siento frustrado y frustrado Me siento frustrado y frustrado Me siento frustrado y frustrado Me siento frustrado y frustrado	Si no me siento nerviosa pero no he visto q no hayan burlado ellos o se van a burlar por aún me apuro por sus informes para poder ir a tiempo a trabajar. (D)	Si pues pierdo tiempo pensando mal. Pienso mejor un poco de calma

Me siento frustrado y frustrado
 Me siento frustrado y frustrado

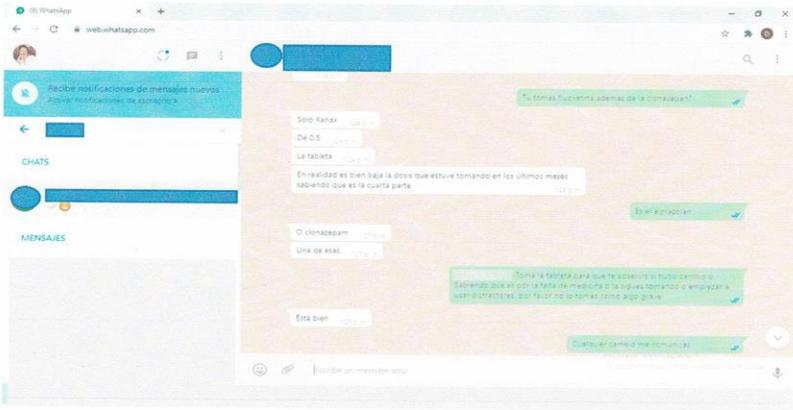
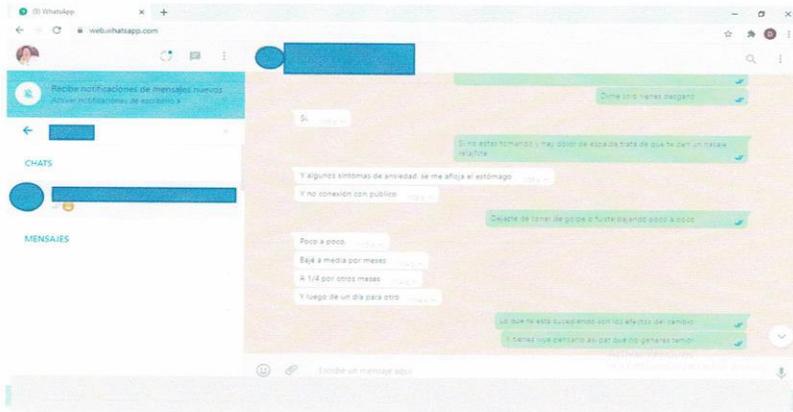
AUTOREGISTROS

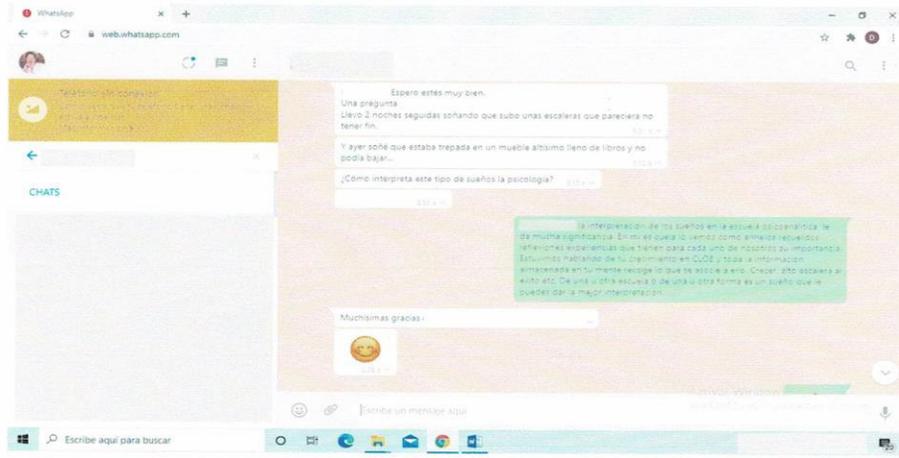
Día	Acontecimiento	Interpretación	Reacción	Nueva Interpretación	Nueva Reacción
	<p>Vista de familiares</p>	<p>Otra vez vienen, solo vienen a verme a estar pendientes de lo que hago</p>	<p>Incomodidad aborrecible, encerrarme en el cuarto hasta que se vaya.</p>	<p>Me vienen a visitar a toda mi familia y no a mi sola! Si empiezan a preguntar me cosas y yo tengo la decisión de responder o no responder.</p>	<p>Ya no les hago caso Me siento tranquilo de saber que no me pueden obligar a nada, si yo quiero</p>
				<p>Que es lo peor que puede pasar, Me sentí incómoda Pero eso pasará No es la primera que viene.</p>	
	<p>Fueron de trabajo</p>	<p>Contraer de trabajo Me puse nerviosa al me a bajar y quedé en video</p>	<p>Preocupación No poder dormir, cólera.</p>	<p>No es la primera reunión de trabajo que tengo, ya he encontrado durante el año informes y hasta ahora me han contratado. Todos están ocupados en sus</p>	<p>Me siento culpable en mi carrera Me siento confundido y un poco</p>

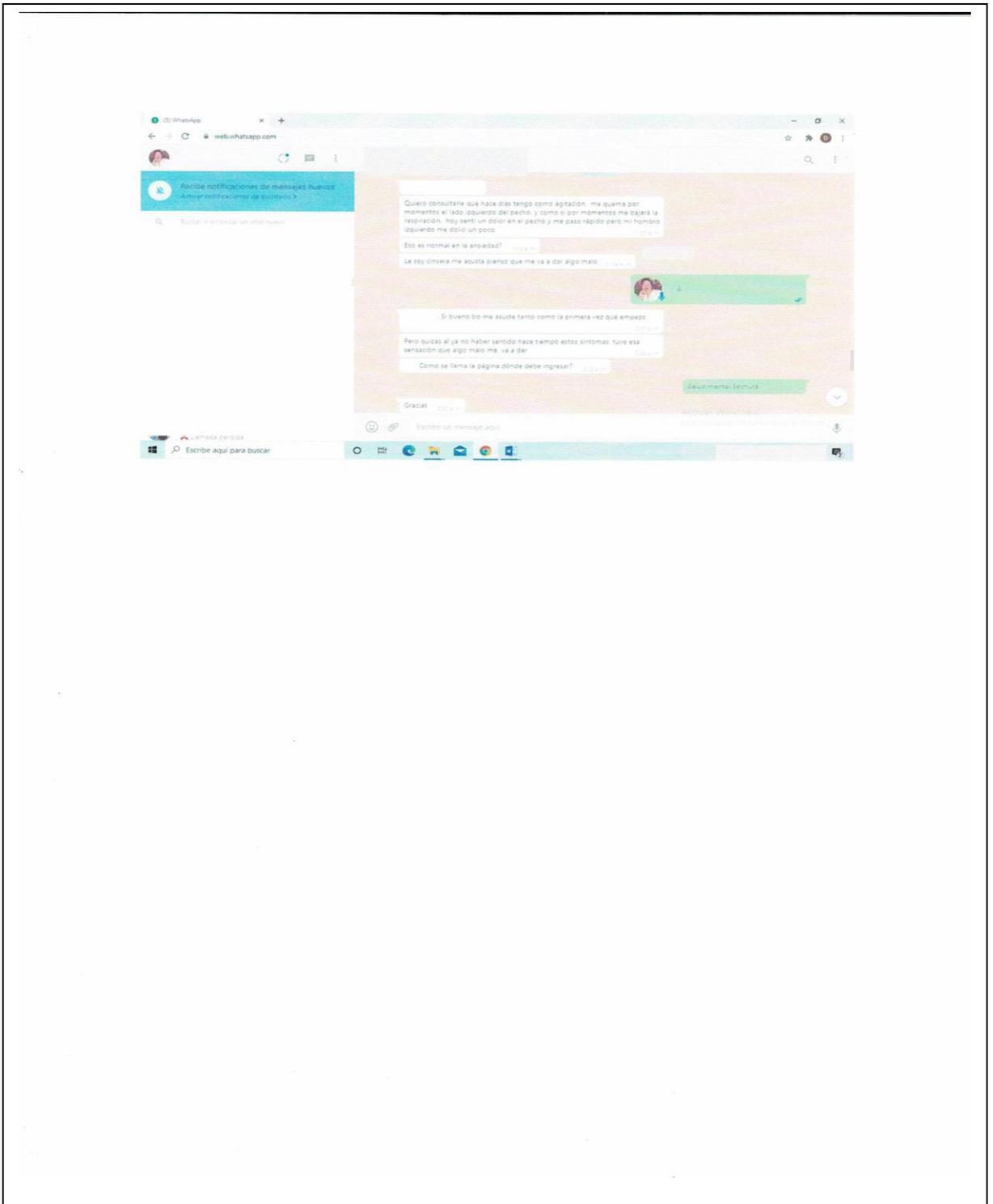
Propios cosas, no soy ni centro de atención si me pongo en comodi aplico mis técnicas que voy aprendiendo.

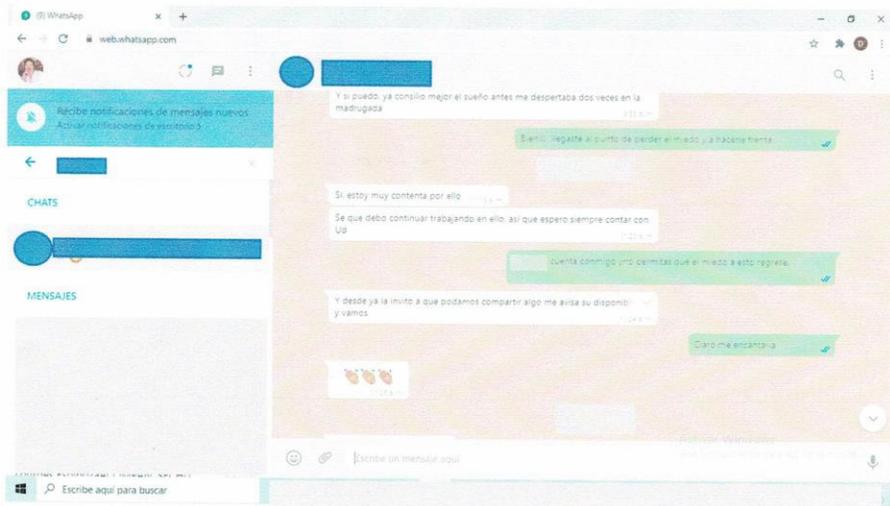
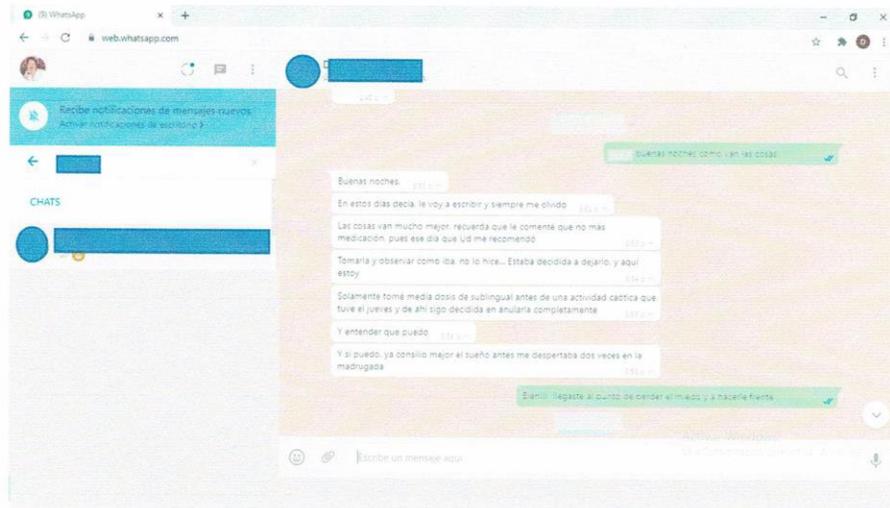
AUTOREGISTROS

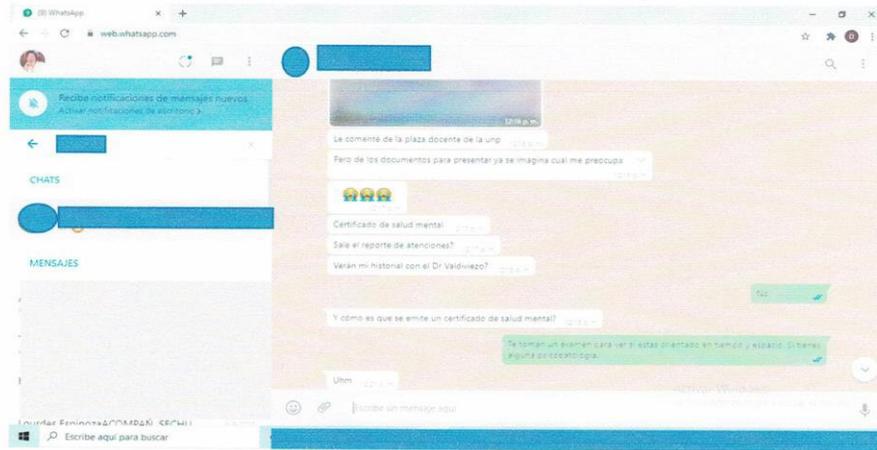
Día	Acontecimiento	Interpretación	Reacción	Nueva Interpretación	Nueva Reacción
	Viajar de fresa o andelines	Seguro en me pasa algo en el viaje se pueden acusar o peor quedo mal les avuuno e vida les day de q' kalla	Miedo, pafuda melanzane mala de mono parte de ave megen No am el peho. Las cutto pan ansioso, mas bien q' no me curita.	E' hay alguna prueba que se hayan por lazo celando me tenido un problema. Las he visto y est cuando me han visto las cutto pan ansioso, mas bien pan hecho de todo para q' me sienta bien o buces lo peor q' puede pasar. Padre se muere e se demora por ansiedad. Me sentire meo macho pero pasara.	Esperanza q' voy a mejorar siento que me tranquilizo un poco con la idea de mejorar

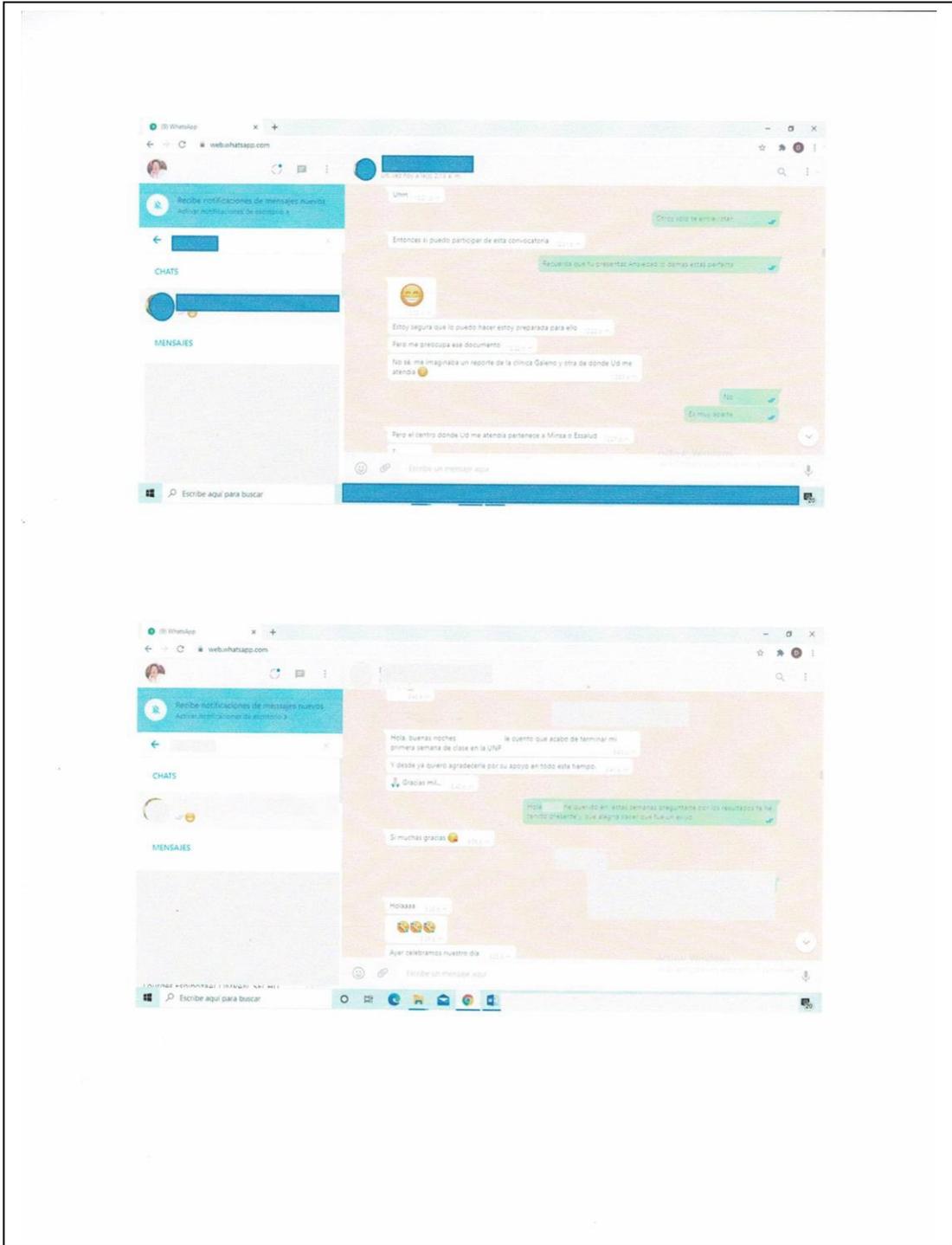












EVALUACION PSICOLÓGICA

N° de Sesión	Objetivo	Técnica	Desarrollo de Actividades
Sesión N° 1	Recoger información relevante para la elaboración de la historia clínica psicológica.	Entrevista psicológica.	Se realiza el contrato psicológico, los datos de filiación y el motivo de consulta.
Sesión N° 2	Recoger información relevante para la elaboración de la historia clínica psicológica.	Entrevista psicológica.	Se elabora la historia clínica y aplicación del Test de Raven y Registro de Opiniones de Ellis
Sesión N° 3	Elaborar la historia clínica psicológica.	Entrevista psicológica	Aplicación de la Escala de Ansiedad de Zung y el cuestionario E-R STAI
Sesión N° 4	Elaborar la historia clínica psicológica.	Entrevista psicológica:	Aplicación del cuestionario de Personalidad de Eysenck forma B e. Inventario Multiaxial -Millon
Sesión N° 5	Elaborar el informe psicológico.	Procesamiento de datos	Se devuelve a la paciente la información referida al informe psicológico.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVA – CONDUCTUAL			
N° de Sesión	Objetivo	Técnica	Desarrollo de Actividades
Sesión N° 1	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la alianza terapéutica - Explicar a la paciente el origen de su problema, las causas y los factores que mantienen la ansiedad social. - Brindar información respecto a los objetivos de la terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Diálogo expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Se le explica a la paciente sobre el trastorno de ansiedad y sobre la fobia social. Así como la diferencia entre ansiedad, como respuesta normal del organismo, y trastorno de ansiedad. Causas y factores que la mantienen. Ejemplos prácticos. - Se le informa a la paciente en que consiste el tratamiento. <p>Actividades para la casa: Se le encarga una lectura de 04 hojas referente a la fisiología y psicología del miedo y la ansiedad.</p>
Sesión N° 2	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentar el concepto de ansiedad - Entrenar al paciente técnicas de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de relajación - Retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la actividad encargada - Se retroalimenta en la paciente el concepto de ansiedad y se proyecta un video de la ansiedad - Se le entrena a la paciente en respiración diafragmática 4-4-6 (sentada y luego de pie) durante 15 minutos y se registra los resultados. <p>Actividades para casa: Se acuerda con el paciente practicar la respiración diafragmática por 15 minutos, mínimo 3 veces al día, registrando como se sintió después de aplicar la técnica.</p>
Sesión N° 3	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentar a la paciente en la técnica de respiración diafragmática - Entrenar a la paciente en el uso de las unidades subjetivas de ansiedad (SUD). 	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación -Técnica de relajación muscular de Jacobson relajación muscular de Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea encargada en la sesión anterior y los hechos acontecidos en la semana. - Se entrena a la paciente en el reconocimiento de las Unidades Subjetivas de Disturbio (SUDs) y puntuación de los mismos. Se entrena al paciente en relajación muscular de Jacobson (hombros, brazos, cuello, espalda, piernas). <p>Actividades para casa: Se le encarga a la paciente poner en práctica, el uso de las SUDs y se le indica practicar la respiración muscular de Jacobson 15 minutos 3 veces al día.</p>

N° de sesiones	Objetivo	Técnica	Desarrollo de actividades
Sesión N° 4	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducar a la paciente en Terapia Cognitiva Conductual - Entrenar a la paciente en el uso de registros de pensamientos (evaluaciones negativas) ABC 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación - Retroalimentación - Diálogo expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa a la paciente las actividades encargadas y sucesos de la semana. - Se inicia la explicación a la paciente del modelo Cognitivo Conductual. - Se le explica a la paciente la relación existente entre el pensamiento (evaluaciones negativas) y su estado emocional. - Se repasa a la paciente en el registro de pensamientos (evaluaciones negativas). Registro ABC. <p>Actividades para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le indica registrar evaluaciones negativas ocurridas durante la semana - Se le indica practicar la técnica de respiración abdominal - Se le indica practicar la técnica de relajación muscular de Jacobson
Sesión N° 5	Identificar creencias irracionales que causan malestar emocional en la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa las actividades encargadas a la paciente y los sucesos de la semana. - Se explica a la paciente la relación entre el pensamiento (evaluaciones negativas) y el estado emocional. - Se entrena a la paciente en el uso del registro ABC <p>Actividades para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se le indica a la paciente registrar pensamientos irracionales durante la semana aplicando el registro ABC - Se le indica a la paciente practicar la técnica de relajación muscular de Jacobson.
Sesión N° 6	<ul style="list-style-type: none"> -Retroalimentar la práctica de la técnica reestructuración cognitiva de las creencias irracionales de la paciente. - Retroalimentar a la paciente con la práctica de la respiración abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación -Reestructuración cognitiva. 	<p>Actividades de la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se entrena a la paciente en el debate de sus creencias irracionales, incorporando otras creencias adaptativas. - Se le entrena en el uso del registro ABCDE para debate de pensamientos irracionales - Se retroalimenta en la técnica de relajación de Jacobson. <p>Actividades para la casa:</p> <p>Trabajar el registro ABCDE y practicar las técnicas aprendidas.</p>

N° de sesión	Objetivo	Técnica	Desarrollo de actividades
Sesión N° 7	-Retroalimentar la reestructuración cognitiva en debate de pensamiento.	- Retroalimentación -Reestructuración cognitiva.	<p>Actividades de la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas encargadas - Trabajar ABCDE, debate de pensamientos irracionales en casa. <p>Actividades para la casa:</p> <p>Se le indica a la paciente continuar trabajando el registro ABCDE</p>
Sesión N° 8	- Entrenar a la paciente en auto instrucciones con pensamientos más adaptativos.	- Técnica de Auto instrucciones	<p>Desarrollo de actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se revisa a la paciente las actividades encargadas y los sucesos de la semana. - Se le explica a la paciente el significado e importancia de las autoinstrucciones -Se trabaja las auto instrucciones en las situaciones temidas. - Se retroalimenta en práctica de respiración diafragmática. <p>Actividades para la casa:</p> <p>Se le indica a la paciente trabajar las auto instrucciones para cada situación temida.</p>
Sesión N° 9	-Entrenar a la paciente en la técnica de exposición en imaginación. -Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática.		<p>Actividades en sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se revisó las actividades para la casa y sucesos de la semana. -Se entrena a la paciente dentro del consultorio la exposición en imaginación de manera gradual y segura. - Retroalimentación en respiración diafragmática. <p>Actividades para la casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se le indica a la paciente practicar en casa la exposición en imaginación. - Se le indica respiración diafragmática.
Sesión N° 10	Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas. -Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática. -Entrenar a la paciente en HH. SS	- Exposición en imaginación. -Entrenamiento en Habilidades Sociales	<p>Actividades en sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana. -Se continúa trabajando la exposición en imaginación. - Se entrena a la paciente en la habilidad social: Autoestima, Asertividad y Empatía <p>Actividades para la casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Practicar la exposición en imaginación y habilidades aprendidas.

N° de sesiones	Objetivos	Técnicas	Desarrollo de actividades
Sesión N° 11	<ul style="list-style-type: none"> -Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas. -Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática. -Entrenar a la paciente en Habilidades Sociales: Autoestima, Iniciar y mantener conversaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición en imaginación. -Entrenamiento en Habilidades Sociales 	<p>Actividades en sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana. -Se continúa trabajando la exposición en imaginación. - Se entrena a la paciente en la habilidad social: Autoestima e Iniciar y mantener conversaciones <p>Actividades para la casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Practicar la exposición en imaginación.
Sesión N° 12	<ul style="list-style-type: none"> -Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas. -Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática. -Entrenar a la paciente en Habilidades Sociales.: Autoestima y resolución de conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición en imaginación. -Entrenamiento en Habilidades Sociales 	<p>Actividades en sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana. -Se continúa trabajando la exposición en imaginación. - Se entrena a la paciente en la habilidad social: Autoestima y resolución de conflictos <p>Actividades para la casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Practicar la exposición en imaginación.
Sesión N°13	<ul style="list-style-type: none"> -Retroalimentar a la paciente en exposición en imaginación de las situaciones temidas. -Retroalimentar el entrenamiento en auto instrucciones y en respiración diafragmática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición en imaginación. 	<p>Actividades en sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se revisa las actividades para la casa y sucesos de la semana. -Se continúa trabajando la exposición en imaginación. <p>Actividades para la casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Practicar la exposición en imaginación.
Sesión N° 14	<ul style="list-style-type: none"> -Exponer en vivo a la paciente y con las técnicas aprendidas logre controlar su ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición en vivo 	<p>Actividades en sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se lleva a la práctica a la paciente a exponerse al público, se le invita a una primera terapia de grupo con personas diagnosticadas con trastornos de Ansiedad.
Sesión N° 15	<ul style="list-style-type: none"> -Exposición en vivo a la paciente y con las técnicas aprendidas logre controlar su ansiedad. 		<p>Actividades en sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se acompaña a la paciente a visitar un centro comercial y se hace un recorrido por los pasadizos, entrando a las tiendas de menor afluencia de público. Se le indica que observe los aparadores de ropa y ponga en práctica lo entrenado en consulta. <p>Actividades para la casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> La paciente debe visitar un centro comercial y poner en práctica lo aprendido.

Sesiones	Objetivo	Técnica	Desarrollo de actividades
Sesión N° 16	-Exposición en vivo a la paciente y con las técnicas aprendidas logre controlar su ansiedad.	Exposición en vivo	-Se realiza la segunda participación de la paciente en terapia de grupo
Sesión N° 17	-Exponer en vivo a la paciente	Exposición en vivo	Actividades de la sesión: Realiza segunda visita al Centro comercial Open Plaza y se le invita a entrar en lugares de más afluencia de público y formar fila delante de la caja registradora. Aplicar la respiración diafragmática. Actividades para la casa: -Practicar en casa lo aprendido en sesión
Sesión N° 18	-Detectar situaciones de riesgo de recaídas - Retroalimentar las estrategias ya aprendidas.	Retroalimentación Exposición en vivo	Actividades en sesión: - Se revisa a la paciente las tareas encargadas y sucesos de la semana - Se realiza la tercera visita a la terapia de grupo. - Se retroalimenta las tareas ya aprendidas
Sesión N° 19	Evaluar el nivel de ansiedad después de la intervención cognitiva conductual -Prevención de recaídas	Evaluación Post test	Actividades en sesión: -Se le aplicó a la paciente Test de ansiedad de Zung - Se trabaja con la paciente prevención de recaídas, haciendo una comparación de un antes y después de los sucesos que le generaban ansiedad y de la importancia y eficacia de las estrategias aprendidas en el tratamiento cognitivo conductual. Se programa la próxima sesión en veinte días.
Sesión 20	-Recoger información relacionada al mantenimiento de la mejoría alcanzada por la paciente.	-Técnica de escucha activa -Técnica de Diálogo expositivo	Actividades en la sesión: Se indaga sobre la aparición de situaciones que le hayan originado ansiedad elevada y la aplicación de las estrategias aprendidas.
Sesión N° 21	-Recoger información relacionada al mantenimiento de la mejoría alcanzada por la paciente	Recoger información respecto a su desenvolvimiento en el tiempo transcurrido y se programa su próxima consulta en un mes.	Actividades en la sesión: Recoger información respecto a su desenvolvimiento en el tiempo transcurrido y se programa su próxima consulta en un mes.