



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN VARÓN ADULTO JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Santos Cuyutupac, Cristina Flor

Asesora:

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús

(ORCID: 0000-0002-5317-7649)

Jurado:

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima - Perú

2023

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN VARÓN ADULTO JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	6%
2	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	www.researchgate.net Fuente de Internet	3%
4	elmensajero.news Fuente de Internet	2%
5	quiqueu.blogspot.com Fuente de Internet	1%
6	repository.upb.edu.co Fuente de Internet	1%
7	vsip.info Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad de Málaga - Tii Trabajo del estudiante	1%
9	idoc.pub Fuente de Internet	



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN VARÓN ADULTO JOVEN CON ANSIEDAD SOCIAL

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para Optar el Título de Especialista en
Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Santos Cuyutupac, Cristina Flor

Asesora:

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús

(ORCID: 0000-0002-5317-7649)

Jurado:

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima – Perú

2023

Pensamientos

“La persona más fuerte no es la que está haciendo la mayor parte del ruido, es la única que puede dirigir la conversación en silencio hacia la definición y resolución de Problemas”

Aaron Beck

“Si nuestro pensamiento es sencillo y claro
estamos mejor equipados para alcanzar
nuestras metas”

Aaron Beck

Dedicatoria

A mis padres por ser mi fuerza motivadora en todo lo que emprendo, por su amor y entrega incondicional.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, fuente de vida.

A mis maestros por transmitir sus conocimientos y acompañarme en este proceso de aprendizaje.

A mis pacientes por permitirme forjar mis conocimientos aplicado a la práctica, por confiar en mi trabajo, por sus muestras de agradecimientos y por el sentido de humanidad que me enseñan.

Índice

Pensamientos	2
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Índice	5
Resumen	10
Abstract	11
I. Introducción	12
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. Antecedentes nacionales e internacionales	13
1.2.2. Fundamentación teórica	19
1.3. Objetivos	24
1.4. Justificación	24
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	25
II. Metodología	26
2.1. Tipo y diseño de investigación	26
2.2. Variables de investigación	26
Variable independiente	26
Variable dependiente	26
2.3. Participante	26
2.4. Evaluación psicológica (Caso clínico psicológico)	26
2.4.1. Observación psicológica	26
2.4.2. Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis)	27
2.4.3. Test o pruebas aplicadas	35

2.4.4. Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones (para el usuario o paciente y familia)	36
2.5. Intervención	50
Objetivos	50
Plan de intervención	51
Programa de intervención	54
III. Resultados	85
3.1. Resultados pre y post intervención	85
3.2. Discusión de resultados	87
3.3. Seguimiento	90
IV. Conclusiones	92
V. Recomendaciones	93
VI. Referencias	94
VII. Anexos	97

Índice de tablas

Número	Página
1. Análisis funcional conductual	41
2. Análisis funcional conductual descriptivo	42
3. Análisis funcional cognitivo	44
4. Diagnóstico Tradicional DSM V	46
5. Diagnostico tradicional CIE 10	48
6. Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual	52
7. Sesión 01: Entrevista y observación de la conducta para determinar el problema actual	54
8. Sesión 02: Evaluación, entrevista y observación de la conducta para determinar el problema actual	55
9. Sesión 03: Entrega de informe psicológico y firma del contrato conductual	56
10. Sesión 01: Psicoeducación y autorregistro	58
11. Sesión 02: Respiración diafragmática y autorregistro	59
12. Sesión 03: Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson	60
13. Sesión 04: Entrenamiento en reestructuración cognitiva (SPEC)	64
14. Sesión 05: Entrenamiento en reestructuración cognitiva	65
15. Sesión 06: Entrenamiento en reestructuración cognitiva	66
16. Sesión 07: Entrenamiento en Auto instrucciones	67
17. Sesión 08: Jerarquía de ítems	68
18. Sesión 09: Jerarquía de ítems	69
19. Sesión 10: Entrenamiento en imaginación	71
20. Sesión 11: Desensibilización sistemática	73
21. Sesión 12: Modelado	75
22. Sesión 13: Role play	76

23. Sesión 14: Entrenamiento en Habilidades Sociales (comunicación asertiva)	78
24. Sesión 15: Solución de problemas	79
25. Sesión 01: Seguimiento y Evaluación Post test	82
26. Sesión 02: Seguimiento	83

Índice de figuras

Número	Página
1. Autorregistro semanal de frecuencia de pensamientos del paciente pre y post test	85
2. Autorregistro semanal de frecuencia de conductas problema del paciente pre y post test	86
3. Resultados del pre test y post test: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)	86
4. Resultados del pre test y post test: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)	87

Intervención Cognitivo Conductual en un Varón Adulto Joven con Ansiedad Social

Cristina Flor Santos Cuyutupac

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

El presente estudio de caso de intervención cognitivo conductual se realizó en un varón adulto joven de 22 años con ansiedad social. La intervención cognitivo conductual, se efectuó en 20 sesiones: 3 sesiones de evaluación, 15 sesiones de intervención y 2 sesiones de seguimiento con una duración de 45 a 60 minutos cada sesión. Se elaboró la historia clínica psicológica a través de la entrevista, observación de conducta, autorregistro de pensamientos y conductas problema, Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS). En el plan de intervención se utilizó las técnicas de psicoeducación, respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson, restructuración cognitiva, autoinstrucciones, desensibilización sistemática y modelado para el entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento indicaron una disminución en las conductas de evitación y la ansiedad social, mostrando la efectividad de la terapia cognitivo conductual para los casos de ansiedad social.

Palabras clave: ansiedad social, intervención cognitiva conductual

Cognitive Behavioral Intervention in a Young Adult Male with Social Anxiety

Cristina Flor Santos Cuyutupac

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

This cognitive behavioral intervention case study was performed on a 22-year-old young adult male with social anxiety. The cognitive behavioral intervention was carried out in 20 sessions: 3 evaluation sessions, 15 intervention sessions and 2 follow-up sessions in periods of 45 to 60 minutes each session. The clinical psychological history was prepared based on interviews, behavior observation, self-registration of problem thoughts and behaviors, Automatic Thought Inventory (IPA) and Leibowitz Social Anxiety Scale (LSAS). The intervention plan used psychoeducation techniques, diaphragmatic breathing, Jacobson's progressive relaxation, cognitive restructuring, self-instructions, systematic desensitization, and modeling for training in social skills. The results obtained at the end of the treatment indicate a decrease in avoidance behaviors and social anxiety, showing the effectiveness of cognitive behavioral therapy for cases of social anxiety.

Keywords: social anxiety, cognitive behavioral intervention

I. Introducción

1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022a) menciona que para el año 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y una preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento conexos. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importante.

Por otro lado, desde el inicio de la pandemia los problemas de salud mental incrementaron de forma considerable, así lo confirma en un informe la Organización Mundial de la Salud, resalta que los casos de trastorno depresivo grave y de ansiedad aumentaron más del 25% a nivel global durante el primer año de la pandemia de coronavirus (OMS, 2022b).

En base a la gran cantidad de estudios, la OMS determinó que a nivel global se registró un aumento del 27,6% de los casos de trastorno depresivo grave solo en 2020, a la par que también se constató que hubo un 25,6% más de casos de trastornos de ansiedad en el mundo (OMS, 2022c).

Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) menciona que entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros.

En cuanto al Perú, según reportes del Ministerio de Salud (MINSA, 2022), la ansiedad ocupa el primer lugar en la atención por problemas o trastornos de salud mental en el país, alcanzando un total de 433 816 casos diagnosticados en el año 2022, también menciona que entre un 30 y 40% de jóvenes de 19 a 26 años presentaron síntomas de ansiedad y depresión post pandemia por el COVID-19.

La ansiedad social es una de las afecciones de ansiedad en el que el principal temor de la persona se centra en la evaluación negativa por parte de los demás estando en una situación social, como puede ser una reunión, una exposición en público, una cita con una persona que le gusta, una conversación con un desconocido, etc. En dichas situaciones, la mayor preocupación de quien padece ansiedad social es que otros le valoren negativamente, ya sea por su actuación o desempeño en tal situación o porque presente síntomas físicos que revelen su ansiedad, como rubor facial, temblor en la voz, sudoración, temblor de manos, etc. En general, el individuo tiene que hacer algo mientras sabe que los demás le estarán observando y, en cierta medida, evaluando su conducta (Caballo et al., 2018a).

Las conductas de evitación o las de seguridad alejan a las personas con Trastorno de Ansiedad Social de situaciones con las que podrían llevar a cabo sus proyectos vitales (por ejemplo, conseguir amigos, tener una pareja, alcanzar el trabajo que desean) o en las que sentirían que actúan de forma coherente con aquello que valoran (por ejemplo, tener personas con las que compartir sus aficiones, mantener una relaciones interpersonales óptimas, etc.), trayendo consigo un aumento de la sensación de inseguridad, pérdida de la propia estima, aislamiento e insatisfacción con su vida (Caballo et al., 2018b).

Teniendo en cuenta las cifras descritas en los diversos estudios epidemiológicos y la problemática actual que representa la ansiedad social, se encuentra la necesidad de la población de recibir un abordaje de acuerdo a su problemática, en este caso se realizará un abordaje en terapia cognitivo conductual para un caso de un varón adulto joven con ansiedad social.

1.2 Antecedentes

1.2.1. *Antecedentes Nacionales e Internacionales*

Después de haber llevado a cabo la búsqueda pertinente en la base de datos de repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web como por ejemplo Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc, se encontró los siguientes antecedentes que se describen a continuación:

Nacionales

Pesantes (2022) desarrolló el caso psicológico de intervención cognitivo conductual de un varón adulto de 32 años con Ansiedad Social. El objetivo fue comprobar la efectividad del programa de intervención cognitivo conductual en este usuario. Este abordaje fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron listas de chequeo de conductas, lista de chequeo de distorsiones cognitivas, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck, Registro de Opiniones de Ellis Forma A (Adaptado), Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Diseñó una intervención Cognitivo conductual, la cual se desarrolló en 12 sesiones, de una hora de duración y con una frecuencia semanal, además, incluyó técnicas tales como la psicoeducación, respiración diafragmática, modelado, relajación muscular progresiva de Jacobson, análisis de beneficio coste, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, desensibilización sistemática y solución de problemas. Los resultados obtenidos mostraron el logro de una participación social voluntaria, efectiva y satisfactoria del usuario en situaciones sociales, reduciendo las respuestas de evitación, así como sus niveles de ansiedad social, lo cual demostró la efectividad del tratamiento propuesto.

Rodríguez (2020) presentó el estudio de caso psicológico de un hombre adulto de 26 años con estudios superiores que presenta Ansiedad Social, utilizó el diseño experimental de caso único A-B-A. Para la evaluación utilizó la entrevista psicológica, el inventario de creencia de Ellis, el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan y la escala de ansiedad social de Liebowitz. Aplicó un total de 17 sesiones, comenzando con el proceso de psicoeducación: sobre los pensamientos, emociones, conducta y los objetivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual, en las sesiones incidió en la detección y debate de creencias irracionales y el cumplimiento de tareas conductuales de exposición y evitación al escape. Los

resultados evidencian disminución de las creencias irracionales y conductas de evitación, lo que demuestra la efectividad de la terapia cognitivo conductual.

Mendoza (2020) desarrolló un estudio de caso sobre terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente de 15 años de edad que presenta trastorno de ansiedad social, desde los 12 años, donde la madre se encuentra bastante preocupada por los riesgos a los cuales se expone su hija. Elaboró la historia clínico psicológica correspondiente para explicar la conducta de la adolescente en función de sus antecedentes y consecuentes, es decir, el análisis funcional de la conducta problema. También realizó el diagnóstico funcional, el cual permitió determinar la conducta en términos de excesos conductuales, adapto distintas técnicas a las características de la usuaria: entrenándole en la relajación progresiva, reestructuración cognitiva y exposición graduada; la intervención llevada a cabo fue eficaz según la evaluación pre y pos tratamiento y el seguimiento correspondiente.

Requena (2019) presentó el caso psicológico de fobia social en Juan de 38 años, quien es trabajador obrero en una fábrica. La evaluación realizada y el abordaje cognitivo conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Tuvo por objetivo enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público reduciendo respuestas de escape, miedo, evitación, así los niveles de ansiedad del paciente (menor o igual a 6). Las técnicas e instrumentos utilizados, respectivamente son autorregistros, historia psicológica, test psicológicos, tales como registros de opiniones de Albert Ellis, pensamientos automáticos, ansiedad de Zung. Luego de 5 meses de tratamiento el paciente mejoró notablemente y ya puede desenvolverse adecuadamente tanto en el ámbito social como personal. Siendo los resultados exitosos, el paciente ha podido superar sus problemas en situaciones de interacción social en más del 80%.

Roca (2019) desarrolló el caso de una mujer soltera de 24 años, con trastorno de ansiedad social según los criterios del DSM-V. El objetivo terapéutico fue lograr que la paciente

enfrente situaciones sociales con un performance del 80% a través de la terapia cognitivo conductual, el diseño experimental usado fue el de caso único A-B-A. En la evaluación sintomatológica se utilizaron instrumentos como: el cuestionario de ansiedad de Burns, cuestionario de ansiedad estado – rasgo Stai, escala de ansiedad de Beck (BAI), escala de depresión de Beck (BDI II), Inventario de autoestima de Coopersmith, Inventario clínico multiaxial de Millon II y la lista de chequeo de habilidades sociales de Golstein, continuando con la recolección de datos para la elaboración de la línea base con la entrevista conductual, autorregistros, registro de opinión de Albert Ellis (ROAE), inventario de temores y el análisis funcional antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual. El programa constó de 12 sesiones e incluyó técnicas como psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, relajación, solución de problemas y reestructuración cognitiva. Al finalizar, los resultados del programa de tratamiento muestran una disminución del 80% de la sintomatología ansiosa relacionada a la interacción social, de las emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores.

Internacionales

Reguera (2021) elaboró un estudio de caso en España, titulado Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad social, presenta el caso de un estudiante universitario de 21 años que acude a consulta refiriendo problemas de interacción social e inseguridad. Esta conducta se mantiene por evitación de las situaciones sociales principalmente con desconocidos, que fomentan la inseguridad en sí mismo. Presenta pensamientos negativos automáticos evaluativos y síntomas fisiológicos propios de la ansiedad. Afronta las situaciones con gran dificultad, con presencia de rumiaciones y autovaloración negativa. El objetivo de la intervención, desde una perspectiva cognitivo conductual, pretende optimizar sus interacciones sociales disminuyendo la ansiedad social, aumentar la seguridad en sí mismo y mejorar las habilidades sociales del paciente y su asertividad. Para la evaluación se han utilizado, además

de una entrevista semiestructurada, los siguientes instrumentos: SCL-90, STAI, CORE-OM y NEO-FII. La propuesta de intervención incluyó técnicas de psicoeducación sobre la ansiedad social, reestructuración cognitiva para los pensamientos automáticos de evaluación negativa, ensayo de conducta y exposición en vivo a situaciones sociales y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados obtenidos en el pre y post tratamiento muestran una disminución de la ansiedad tanto estado como rasgo, reducción de sintomatología clínica y aumento del bienestar y funcionamiento general. Tras la terapia se produce una disminución de factores relacionados con el malestar y la ansiedad social, además de un incremento de las relaciones sociales y aumento de autoconfianza.

Martínez et al. (2019) desarrollaron un estudio de caso clínico de una mujer de 22 años con diagnóstico de Fobia Social en Madrid – España, en el motivo de consulta se identifica un cuadro permanente de elevada ansiedad ante situaciones sociales en las que presenta un intenso miedo a la evaluación negativa de los demás. Los autores emplearon el diseño empírico de caso A-B-A. Para la evaluación utilizaron los siguientes instrumentos: Entrevista conductual de Fernández-Ballesteros, inventario de 90 indicios inspeccionados (SCL-90R), cuestionario de salud general de Goldberg (CGHQ), y la escala breve de fobia social. Para la intervención plantearon 16 sesiones de las cuales se logró aplicar 14 sesiones, las técnicas utilizadas fueron la psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y exposición. Se obtuvo como resultado una disminución en las dimensiones de ansiedad en el SCL-90-R, disminución en todas las dimensiones de CGHQ, y en la escala breve de Fobia Social, la puntuación total disminuyó de 48 a 26. Concluyéndose tras la evaluación pos tratamiento, una evolución favorable tanto en sintomatología como en la fobia social.

Sotelo (2018) presentó un trabajo de investigación en Colombia titulado Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia, donde realizó la intervención en una paciente con diagnóstico de ansiedad social, con quien aplicó la terapia cognitivo-

conductual y la terapia de exposición. Se empleó el inventario de ansiedad-fobia social, escala de ansiedad-evitación social y una entrevista clínica. Para la intervención se aplicaron técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento asertivo y técnicas de exposición. El tratamiento redujo los síntomas ansiosos y depresivos y se evidenciaron cambios frente a la exposición en público y la interacción social. Los resultados son acordes con la evidencia científica disponible sobre la eficacia para la intervención de este trastorno.

Lora (2018) desarrolló un trabajo de investigación titulado intervención psicológica desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de trastorno de ansiedad social (fobia social) en Bolivia. Tuvo por objetivo general evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de trastorno de ansiedad social. El proceso terapéutico siguió un modelo cognitivo-conductual que incluyó una etapa de evaluación y diagnóstico pre y post a través de entrevistas, aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2, Cuestionario de Depresión para Niños y un análisis funcional. La intervención estuvo basada en la Terapia Cognitiva de Beck, reestructuración cognitiva, psicoeducación, relajación muscular progresiva de Jacobson, exposición en imaginación y en vivo y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados mostraron que la niña consiguió controlar la ansiedad, aprendió una nueva estrategia para afrontar las situaciones aversivas, adquirió habilidades para interactuar con otras personas diferentes a su familia y disminuyó su estado de ánimo depresivo.

Fajardo (2018) realizó una investigación en la ciudad de Barranquilla Colombia titulado Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con Fobia social de 15 años: Estudio de caso único. El presente estudio tiene como propósito indagar y plasmar la efectividad que guardan las técnicas empleadas dentro de la intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la fobia social. Los resultados encontrados en esta investigación indican una disminución significativa del temor a hablar en público, la ansiedad social y la evitación de las situaciones sociales, así mismo se confirman las tesis planteadas por algunos investigadores

donde se ha encontrado que dentro de los tratamientos psicológicos, los tratamientos más utilizados y con mejores resultados, son los basados en las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo – conductuales; encontrando siempre en los estudios comparativos mejores resultados en estas terapias, que otro tipo de terapias como por ejemplo las farmacológicas.

1.2.2. *Fundamentación teórica*

Ansiedad social

Definición:

“La ansiedad brota del miedo al escrutinio y a la evaluación negativa de los demás que derivará en vergüenza, humillación y azoramiento” (Beck, 2013).

La persona con fobia social tiende a ser altamente consciente de sí misma y muy auto crítica en la situación social temida, mostrando, con frecuencia, conductas inhibitorias involuntarias como una presencia rígida, una comunicación verbalmente inarticulada, de donde se deriva una ejecución social negativa y la atención indeseada de los demás (Clark & Beck, 2012a).

Hofmann y Barlow (2002) mencionan que la fobia social está estrechamente vinculada a la fobia simple porque el miedo sólo ocurre en situaciones en las que la persona debe hacer algo en el contexto en el que es observada y posiblemente evaluada por los otros (como se citó en Clark & Beck, 2012b).

Así mismo García (2013), refiere que la ansiedad social es un estado de malestar emocional que se caracteriza por el miedo fuerte, persistente y crónico a situaciones sociales tanto de relación como de actuación, donde el individuo se siente evaluado de manera negativa por otros, generando respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales que están afectando de manera significativa su manejo social, siendo las conductas de escape o evitación a las que se recurre para minimizar el malestar generando un alivio momentáneo.

Criterios diagnósticos:

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014a) considera lo siguiente:

- A. Miedo o ansiedad intensa a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. Posibles ejemplos son interacciones sociales (por ej., mantener una conversación, encontrarse con personas desconocidas), ser observado (por ej., al comer o beber) y actuar delante de otros (por ej., dar una charla).
- B. La persona teme ser negativamente evaluada a partir de su actuación o de los síntomas de ansiedad que muestra, lo que implica humillación o vergüenza, rechazo por parte de otros u ofender a otros.
- C. Las situaciones sociales provocan casi siempre miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones sociales son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos.
- E. El miedo o ansiedad es desproporcionada para la amenaza implicada por la situación social y para el contexto sociocultural.
- F. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente 6 meses o más
- G. El miedo, ansiedad o evitación causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.
- H. El miedo, ansiedad o evitación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ej. drogas, fármacos) o a otra condición médica.
- I. El miedo, ansiedad o evitación no puede explicarse mejor por los síntomas de otro trastorno mental, tal como trastorno de pánico trastorno dismórfico corporal o trastorno del espectro autista.

J. Si otra condición médica (por ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o heridas) está presente, el miedo, ansiedad o evitación está claramente no relacionado con ella o es excesiva.

Factores de riesgo:

El DSM-5 (APA, 2014b) describe los siguientes factores de riesgo:

Temperamentales: “Los rasgos subyacentes que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social son la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa”

Ambientales: “El maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social”.

Genéticos y fisiológicos: La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente; así los niños con alta inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado de la ansiedad social por los padres. Además, el trastorno de primer grado tiene de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social, y esta predisposición supone una interacción entre trastornos genéticos específicos e inesperada.

Consecuencias en la vida del individuo

Caballo et al. (2018c) mencionan que las consecuencias del Trastorno de Ansiedad Social se aprecian en el funcionamiento social, académico y/o laboral de la persona.

En las relaciones interpersonales se presentan conductas de aislamiento, timidez y evitación hacia la interrelación con otros, tienen pocos amigos y tienden a tener dificultades para encontrar pareja.

En el área académico y/o laboral, la persona con ansiedad social, trata de tener la menor participación posible en exposiciones, responder orales, participar de reuniones para realizar trabajos grupales, opta generalmente en hacer solo las tareas, ya que al tener la mínima

participación posible siente que los demás no notaran su presencia y pasara desapercibido, perdiendo así la oportunidad de demostrar sus capacidades y por consiguiente destacar en alguna área.

Terapia cognitivo conductual (TCC):

Puerta y Padilla (2011) describen que la TCC es un modelo de abordaje de diferentes trastornos mentales, sostiene que la persona modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para afrontar sus problemas de forma más adecuada.

“La TCC es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (Ruiz et al., 2012a).

“La TCC es una actividad psicológica, basada en la Psicología del Aprendizaje, en el presente cuenta con una fase científica y experimental, así como, con procedimientos de la experiencia clínica, como la reestructuración cognitiva, la relajación, técnicas paradójicas, etc.” (Díaz et al., 2012).

Tratamiento más eficaz para la Ansiedad Social

Tomando como referencia los estudios considerados en la sección de antecedentes en el presente trabajo de investigación, la TCC ha demostrado ser eficaz para los casos de ansiedad social. Así mismo, las principales técnicas que los tratamientos cognitivo-conductuales han incluido son la exposición, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas cognitivas (García, 2014).

Técnicas cognitivo conductuales

Ruiz et al. (2012b) describe las siguientes técnicas cognitivo conductuales:

- **Psi coeducación:** Es una técnica que se ofrece a lo largo de todo el tratamiento, si bien la mayor parte se trabaja en las primeras sesiones; se trata de proporcionar información adaptada al paciente acerca de qué son las

emociones, pensamientos, conductas y como estos se relacionan más específicamente a la ansiedad social, cómo se manifiestan y originan.

- **Respiración diafragmática:** Es una técnica de respiración fisiológica donde se produce la movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen.
- **Relajación progresiva de Jacobson:** Es una técnica que permite disminuir los niveles de activación por medio de tensar y destensar los músculos del cuerpo.
- **Reestructuración cognitiva:** Es una técnica donde se le enseña al paciente a identificar sus pensamientos disfuncionales para luego cuestionarlos o debatirlos, y de este modo sean reemplazados por otras más adaptativas y reales, logrando la disminución de las respuestas emocionales y conductuales disfuncionales.
- **Autoinstrucciones:** Es una técnica que permite la autorregulación de una conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad.
- **Jerarquización de ítems:** Consiste en la elaboración de una lista de estímulos que generan ansiedad, estos estímulos van desde el más intenso al menos intenso a través de la autovaloración subjetiva de la ansiedad.
- **Desensibilización sistemática:** Es una técnica donde la respuesta de ansiedad o miedo puede disminuir a través de la inhibición de la ansiedad por medio de la relajación.
- **Modelado:** Es una técnica que se basa en el aprendizaje observacional, la persona aprende las conductas por medio de la observación, adquisición y aceptación y/o la ejecución de la conducta.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** “Es un entrenamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es

mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relaciones” (Segrin, 2009).

1.3 Objetivos

Objetivo general

- Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de un adulto joven con ansiedad social.

Objetivos específicos

- Disminuir los síntomas fisiológicos relacionados a la ansiedad social a través de técnicas de relajación.
- Modificar los pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las conductas de evitación a través del entrenamiento en desensibilización sistemática.
- Incrementar las habilidades sociales a través de técnicas de modelado.

1.4 Justificación

La ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso a una o más situaciones sociales en las que la persona se encuentra expuesto a la posible valoración por parte de otras personas, según lo describe DSM-5 (2014). Siendo un trastorno que imposibilita a la persona a desarrollar su vida con normalidad en situaciones sociales se pretende realizar este estudio para sistematizar y organizar las estrategias de intervención en casos de ansiedad social desde la perspectiva cognitivo conductual a la comunidad psicológica.

Desde el punto de vista teórico, el presente trabajo permitirá contar con constructos teóricos que den explicación a la eficacia de la terapia cognitivo conductual en los casos de ansiedad social.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

La presente investigación, desarrollada bajo el enfoque cognitivo conductual busca generar que el paciente se desenvuelva de forma deseable en los diversos ámbitos de su vida como familiar, académico, recreativo y social, también se busca generar el impacto en los profesionales de psicología enfocados en la intervención de casos de ansiedad social, quienes tendrán un modelo referencial para sus futuras intervenciones en casos similares.

II. Metodología

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación es experimental aplicada de naturaleza pre-experimental (Kerlinger, 1975). Con diseño de caso único, el cual se caracteriza por utilizar un solo grupo experimental, lo que quiere decir que no posee grupo control, por consiguiente, su nivel de control es mínimo (Hernández et al., 2014).

2.2. Variables de Investigación

Variable Independiente: Terapia cognitivo conductual

La TCC es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Ruiz et al., 2012).

Variable Dependiente: Ansiedad social

Clark y Beck (2012) mencionan que la persona con fobia social tiende a ser altamente consciente de sí misma y muy auto crítica en la situación social temida, mostrando, con frecuencia, inhibitorias involuntarias como una presencia rígida o tiesa, una comunicación verbalmente inarticulada, de donde se deriva una ejecución social negativa y la atención indeseada de los demás.

2.3. Participante

Paciente masculino de nombre Joel de 22 años de edad, nació el 29 de enero del 2001 en el departamento de Huancavelica, es el mayor de dos hermanos y se encuentra soltero. Actualmente está cursando el tercer ciclo de la carrera de computación e informática en un instituto de su ciudad de origen.

2.4. Evaluación psicológica (caso clínico Psicológico)

2.4.1. Observación psicológica

Joel es un joven que representa su edad cronológica, de estatura 1.75 m aproximadamente, tez trigueña, de contextura media, de cabello corto y lacio, ojos de color

negro. Se viste acorde a la estación. Generalmente acude a las sesiones con pantalón jean, chompa y zapatos mostrando higiene y cuidado en su arreglo personal.

Llega puntualmente a las citas acompañadas de su madre y hermano menor, la misma que participa de las entrevistas.

Se encuentra lucido, orientado en persona, espacio y tiempo.

Durante las entrevistas se muestra colaborador, poco comunicativo respondiendo a las preguntas con un lenguaje poco fluido y coherente.

Por otro lado, no mantiene contacto visual, se expresa en un tono de voz audible.

En algunas ocasiones muestra su inquietud moviendo las piernas constantemente y apretando las manos una contra otra.

2.4.2. Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis)

HISTORIA PSICOLÓGICA:

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y apellidos : Joel C.M.
- Sexo : masculino
- Edad : 22 años
- Lugar de nacimiento : Huancavelica
- Fecha de nacimiento : 29/01/2000
- Grado de instrucción : 3 ciclo del instituto
- Religión : católica
- Lugar de procedencia : Huancavelica
- Domicilio : Barrio Calvario - Huancavelica
- Evaluado por : Cristina Flor Santos Cuyutupac
- Numero de sesiones : 20
- Informantes : mamá (L.M.A.)

II. OBSERVACIÓN

Joel es un joven que representa su edad cronológica, de estatura 1m 75 aproximadamente, tez trigueña, de contextura media, de cabello corto y lacio, ojos de color negro. Se viste acorde a la estación. Generalmente acude a las sesiones con pantalón jean, chompa y zapatos mostrando higiene y cuidado en su arreglo personal.

Llega puntualmente a las citas acompañadas de su madre y hermano menor, la misma que participa de las entrevistas.

Se encuentra lucido, orientado en persona, espacio y tiempo.

Durante las entrevistas se muestra colaborador, poco comunicativo respondiendo a las preguntas con un lenguaje poco fluido y coherente.

Por otro lado, no mantiene contacto visual, se expresa un tono de voz audible.

En algunas ocasiones muestra su inquietud moviendo las piernas constantemente y apretando las manos una contra otra.

III. PROBLEMA ACTUAL:

1. Motivo de consulta

Paciente acude a consulta en compañía de su madre, refiere que siente mucho miedo y ansiedad cuando está cerca de otras personas como compañeros de clase, familiares o vecinos. También comenta “me preocupa mi actitud, soy muy tímido, tengo miedo hablar con otras personas, cuando me preguntan algo, no puedo responder, empiezo a tartamudear, mi corazón late rápido, empiezo a sudar, todo mi cuerpo se pone muy caliente y me sonrojo, por eso trato de estar solo y cuando tenemos reuniones familiares trato de estar alado de mi mamá y estar callado, lo mismo me pasa cuando tengo que exponer, a pesar que es virtual tengo mucha ansiedad, también evito salir a la calle y si lo hago es cuando mi mamá me acompaña”.

Comenta que durante sus exposiciones de clases no puede expresar sus ideas y los temas de forma adecuada, empieza a tartamudear, se sonroja y siente ansiedad, por lo que en muchas

ocasiones trata de evitar pasar por situaciones sociales, algunas veces cuando tiene trabajos grupales, trata de hacer solo, para que sus compañeros expongan a cambio de él, siempre que el profesor lo permita.

No sale de su casa, prefiere estar realizando ejercicios y leyendo, siente que en su casa se encuentra seguro y no está expuesto a las críticas de las otras personas.

2. Tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos recibidos anteriormente

No tuvo tratamientos anteriores.

3. Opinión del paciente respecto a su conducta problema

Usuario refiere que desde que empezó a presentar ansiedad social tuvo dificultades en muchas áreas de su vida, como familiar, estudios y social, alejándose de muchas personas, solo para no sentir miedo y ansiedad, lo cual le hace sentir triste y preocupado, muchas de las personas piensan que él es muy reservado que no quiere participar de las actividades o reuniones que realizan en la familia o instituto.

4. Antecedentes psiquiátricos en la familia

Madre presenta trastorno de ansiedad generalizada por lo cual se encuentra en tratamiento psicológico y psiquiátrico, así mismo su hermano menor presenta diagnóstico de fobia social, y también se encuentra recibiendo tratamiento psicológico.

5. Desarrollo Cronológico del Problema

El primer episodio donde inicia sus síntomas de ansiedad, fue a la edad de 10 años en donde sus vecinos vinieron a su casa y le gritaron a sus abuelos maternos, decían que el paciente era un ratero, que todo lo que se pierde en el barrio era culpa del paciente, desde ese día los abuelos le prohibieron salir a la calle, incluso cuando lo dejaban solo, dejaban la casa con llave para que Joel no salga, el paciente menciona que se adaptó rápido a ese cambio, porque sentía que en casa estaba seguro ya que evitaría escuchar los comentarios de los vecinos.

A los 12 años inicio sus estudios secundarios, comenta que el primer día de clases se sentía asustado, ya que no conocía a sus compañeros, trataba de integrarse a su grupo, pero tenía miedo a ser criticado y no agradar a sus compañeros, por lo se excusaba para no interactuaba con ellos.

A la edad de 20 años, su madre sufrió una crisis de ansiedad motivo por el cual la sintomatología de ansiedad social del paciente se agudiza llegándole a generar malestar significativo, menciona que a partir de ese hecho sentía miedo a salir solo ya que siente que no se puede desenvolver de forma adecuada.

A la edad de 21 años ingresa a la carrera profesional de computación e informática, menciona que fue muy difícil enfrentarse a las clases virtuales y tener que entablar las conversaciones con sus compañeros de forma virtual ya que se le hacía mucho más difícil hablar con personas que no conocía.

Actualmente, a sus 22 años acude al C.S. Mental Comunitario para iniciar atención psicológica, asiste de forma voluntaria y en compañía de su madre, menciona que tiene deseos de tener amigos e interactuar en las actividades sociales como jugar futbol, salir a pasear con sus pares, así como exponer y responder preguntas en su salón de clases, ya que siente que el miedo y la ansiedad que experimenta en estas situaciones es muy intenso, por lo tanto, generan que evite dichas situaciones.

IV. HISTORIA PERSONAL:

1. Desarrollo inicial:

Embarazo no planificado, cuando el padre se enteró que la madre estaba embarazada decidió terminar la relación de pareja, por lo cual la madre se sentía preocupada y con miedo, pero con la ayuda de una tía trato de llevar un embarazo adecuado, aunque algunas veces lloraba y se angustiaba porque se sentía sola.

El parto fue normal, no hubo ningún tipo de complicaciones a pesar que la madre fue primeriza. El paciente al nacer presentó un color rosado, lloró al nacer y no necesitó de incubadora ni ninguna maniobra extra. Su nacimiento fue a los 9 meses con un peso de 3. 500 gr. y una talla de 52 cm. En cuanto a la lactancia no hubo dificultades con la succión, esta fue hasta los dos años.

2. Desarrollo psicomotor

Se paró a los 9 meses al mismo tiempo que el gateo, sus primeros pasos se dieron a los 12 meses y caminó al año y dos meses. Sus primeras palabras fueron al año y medio, no obstante, de manera fluida fue hasta los 3 años, en cuanto al control de sus esfínteres fue al año y 4 meses.

La madre refiere que el paciente no ha tenido problemas psicomotores. Al año y 4 meses empezó a comer solo y a los cuatro empezó a vestirse sin ayuda.

3. Actitudes de la familia frente al niño

El padre estuvo ausente desde que el paciente fue concebido, no mantiene comunicación a la fecha.

La madre fue muy sobreprotectora, consideraba que el paciente estaría seguro en casa, motivo por el cual no le dejaba salir a la calle, y también por motivos de trabajo dejaba al paciente por largos periodos de tiempo con los abuelos maternos.

Abuelo materno era muy sobreprotector y fue la figura paterna para el paciente, le castigo una vez porque los vecinos le acusaron de haber robado.

Abuela materna cumplía el rol materno y el cuidado del paciente, cuando la mamá se iba a otra ciudad por largos periodos de tiempo por motivos de trabajo.

4. Conductas inadecuadas de la infancia

Paciente recuerda que era un niño alegre y le gustaba salir a la calle a jugar con sus amigos del barrio, sin embargo hubo un hecho significativo que relata “un día mis vecinos

vinieron a mi casa y le gritaron a mis abuelos, le decían que yo era un ratero, que todo lo que se pierde en el barrio era por mi culpa”, desde ese día los abuelos le prohibieron salir a la calle, incluso cuando lo dejaban solo, dejaban la casa con llave para que Joel no salga, el paciente menciona que se adaptó rápido a ese cambio, porque sentía que en casa estaba seguro ya que evitaría escuchar los comentarios de los vecinos.

5. Educación

Educación inicial: paciente no recuerda mucho esta etapa, sin embargo, su madre le comenta que inicio esta etapa a la edad de 4 años, el primer día de clases le llevo su mamá y se quedó tranquilo debido a que la profesora le dio dulces, las demás veces le llevaba su abuelo materno debido a que la mamá viajaba constantemente por motivos de trabajo.

Educación primaria: ingreso al primer grado a la edad de 6 años, recuerda que era un niño tranquilo, le gustaba jugar con sus pares y algunas ocasiones dejaba que sus compañeros cogieran sus cosas y no les decía nada, después del incidente con sus vecinos ya no interactuaba con sus pares, se sentaba solo en las horas de recreo, y no le gustaba participar en actividades festivas donde se tenía que bailar, recitar, etc. A nivel académico fue un alumno con buenas calificaciones.

Educación secundaria: ingreso a la secundaria a los 12 años, por motivos de trabajo de su mamá lo cambiaba de colegio a cada año, comenta que prefería estar solo y realizar sus actividades solo, ya que piensa que los demás adolescentes son muy burlones, encaminados en cosas negativas (consumo de alcohol, videojuegos). Termino la secundaria a la edad de 16 años, no repitió grado y presentaba un buen rendimiento académico durante los 5 años de estudios, sin embargo, en algunos cursos que demandaba exponer y actuaciones por fechas festivas se le hacía difícil desenvolverse de forma adecuada y obtenía una calificación baja.

Educación superior técnica: A la fecha está cursando el tercer ciclo de la carrera profesional de computación e informática en un instituto técnico de la ciudad de residencia.

Menciona que cuando expone o le realizan preguntas presenta miedo, aceleración del ritmo cardíaco, tartamudea y le sudan las manos, a pesar que es por medio virtual.

6. Historia de trabajo

Joel a la fecha no tiene un trabajo remunerado, desde muy pequeño ayudo a sus abuelos en la chacra (siembra y cosecha de papa y maíz).

7. Desarrollo psicosexual

Se identifica con su género y siente atracción por el género opuesto, considera que varones y mujeres son importantes porque ambos géneros desempeñan diferentes roles. No tuvo enamorada y a la fecha no siente atracción por ninguna mujer. Así mismo refiere que no se masturba.

8. Actitudes religiosas

Comenta que es de religión católica, no asiste a misa debido a que considera que las personas que asisten a la iglesia son hipócritas, ya que en muchas ocasiones lo han demostrado con sus acciones, prefiere actuar de forma adecuada sin hacer daño a nadie.

9. Relaciones interpersonales

Comenta que desde que tenía 10 años no interrelacionaba con sus pares, prefería quedarse en casa jugando solo. Terminó la primaria y la secundaria sin tener amigos, salía al recreo solo y evitaba participar de los deportes y bailes por fechas festivas del colegio.

Actualmente se considera ser muy tímido para iniciar conversaciones con otras personas, evita asistir a reuniones familiares y si llega a asistir tiende quedarse callado y sentado al costado de su mamá, piensa que sus familiares son personas que tienden a criticar y solo ver los defectos de las personas, y sobre todo de él.

En casa es poco comunicativo, pasa la mayor parte del día en su habitación, evitando con frecuencia hablar con sus abuelos y tías quienes viven en la misma casa que el usuario,

sale a la calle a comprar o hacer otras actividades solo en compañía de su mamá, ya que ella le hace sentir seguro y es quien habla e interactúa con las otras personas por él.

En el instituto no tiene amigos, tiene una amiga con quien conversa solo por Facebook, y considera que ella le da confianza y no le juzga por su forma de ser (tímido y poco comunicativo), a lo contrario de sus compañeros del instituto que usualmente “son burlones y se fijan en el mínimo defecto de los demás” y por ello evita socializar e interactuar con sus pares.

10. Accidentes y enfermedades

Madre refiere que el paciente no tuvo accidentes, sin embargo, comenta que fue un niño muy enfermizo los tres primeros años de vida. Paciente recuerda cuando era niño le mordió un perro en el brazo.

V. HISTORIA FAMILIAR:

- **Madre:** Liz, 42 años. El paciente refiere que su madre es amorosa y sobreprotectora, desde que recuerda su madre es una persona que se preocupa por todo y en el año 2020 tuvo una crisis de pánico y actualmente lleva tratamiento farmacológico y psicológico por ansiedad. La madre al ser ansiosa suele estar pendiente del paciente, cada vez que el paciente sale a sacar copias la mamá lo acompaña o lo llama a cada momento al celular para estar segura que el paciente se encuentra bien.
- **Padre:** Yoel, 50 años. El paciente comenta que su padre estuvo ausente durante todo su desarrollo y no mantiene algún tipo de vínculo afectivo, debido a que la relación de sus padres terminó cuando él todavía no nacía.
- **Hermano menor:** Magno 13 años, el paciente menciona que su hermano es muy parecido a él, ya que prefiere también estar solo y dedicarse a sus propias actividades, no tiene amigos y evita relacionarse con sus pares y familiares.

2.4.3. Test o pruebas aplicadas

Evaluación psicométrica

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991): El IPA fue creado por Juan Ruiz y José Lujan en el año 1991, es un instrumento que tiene por objetivo identificar las distorsiones cognitivas y consta de 15 distorsiones cognitivas, las cuales son: filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, falacia de razón, falacia de recompensa divina, etiquetas globales, razonamiento emocional, culpabilidad, los debería. Está conformado por un total de 45 ítems y su forma de aplicación puede ser individual o grupal. La confiabilidad fue realizada por Montero (2015), donde obtuvo un coeficiente de 0.93 siendo confiable y la Validez fue obtenida mediante la validez de contenido *V de Aiken*, en la que los ítems lograron un puntaje de 1.00 de parte de los jurados.

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS; Liebowitz, 1987): La LSAS fue creada por Liebowitz en el año 1987, tiene como objetivo evaluar el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por un paciente para ayudar al diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Su forma de aplicación es individual, la escala está formada por 24 ítems, los cuales se dividen en dos escalas: Ansiedad de actuación o ejecución que posee 13 ítems y Ansiedad social que contiene 11 ítems. Ambas escalas evalúan el grado de temor o ansiedad ante situaciones específicas y el grado de evitación que provocan. La confiabilidad fue realizada por Bobes et al., (1999), los coeficientes de consistencia interna (*alfa de Cronbach*) obtenidos en la muestra estaban por encima de 0.73 en todas las subescalas del LSAS y la Validez fue obtenida bajo la curva *ROC* de 0.98 para la subescala de ansiedad y de 0.95 para la subescala de evitación.

Evaluación conductual

- **Autorregistro de pensamientos:** Es un registro que nos ayudara a identificar los principales pensamientos negativos de la ansiedad social en el usuario y la frecuencia en la cual se presentan dichos pensamientos. (ver anexo 1)
- **Autorregistro de conductas:** Es un registro que nos ayudara a identificar las principales conductas problema de la ansiedad social en el usuario y la frecuencia en la cual se presentan dichas conductas. (ver anexo 4)

2.4.4. Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones

INFORME PSICOLOGICO INTEGRADOR

I. Datos de filiación

- a. Nombres y apellidos : Joel C.M.
- b. Sexo : masculino
- c. Edad : 22 años
- d. Lugar de nacimiento : Huancavelica
- e. Fecha de nacimiento : 29/01/2000
- f. Grado de instrucción : 3 ciclo del instituto
- g. Religión : católica
- h. Lugar de procedencia : Huancavelica
- i. Domicilio : Barrio Calvario - Huancavelica
- j. Evaluado por : Cristina Flor Santos Cuyutupac
- k. Fecha de informe : 05/07/2022

II. Motivo de consulta

Paciente acude a consulta en compañía de su madre, refiere que siente mucho miedo y ansiedad cuando está cerca de otras personas como compañeros de clase, familiares o vecinos. También comenta “me preocupa mi actitud, soy muy tímido, tengo miedo hablar con otras

personas, cuando me preguntan algo, no puedo responder, empiezo a tartamudear, mi corazón late rápido, empiezo a sudar, todo mi cuerpo se pone muy caliente y me sonrojo, por eso trato de estar solo y cuando tenemos reuniones familiares trato de estar alado de mi mamá y estar callado, lo mismo me pasa cuando tengo que exponer, a pesar que es virtual tengo mucha ansiedad, también evito salir a la calle y si lo hago es cuando mi mamá me acompaña”.

Comenta que durante sus exposiciones de clases no puede expresar sus ideas y los temas de forma adecuada, empieza a tartamudear, se sonroja y siente ansiedad, por lo que en muchas ocasiones trata de evitar pasar por situaciones sociales, algunas veces cuando tiene trabajos grupales, trata de hacer solo, para que sus compañeros expongan a cambio de él, siempre que el profesor lo permita.

No sale de su casa, prefiere estar realizando ejercicios y leyendo, siente que en su casa está seguro y no está expuesto a las críticas de las otras personas.

III. Observaciones generales y de conducta

Joel es un joven que representa su edad cronológica, de estatura 1m 75 aproximadamente, tez trigueña, de contextura media, de cabello corto y lacio, ojos de color negro. Se viste acorde a la estación. Generalmente acude a las sesiones con pantalón jean, chompa y zapatos mostrando higiene y cuidado en su arreglo personal.

Llega puntualmente a las citas acompañadas de su madre y hermano menor, la misma que participa de las entrevistas.

Se encuentra lucido, orientado en persona, espacio y tiempo.

Durante las entrevistas se muestra colaborador, poco comunicativo respondiendo a las preguntas con un lenguaje poco fluido y coherente.

Por otro lado, no mantiene contacto visual, se expresa un tono de voz audible.

En algunas ocasiones muestra su inquietud moviendo las piernas constantemente y apretando las manos una contra otra.

IV. Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)
- Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS)
- Autorregistro semanal de pensamientos
- Autorregistro semanal de conductas problema

V. Análisis de resultados

Estado de ánimo. Joel presenta un nivel de ansiedad social moderada, lo cual evidencia la presencia de problemas para interactuar de manera satisfactoria en su entorno social, en el área emocional muestra intolerancia a las respuestas asociadas a una ansiedad anticipatoria que se desencadenaría en ciertas situaciones sociales tales como sentirse observado mientras expone frente a sus compañeros y profesores del instituto, sentirse observado cuando asiste a una reunión familiar, evitando además, ciertas situaciones sociales como salir solo de la casa, exponer un tema en el aula, responder las preguntas que le realiza el profesor en clases, interactuar con familiares en reuniones y participar de actividades deportivas del instituto, estas conductas le generan respuestas fisiológicas tales como aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, ruborización e incremento de la temperatura.

Pensamientos. Los pensamientos distorsionados que más caracterizan a Joel son pensamiento automático de filtraje o abstracción selectiva, sobre generalización, pensamiento polarizado, debería, visión catastrófica y falacia de justicia con un efecto emocional promedio.

Joel presento el pensamiento automático de filtraje o abstracción selectiva, debido a que generalmente se centra en una sola descripción de la situación, y tiende a filtrar solo lo negativo y se olvida de los aspectos positivos, piensa: <<seguro me voy a equivocar>>, <<nunca puedo

responder como el profesor espera>>, <<es terrible el grano que me salió, todos me miraran y se burlaran de mí, me criticaran>>.

También evidencio pensamiento automático de sobre generalización, ya que tiende a pensar que cuando pasa una misma situación, la consecuencia será la misma experiencia desagradable que experimento en algún momento, como por ejemplo el día que Joel expuso un tema en clases y se confundió al leer sus compañeros se rieron, ahora piensa que cada vez que salga a exponer o hable en público se confundirá y todas las personas que se burlaran de él, <<siempre me voy a confundir y se burlaran de mi>>.

Presento Pensamiento polarizado, puesto que Joel valora cualquier cosa de forma extrema, sin tener en cuenta posibles matices intermedios y tiende a presentar pensamientos extremos como <<nunca puedo responder como el profesor espera>>, <<todos me están viendo y se burlaran de mi>>, <<nunca puedo expresarme>>, <<nunca puedo desenvolverle solo>>, <<todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso>>.

Evidenció el pensamiento automático de debería, ya que siente cólera y tristeza frente a su propio comportamiento de evitación ante situaciones sociales como hablar en público, responder e interactuar en conversaciones, participar de reuniones familiares y de amigos, piensa: <<no debería seguir así, debo mejorar, que dirán de mí mis familiares>>, <<debería ser más sociable y hablar con mis compañeros, pensarán que tengo algún problema>>.

Presento pensamiento automático de visión catastrófica debido a que Joel usualmente piensa en lo peor de una situación sin tener motivos concretos, los pensamientos más usuales que presenta son <<seguro me voy a equivocar>>, <<seguro que me voy a olvidar todo lo que estudie y me saldrá mal mi exposición>>.

Finalmente presentó el pensamiento automático de falacia de justicia, debido a que valora como injusto todo aquello que no coincide con su forma de pensar y que los demás no hacen las cosas en función a sus valoraciones personales, piensa <<es injusto que yo tenga que

hacer solo todo el trabajo grupal>>, <<el profesor no está siendo justo con la distribución de tareas>>, <<si yo estudie, es injusto que suspenden los exámenes porque les dan más prioridad a los juegos deportivos>>.

VI. Conclusiones

- Presenta ansiedad social moderada y conductas de evitación, afectando significativamente su vida.
- Predominan los pensamientos automáticos de filtraje o abstracción selectiva, sobre generalización, pensamiento polarizado, debería, visión catastrófica y falacia de justicia con un efecto emocional promedio, asociadas a su ansiedad social y conductas de evitación.

VII. Diagnostico funcional

A. Análisis funcional conductual

Tabla 1

Análisis funcional conductual

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> - Ruborizacion, sudoración - Miedo al exponer en clases y salir solo a la calle - Encerarse en su cuarto - Rechaza las invitaciones de sus compañeros - Salir acompañado de la mamá <p>Pensamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “seguro me voy a equivocar” “nunca puedo responder como el profesor espera” - “Todos me están viendo y se burlaran de mi” “seguro que me voy a olvidar todo lo que estudie y me saldrá mal mi exposición” - “seguro me criticaran, me juzgaran” “nunca puedo expresarme” - “nunca puedo desenvolverle solo” - “todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso” - “es tremendo el grano que me salió, ya no saldré porque todos me miraran y se burlaran de mi” 	<ul style="list-style-type: none"> - Interactuar en situaciones sociales - salir de la casa. - Exponer temas en clases en el instituto. - responder las preguntas que le realizan el maestro en las clases del instituto - Interactuar con familiares en reuniones. 	<ul style="list-style-type: none"> - HH. SS de comunicación asertiva - Participación en actividades deportivas.

B. Análisis Funcional (Ed---- R ---- Er)

Tabla 2*Análisis funcional conductual descriptivo*

Estímulos discriminativos	Niveles de respuesta	Estímulos reforzadores
ED Externos:	Fisiológico:	ERf Externos:
- Cuando el profesor realiza preguntas	- aceleración del ritmo cardiaco	- Sentirse aliviado con la compañía de su mamá cuando sale.
- Exponer un tema en clase	- sudoración	
- Reuniones familiares	- ruborizacion	
- Salir solo a la calle	- incremento de la temperatura	
- Compañeros le invitan a practicar deportes	Emocional:	- Madre le llama por teléfono a cada momento lo cual le hace sentir seguro.
- Cuando una persona le inicia conversación o le realiza alguna pregunta	- sentimientos de tristeza.	
	- Miedo	
	- ansiedad.	
ED Internos	Motor/ conductual:	- No se expone a las posibles críticas de sus compañeros
Fisiológicos:	- Evita situaciones sociales	
- Acné leve	- Evita salir de la casa.	
	- Rechaza las invitaciones de sus compañeros	
	- Salir acompañado de la mamá	
Cognitivo:	- Salir a la calle teniendo la llamada por celular de la mamá.	ERf Internos:
	- Expone rápido sus trabajos en clases	

Continuación

<ul style="list-style-type: none"> - Recuerdo de las burlas de sus compañeros. - Recuerdo de la molestia del profesor cuando responden mal una pregunta - Piensa que le criticaran por el granito que le salió. 	<ul style="list-style-type: none"> - No responde las preguntas que le realizan. - No interactúa con familiares en reuniones. - Acepta sin refutar las sugerencias y ordenes de familiares y compañeros de clase. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “seguro me voy a equivocar” “nunca puedo responder como el profesor espera” - “Todos me están viendo y se burlaran de mi” “seguro que me voy a olvidar todo lo que estudie y me saldrá mal mi exposición” - “seguro me criticaran, me juzgaran” “nunca puedo expresarme” - “nunca puedo desenvolverle solo” - “todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso” - “es tremendo el grano que me salió, ya no saldré porque todos me miraran y se burlaran de mi” <p>Magnitud – Dimensiones de la Conducta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frecuencia 4 a 5 veces por semana - Miedo y ansiedad 10/10 - tristeza 7/10 - Intensidad variable <p>duración de 10 minutos a 15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa que evitando a las personas estará bien. - Sentir alivio, tranquilidad.
--	--	---

C. Análisis funcional cognitivo

Tabla 3*Análisis funcional cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
ED Externos:		
- Cuando el profesor realiza preguntas	- “seguro me voy a equivocar” “nunca puedo responder como el profesor espera”	- Tartamudea Ruborización 7/10, incremento de la temperatura 8/10, aceleración del ritmo cardiaco 9/10 y Ansiedad 9/10
- Exponer un tema en clase	- “Todos me están viendo y se burlaran de mi” “seguro que me voy a olvidar todo lo que estudie y me saldrá mal mi exposición”	- Tartamudea y expone rápido. Aceleración del ritmo cardiaco 9/10, sudoración 8/10, ruborización 7/10 y ansiedad 9/10
- Reuniones familiares	- “seguro me criticaran, me juzgaran” “nunca puedo expresarme”	- Se queda cerca a su mamá y no interactúa con sus familiares, evita asistir a reuniones familiares. incremento de la temperatura 8/10 miedo 8/10 y ansiedad 9/10

Continuación

- Salir solo a la calle	- “todas las personas me miraran y me criticaran” “nunca puedo desenvolverle solo” “no podre pedir lo que necesito”	- No sale, pide a la mamá que lo acompañe. Miedo 8/10 Ansiedad 9/10
- Compañeros le invitan a practicar deportes	- “seguro no podre desenvolverme y luego me criticaran”	- Evitar participar en actividades deportivas e interactuar con sus pares. Ansiedad 9/10 y tristeza 8/10
- Cuando una persona le inicia conversación o le realiza alguna pregunta	- “nunca puedo expresarme bien, no puedo decir mis ideas, los demás me miran mucho y seguro es porque no puedo expresarme, me juzgaran”	- Se queda callado, cuando responde tartamudea. Aceleración del ritmo cardiaco 9/10 sudoración 8/10, ruborización 7/10 y ansiedad 9/10
ED Internos:		
- Recuerdo de las burlas (chacota) de sus compañeros de clase.	- “siempre se burlan de mi” “todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso”	- Evita situaciones sociales, no participa en clases. Tristeza 8/10
- Piensa que le criticaran por el granito que le salió en la cara.	- “es tremendo el grano que me salió, ya no saldré porque todos me miraran y se burlaran de mi”	- se encierra en su habitación, realiza ejercicios solo y por la madrugada. Tristeza 8/10

VIII. Diagnóstico tradicional

Tabla 4*Diagnóstico Tradicional DSM V*

Criterios DSM V: Ansiedad social [300.23]	Presentes en el paciente
<p>A. Miedo o ansiedad intensa a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. Posibles ejemplos son interacciones sociales (por ej., mantener una conversación, encontrarse con personas desconocidas), ser observado (por ej., al comer o beber) y actuar delante de otros (por ej., dar una charla).</p>	<p>A. Miedo a: exponer frente a sus compañeros de clases, hablar en público, responder preguntas a su profesor de clases.</p>
<p>B. La persona teme ser negativamente evaluada a partir de su actuación o de los síntomas de ansiedad que muestra, lo que implica humillación o vergüenza, rechazo por parte de otros u ofender a otros.</p>	<p>B. miedo a: ser criticado y/o recibir burlas de sus compañeros de clases, de familiares en reuniones sociales.</p>
<p>C. Las situaciones sociales provocan casi siempre miedo o ansiedad.</p>	<p>C. experimenta miedo y ansiedad</p>
<p>D. Las situaciones sociales son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos.</p>	<p>D. Evita situaciones sociales de forma frecuente.</p>

Continuación

- | | |
|---|--|
| E. El miedo o ansiedad es desproporcionada para la amenaza implicada por la situación social y para el contexto sociocultural. | E. Su miedo y ansiedad es desproporcional a la situación social. |
| F. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente 6 meses o más | F. Inicio a la edad de 10 años |
| G. El miedo, ansiedad o evitación causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento. | G. a afectado las áreas personal, familiar, educativo, social. |
| H. El miedo, ansiedad o evitación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ej. drogas, fármacos) o a otra condición médica. | H. No consume drogas ni alcohol, no presenta afección médica. |
| I. El miedo, ansiedad o evitación no puede explicarse mejor por los síntomas de otro trastorno mental, tal como trastorno de pánico trastorno dismórfico corporal o trastorno del espectro autista. | I. No presenta otro trastorno mental |
| J. Si otra condición médica (por ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o heridas) está presente, el miedo, ansiedad o evitación está claramente no relacionado con ella o es excesiva. | J. No presenta afección medica |
-

Tabla 5*Diagnostico tradicional CIE 10*

Criterios CIE 10: Ansiedad social (F40.1)	Presentes en el paciente
A. Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes).	A. miedo a: ser criticado y/o recibir burlas de sus compañeros de clases, de familiares en reuniones sociales.
B. Ese temor puede ser discreto (comer en público, hablar en público, interacciones con personas del sexo opuesto) o difuso (abarca casi todas las situaciones fuera del círculo familiar).	B. Miedo a: exponer frente a sus compañeros de clases, hablar en público, responder preguntas a su profesor de clases.
C. Suele asociarse con una baja autoestima y con miedo a la crítica.	C. miedo a ser criticado por su aspecto físico y sus opiniones.
D. Las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras son manifestaciones principales de la ansiedad y no secundarias a otros trastornos (ideas delirantes u obsesivas).	D. No presenta otro trastorno mental.
E. La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.	E. Miedo y ansiedad se presenta frente a situaciones sociales como hablar en público, exponer, responder preguntas, interactuar con familiares.

Continuación

F. La situación fóbica se evita siempre que ello es posible.

F. Presenta conductas de evitación recurrente frente a situaciones sociales

G. Si la diferenciación entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil hay que dar preferencia a la agorafobia. No debe realizarse un diagnóstico de depresión a menos que pueda identificarse claramente un episodio depresivo completo.

G. No presenta otro trastorno mental.

IX. Recomendaciones

Individuo:

- Recibir terapia cognitivo conductual enfocado en disminuir los síntomas de la ansiedad social del usuario.
- Participar en talleres grupales para fortalecer las habilidades sociales.
- Participar en grupo de ayuda mutua para que el usuario genera cohesión en el colectivo, apropiación y empoderamiento, crea valores de solidaridad y cuidado cooperativo.

Familia (mamá y hermano).

- Terapia familiar para fortalecer los lazos afectivos y la comunicación en la familia.
- Recibir orientación y consejería en pautas de crianza saludable.
- Psicoeducar en el diagnóstico y tratamiento del usuario.

2.5. Intervención

Objetivos:

Objetivo general

- Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de un adulto joven con ansiedad social.

Objetivos específicos

- Disminuir los síntomas fisiológicos relacionados a la ansiedad social a través de técnicas de relajación.
- Modificar los pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las conductas de evitación a través del entrenamiento en desensibilización sistemática.
- Incrementar las habilidades sociales a través de técnicas de modelado.

Plan de intervención

Las sesiones terapéuticas son trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado.

El tratamiento se desarrollará en 3 sesiones de evaluación, 15 sesiones de intervención y 2 sesiones de seguimiento (post test), cada una con 45 a 60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana, sin embargo, esto puede variar por algún evento externo. El tratamiento se tiene previsto para una duración aproximada de cinco meses, desde la demanda hasta la culminación de la misma. El proceso comprende tres fases: la primera, la fase de evaluación (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades, la segunda, la fase de la intervención propiamente dicha y tercera el seguimiento (post test).

Estrategias a aplicar en las sesiones planteadas:

Plan de intervención y calendarización

Tabla 6

Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
Fase de evaluación					
Sesión 01	21/06/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años y madre	Observación y entrevista
Sesión 02	28/06/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Observación y evaluación psicológica
Sesión 03	05/07/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años y madre	Entrega de informe psicológico
Fase de intervención					
Sesión 01	12/07/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Psicoeducación y autorregistro
Sesión 02	19/07/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Respiración diafragmática y autorregistro.
Sesión 03	26/07/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Relajación progresiva de Jacobson, autorregistro y psicoeducación
Sesión 04	02/08/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Reestructuración cognitiva- registro SPEC

Continuación

Sesión 05	09/08/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Reestructuración cognitiva
Sesión 06	16/08/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Reestructuración cognitiva
Sesión 07	23/08/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Autoinstrucciones
Sesión 08	31/08/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Jerarquía de ítems
Sesión 09	06/09/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Jerarquía de ítems
Sesión 10	13/09/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Entrenamiento en imaginación.
Sesión 11	20/09/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Desensibilización sistemática.
Sesión 12	27/09/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Modelado
Sesión 13	04/10/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Role play
Sesión 14	11/10/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Entrenamiento en habilidades sociales (comunicación asertiva)
Sesión 15	18/10/2022	45 minutos	Semanal	Joven de 22 años	Solución de problemas

Fase de seguimiento

Sesión 01	02/11/2022	45 minutos	Quincenal	Joven de 22 años y madre	Seguimiento y Evaluación Post-test.
Sesión 02	02/12/2022	45 minutos	Mensual	Joven de 22 años y madre	Seguimiento.

Programa de intervención: Sesiones Terapéuticas

Fase de evaluación

Tabla 7

Sesión 01: Entrevista y observación de la conducta para determinar el problema actual

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Identificar el problema actual del usuario.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida al paciente y a su madre y se desarrolla los datos de filiación, motivo de consulta. Se identifica el problema actual del paciente especificando los síntomas presentados.		15 minutos	-Entrevista psicológica.
	Solicitar el motivo de consulta.				
	Desarrollo: Recabar información sobre la historia personal y familiar.	Se realiza la aplicación de la entrevista psicológica para recabar información de la historia clínica en base a las áreas de la vida del paciente. Además, se realiza el encuadre terapéutico sobre el proceso a seguir y se explica sobre el consentimiento informado a la madre detallando las actividades implicadas y explicando también el estudio de caso a desarrollar con fines académico.	- Formato de entrevista semiestructurada	de 20 minutos	- Entrevista psicológica. - Observación de la conducta.
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento.		10 minutos	

Tabla 8*Sesión 02: Evaluación, entrevista y observación de la conducta para determinar el problema actual*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Identificar el problema del usuario a través de la aplicación de test psicológicos específicos.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida al paciente y a su madre y se le explica que se procederá a realizar la evaluación psicológica, que consiste en la aplicación de dos cuestionarios relacionados al motivo de consulta. Se toma apuntes de las conductas observables relevantes del paciente.	- Hoja bond - Lápiz	10 minutos	- Psicoeducación - Observación de conducta.
	Desarrollo: Recabar información sobre el problema actual del usuario.	Se pide a la madre que espere en la sala de acogida mientras el usuario se encuentre en evaluación psicológica. Se procede con la aplicación de los test psicológicos. Primero se brinda la explicación e instrucciones para la evaluación de la Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS), una vez finalizada la evaluación se procede con la segunda evaluación. Se brinda la explicación e instrucciones para la evaluación del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA).	- Lápiz - Borrador - Tajador - Formato del Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS) - Formato Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA).	30 minutos	- Entrevista psicológica. - Observación de la conducta. - Evaluación psicológica
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento.		10 minutos	

Tabla 9*Sesión 03: Entrega de informe psicológico y firma del contrato conductual*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Informar al paciente y a su mamá los resultados del proceso de evaluación.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: brindar de los resultados de la evaluación.	Se da la bienvenida al paciente y a su madre y se le explica que se les brindara los resultados del proceso de evaluación. Se procede informando los resultados de la evaluación y la entrevista psicológica. Se describe la sintomatología fisiológica, emocional y conductual de la ansiedad social y como esto influye en la vida diaria del paciente, limitándolo en el desarrollo social. También se explica el proceso de intervención cognitivo conductual para el problema específico del paciente. Se firma el contrato conductual, donde se establece lo siguiente: - Se fijará el día y la hora de cada sesión, teniendo en cuenta que se desarrollará una vez a la semana.	- Historia clínica - Informe psicológico - Historia clínica	10 minutos 25 minutos	- Observación de conducta. - Psicoeducación

Continuación

	<ul style="list-style-type: none"> - Se establece las normas de convivencia durante la sesión de terapia, como apagar el celular durante la sesión. - Cumplimiento de tareas y ejercicios que se dejen para la semana. 	
Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que	10
Retroalimentación y clarificación de dudas.	surgen sobre el procedimiento.	minutos

Fase de intervención

Tabla 10

Sesión 01: Psicoeducación y autorregistro

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Explicar la problemática del paciente a través del modelo cognitivo Conductual.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida al paciente y a su madre Se le pregunta cómo le fue durante la semana, así mismo, se indica que se desarrollara la primera sesión de intervención.		10 minutos	
	Desarrollo: psicoeducar al paciente	Se motiva al paciente a compartir sus vivencias sobre cómo ha experimentado la ansiedad social. Se explica la influencia que tienen los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento, poniendo como ejemplo sus propios pensamientos recabados en la entrevista. Se explica cómo debe realizar los autorregistros y la importancia de los mismo.	- Rotafolios - Uso de casos comunes	25 minutos	- Psicoeducacion
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento. Tarea: - Se pide que para la siguiente sesión debe realizar Autorregistro de las preocupaciones con nivel de Activación e interferencia en la vida diaria.		10 minutos	

Tabla 11*Sesión 02: Respiración diafragmática y autorregistro*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenamiento en Respiración diafragmática y autorregistro para lograr el control voluntario de la respiración y su utilización principalmente en situaciones de ansiedad.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: Aprender y entrenar la técnica de la respiración diafragmática.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se revisa los auto registros que se dejó como tarea y se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana. Se empieza brindado la explicación de la técnica y la importancia de la misma. Luego se enseña la técnica de la respiración diafragmática a través del modelado terapeuta-usuario: 1.Se indica a Joel que se siente con la espalda recta, los hombros hacia atrás y que saque pecho. 2.Ahora cierra la boca y toma lentamente aire por la nariz. 3.Después suelta el aire despacio. Respira así varias veces.	- Cuaderno de autorregistro. - Tríptico con los pasos de la respiración diafragmática. - Silla	10 minutos 25 minutos	- Psicoeducacion - Psicoeducacion - Respiración diafragmática - Modelado

Continuación

Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que	10
Retroalimentación y clarificación de dudas.	surgen sobre el procedimiento.	minutos
Tarea:		
	- Practicar respiración diafragmática en casa.	
	- Autorregistro de pensamientos distorsionados y registro de activación psicofisiológica.	

Tabla 12*Sesión 03: Relajación progresiva de Jacobson*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson para disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se revisa los auto registros que se dejó como tarea y se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana.	- Cuaderno de autorregistro. - Lapicero	15 minutos	
	Desarrollo: Aprender y entrenar en relajación	Se inicia explicando la importancia de la técnica y en que consiste las 3 fases que presenta la técnica.	- Hojas bond - Lapicero - Música de relajación	20 minutos	- Psicoeducación - Relajación de Jacobson

Continuación

somáticas de progresiva
la ansiedad. Jacobson.

de Luego se procede al entrenamiento, se pide a Joel que se sienta y se ponga lo más cómodo posible, para iniciar el proceso de relajación progresiva de Jacobson.

- Parlantes
- Silla

- Modelado

1º Fase: Tensión-relajación:

- Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
 - Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
 - Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
 - Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
 - Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
 - Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
 - Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienas, relaja lentamente.
 - Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
 - Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.

Continuación

- Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- Relajación de brazos y manos. Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.
- Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
 - Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
 - Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
 - Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.

Continuación

- Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

2ª Fase: repaso:

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

3ª Fase: relajación mental:

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen	10
Retroalimentación y clarificación de dudas.	sobre el procedimiento. Tarea:	minutos
	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la respiración diafragmática en casa - Practicar los ejercicios de relajación progresiva - Autorregistro de pensamientos distorsionados y registro de activación psicofisiológica. 	

Tabla 13*Sesión 04: Entrenamiento en reestructuración cognitiva (SPEC)*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre la importancia de los pensamientos y su relación con las conductas y emociones.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: Registro de situaciones, pensamientos, emociones y comportamientos relacionados con la conducta problema. Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se revisa los auto registros que se dejó como tarea y se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana. Se empieza explicando con un ejemplo cotidiano un caso en el que los pensamientos influyen sobre las emociones y comportamiento. Se realiza un registro de las situaciones en las que aparece la conducta problema de Joel, luego se colocan las emociones y comportamiento; finalmente se completan los pensamientos que acompañan estas conductas. Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento. Tarea: - Practicar respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson. - Realizar autorregistro SPEC	- Cuaderno de autorregistro. - Pizarra - Plumones - Hojas bond - Lapiceros	10 minutos 25 minutos 10 minutos	- Psicoeducacion - Registro SPEC

Tabla 14*Sesión 05: Entrenamiento en reestructuración cognitiva*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en Identificar y disminuir los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas.	Inicio: Bienvenida a la consulta y explicación de los pensamientos distorsionados	Se da la bienvenida a la sesión de terapia. Se le pregunta cómo le fue durante la semana. Se explica con ejemplos las principales distorsiones cognitivas y su relación con el mantenimiento de las conductas problema.	- Pizarra - Plumones - Uso de casos comunes como ejemplos.	15 minutos	- Psicoeducación
	Desarrollo: Registro de pensamientos automáticos e identificación de distorsiones cognitivas.	Se realiza un registro SPEC, identificando los tipos de pensamientos que presenta Joel. Luego se realiza un análisis de las características de estos pensamientos, reflexionando sobre su precisión, validez y utilidad en la vida del paciente.	- Lapicero - Hojas bond	20 minutos	- Psicoeducación. - Dialogo socrático - Registro SPEC
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento. Tarea: - Realizar autorregistro en casa.		10 minutos	

Tabla 15*Sesión 06: Entrenamiento en reestructuración cognitiva*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en la reestructuración cognitiva para disminuir los pensamientos distorsionados.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se revisa los auto registros que se dejó como tarea y se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana.	- Cuaderno de autorregistro.	15 minutos	
	Desarrollo: Identificación de pensamientos alternos a las distorsiones cognitivas presentadas.	Se revisa el auto-registro realizado por el paciente, realizando preguntas sobre las bases lógicas y creencias nucleares de sus pensamientos, cuestionando su validez y utilidad. Así mismo se realiza una lista de pensamientos alternativos.	- Hojas bond - Lapicero	20 minutos	- Psicoeducación. - Flecha invertida - Dialogo socrático
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento. Tarea: - Realizar autorregistro en casa.		10 minutos	

Tabla 16*Sesión 07: Entrenamiento en Auto instrucciones*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en el afrontamiento de situaciones que desencadenan emociones negativas mediante verbalizaciones internas.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se revisa los auto registros que se dejó como tarea y se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana.	- Cuaderno de autorregistro.	15 minutos	
	Desarrollo: Entrenamiento en auto instrucciones	Se explica la importancia del diálogo interno de manera positiva ante situaciones de ansiedad. Las verbalizaciones internas serán usadas antes que pueda presentar la situación que le genera ansiedad, así como durante y después, el cual le ayudará a regular sus síntomas y generará confianza.	- Cartillas de auto instrucciones antes-durante-después.	20 minutos	- Psicoeducación - Autoinstrucciones
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento. Tarea: - Usar las cartillas de auto instrucciones antes, durante y después de haber experimentado una emoción negativa.		10 minutos	

Tabla 17*Sesión 08: Jerarquía de ítems*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en la identificación de conductas de problema asociadas a la ansiedad social del más intenso al menos intenso.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: Reconocer situaciones de fobia y/o ansiedad.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana. Se inicia realizando respiración diafragmática. Se explica al paciente cual es el objetivo de la técnica a utilizar. Se enseña a Joel a evaluar su ansiedad del 1 al 10 calificando cada situación social que le produce ansiedad a través de la SUD. Luego se asigna actividades con cierto grado de complejidad a Joel y que evalúe su ansiedad numéricamente, con el propósito de afianzar sus capacidades de funcionamiento y de refutar sus dudas.	- Silla. - Hojas bond. - Lapicero	15 minutos 20 minutos	- Psicoeducacion - respiración diafragmática - jerarquía de ítems

Continuación

Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento.	10 minutos
Retroalimentación y clarificación de dudas.	Tarea: <ul style="list-style-type: none"> - Practicar ejercicios de respiración diafragmática. - Evaluar a través de SUD situaciones que le generen ansiedad y/o fobia. 	

Tabla 18*Sesión 09: Jerarquía de ítems*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en el reconocimiento y jerarquización de las situaciones que le generan ansiedad social	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: Jerarquía de ítems	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana. Se inicia con el entrenamiento en técnica de relajación por medio de la respiración diafragmática y también lograr la capacidad de imaginación en Joel.	- Hojas bond - Lapicero	15 minutos 20 minutos	- Psicoeducación - Respiración diafragmática.

Continuación

y conducta de
evitación.

De la evaluación se obtienen los siguientes ítems
fóbicos en la jerarquía.

- Cuando el profesor realiza preguntas en el aula 10
- Exponer un tema en clase 10
- Reuniones familiares 8
- Salir solo a la calle 8
- Compañeros le invitan a practicar deportes 7
- Cuando una persona le inicia conversación o le
realiza alguna pregunta 7

- Jerarquía de
ítems

Cierre:

Retroalimentación y
clarificación de dudas.

Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que
surgen sobre el procedimiento.

Tarea:

- Practicar relajación diafragmática y muscular,
registrando la activación psicofisiológica y
registrando pensamientos y alternativas
racionales a esos pensamientos.

10
minutos

Tabla 19*Sesión 10: Entrenamiento en imaginación.*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Lograr que el paciente se aproxime a las situaciones fóbicas a través de la relajación e imaginación.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: entrenamiento respiración diafragmática e imaginación.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que Joel encontró durante la semana. Se inicia con el entrenamiento en técnica de relajación por medio de la respiración diafragmática. e Luego se presentaron cada uno de los ítems en imaginación. Se solicitó a Joel recree una imagen mental lo más realista posible, de tal forma, que exista cierta semejanza con la realidad, y que esta imagen tenga la capacidad de generar ansiedad. Joel tuvo que imaginar escenas en las que el profesor le realiza preguntas en el aula, agregando todo tipo de detalles, para ello, se le ayudó en la generación de un mayor número de detalles y	- Hojas bond - Lapicero - Silla	10 minutos 25 minutos	- Psicoeducacion - Respiración diafragmática - Desensibilización sistemática

Continuación

particularidades, dándole indicaciones específicas de detalles que podía imaginar. Se fueron realizando cambios en la escena imaginada progresivamente. De la misma forma que Joel fue adquiriendo mayor capacidad, se realizaron cambios hasta lograr crear con la imaginación escenas muy diversas y realistas referidas a expresarse con su profesor, exponer un tema en clases, participar de reuniones familiares, salir solo a la calle, etc.

Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que	10
Retroalimentación y clarificación de dudas.	surgen sobre el procedimiento. Tarea:	minutos
	- Practicar respiración diafragmática.	

Tabla 20*Sesión 11: Desensibilización sistemática*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Lograr que el paciente disminuya los niveles de ansiedad a través de la relajación y desensibilización sistemática propiamente dicho.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: entrenar en desensibilización sistemática propiamente dicho.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana. Se procede a realizar el Proceso de la Desensibilización Sistemática propiamente dicho, pero antes de iniciar se pide a Joel que de una señal con la mano para indicar si estaba relajado o si sentía ansiedad por la presentación de algún ítem. Se inició estando sentado en una silla, la respuesta de relajación que había sido entrenada, y se pide a Joel que efectuó la señal acordada en ese estado. En ese momento, se presentó el primer ítem de la jerarquía y se le pidió que lo imagine con la mayor autenticidad. Es importante conservar un tiempo de atención en la relajación no menor a 40 segundos entre las	- Silla - Hoja con la lista de jerarquías.	15 minutos 20 minutos	- Psicoeducacion

Continuación

exposiciones, consiguiendo incrementarse si aparecen señales de ansiedad. La presentación consecutiva de un ítem tres veces sin que se produzca ansiedad, o que la que se produzca no supere los 3 SUD es el criterio de desensibilización de ello, en este momento es posible ya pasar al siguiente nivel. Si en la exposición de un ítem se producen respuestas de ansiedad persistentes, se propone retroceder y terminar la Desensibilización Sistemática para ver el problema (ansiedad excesiva, dificultad en la imaginación y/o en la relajación etc.).

En este caso, al cabo de tres repeticiones aproximadas en los últimos ítems, se lograron los efectos deseados respecto a la disminución de la ansiedad.

Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que	10
Retroalimentación y clarificación de dudas.	surgen sobre el procedimiento. Tarea: - Practicar respiración diafragmática y progresiva.	minutos

Tabla 21*Sesión 12: Modelado*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en la técnica de modelado para incrementar las habilidades sociales del paciente.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: desarrollar la técnica de modelado paso a paso a través de una situación que experimento y que esté relacionada con su problema para incorporar una conducta desea.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana. Se brinda psicoeducación acerca de los conceptos básicos de la técnica del modelado y los procesos implicados en el aprendizaje observacional como atención, retención, reproducción y motivación. Joel con la ayuda del terapeuta elegirá una situación que le genera ansiedad a la hora de relacionarse con sus compañeros, una vez que tengamos la situación determinada el terapeuta hará de modelo y actuará como se espera, incorporando una conducta deseada en la situación. Esta sería la primera fase de Observación.	- hojas bond - lapicero	10 minutos 25 minutos	- Psicoeducación - Modelado

Continuación

Luego en la segunda fase Adquisición. Confirmamos que Joel ha comprendido completamente el desarrollo de la conducta deseada y así llegar a la tercera fase. Aceptación e imitación, donde se le invita al paciente a repetir el modelo.

Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que	10
Retroalimentación y clarificación de dudas.	surgen sobre el procedimiento.	minutos
	Tarea:	
	- Practicar lo aprendido en situaciones cotidianas.	

Tabla 22*Sesión 13: Role play*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en la técnica de Role play para incrementar las	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana.		15 minutos	

Continuación

habilidades sociales del paciente.	Desarrollo: entrenamiento en la técnica de Role play	Se brinda psicoeducación acerca de los conceptos básicos de la técnica del Role Play. Se desarrolla la técnica con los siguientes pasos 1.- Con la ayuda del terapeuta se define el problema o situación que el paciente desea trabajar, 2.- Componer el argumento, 3.- Designación de papeles, 4.- Desarrollo del argumento, es como que los participantes se convierten en actores, actuando según el papel asignado.	- Hojas bond - Lapicero	20 minutos	- Psicoeducación - Role play
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento. Tarea: - Practicar lo aprendido en situaciones cotidianas.		10 minutos	

Tabla 23*Sesión 14: Entrenamiento en Habilidades Sociales (comunicación asertiva)*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en comunicación asertiva para el incremento de las habilidades sociales del paciente.	Inicio: Bienvenida a la consulta. Desarrollo: explicar la importancia de los pensamientos negativos en la manera en cómo nos relacionamos con los demás.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana. Se brinda psicoeducación en los tipos de comunicación (asertiva, pasiva y agresiva) y como las distorsiones cognitivas influyen en la manera de comunicarnos y relacionarnos con los demás, generando la toma de conciencia cuando ello aparezca a fin de aprender a comunicarnos de manera más asertiva. Se identifica situaciones cotidianas donde Joel presento comunicación pasiva, a través del dialogo socrático se cuestiona sus distorsiones cognitivas y se establece pensamientos más aceptables y se enumera las respuestas de	- Hojas bond - Lapicero	10 minutos 25 minutos	- - Dialogo socrático

Continuación

	comunicación más adecuadas para la situación presentada. Se fomenta a que Joel practique la comunicación asertiva, expresando sus opiniones y emociones.	
Cierre:	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento.	10 minutos
Retroalimentación y clarificación de dudas.	Tarea: - Practicar lo aprendido en situaciones cotidianas.	

Tabla 24*Sesión 15: Solución de problemas*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar en la técnica de solución de problemas para el incremento de las	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida a la sesión de terapia Se le pregunta cómo le fue durante la semana Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante la semana.		10 minutos	
	Desarrollo: se desarrolló los pasos de	Se brinda psicoeducación de la técnica de solución de problemas en diversas situaciones.	- Hojas bond - Lapicero	25 minutos	- Psicoeducación

Continuación

habilidades sociales.	la técnica de solución de problemas.	<p>Se inicia realizando las siguientes preguntas: ¿En qué consiste el problema?, ¿Cómo se da?, ¿Cuándo se da?, ¿Dónde ocurre?, ¿Quiénes están involucrados?, ¿Qué sentimientos tengo respecto al problema?, ¿Qué pienso acerca del problema?, ¿Qué sentimientos tienen las personas involucradas en el problema?</p> <p>Se indicó la necesidad de proponer alternativas, anotando todas las ideas que ocurran sobre qué hacer en una situación en la que tenga que expresarse en público como, por ejemplo: Relajarse, realizar ensayos mentales, conversar con algún amigo o la mamá sobre lo que piensa realizar, ensayar señales paralingüísticas y gestos frente a un espejo, entre otras alternativas.</p> <p>Se eligieron las alternativas más razonables y se anotaron en una hoja.</p> <p>Se desarrolló un plan o estrategia a implementar, logrando utilizar las habilidades y estrategias previamente adquiridas durante el tratamiento.</p> <p>Se pidió ejecutar el plan durante la semana.</p>	- Solución de problemas
-----------------------	--------------------------------------	--	-------------------------

Continuación

Se enseñó a evaluar los resultados, preguntándose si las acciones que se han ejecutado lo beneficiaron o tuvieron un impacto respecto a una participación efectiva y satisfactoria en situaciones sociales.

Finalmente se enseñaron formas de gratificarse, administrándose autorreforzadores y autorrefuerzos, así mismo se brinda refuerzos sociales por los resultados obtenidos.

Cierre:

Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que

10

Retroalimentación y surgen sobre el procedimiento.

minutos

clarificación de dudas.

Tarea:

- Practicar lo aprendido en situaciones que le generan ansiedad.

Fase de seguimiento

Tabla 25

Sesión 01: Seguimiento y Evaluación Post test.

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Identificar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida al paciente y se le pregunta cómo le fue durante estos quince días después de haber terminado con sus sesiones de intervención. Se le explica que se procederá a realizar la evaluación post test, que consiste en la aplicación de los mismos instrumentos psicológicos utilizados en el pre test. Se toma apuntes de las conductas observables relevantes del paciente.	- Hoja bond - Lápiz	10 minutos	- Psicoeducación - Observación de conducta.
	Desarrollo: Recabar información pos tratamiento.	Se procede con la aplicación de los test psicológicos, indicando que es muy importante responder de forma sincera y real como se está vivenciando cada situación. Primero se brinda la explicación e instrucciones para la evaluación de la Escala de Ansiedad	- Lápiz - Borrador - Tajador - Formato del Escala de Ansiedad Social	30 minutos	- Entrevista psicológica. - Observación de la conducta. - Evaluación psicológica

Continuación

	Social de Leibowitz (LSAS), una vez finalizada la evaluación se procede con la segunda evaluación.	de Leibowitz (LSAS)	
	Se brinda la explicación e instrucciones para la evaluación del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA).	- Formato Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA).	
Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento.		10 minutos

Tabla 26*Sesión 02: Seguimiento*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Realizar seguimiento al tratamiento brindado	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Se da la bienvenida al paciente y se le pregunta cómo le fue durante este último mes. Se resuelve las dudas que el paciente encontró durante el mes.		15 minutos	- Observación de conducta

Continuación

<p>Desarrollo: Se realiza seguimiento a tratamiento.</p>	<p>Se realiza a experimento alguna situación que genere ansiedad social y como lo afronto.</p> <p>Se realiza un resumen de todo el proceso de intervención y como cada sesión realizada le brinda las estrategias y técnicas para afrontar de forma adecuada cada situación que genere ansiedad social.</p>	<p>- Lapicero - Hojas bond</p>	<p>20 minutos</p>	<p>- Psi - coeducación - Observación de conducta</p>
<p>Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.</p>	<p>Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento, así mismo se invita a Joel a participar de forma libre a las actividades grupales que desarrolla el CSMC.</p>		<p>10 minutos</p>	

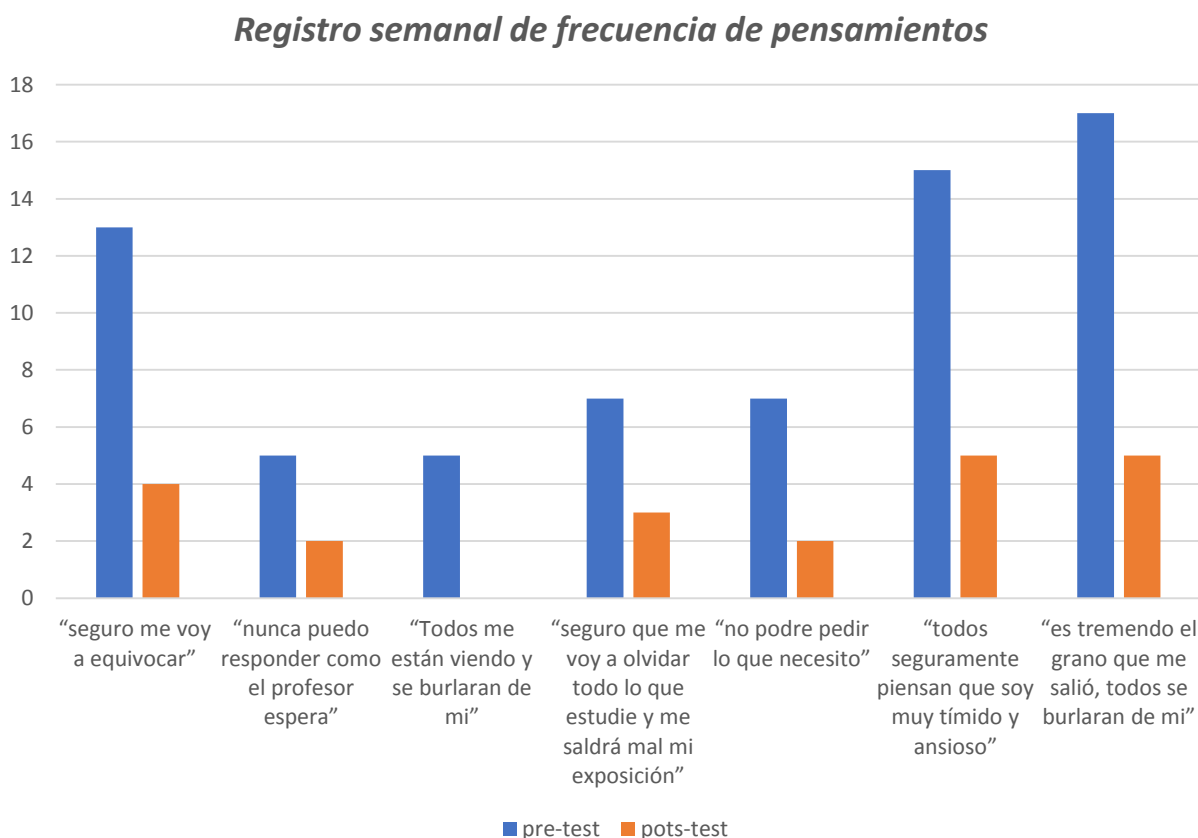
III. Resultados

3.1. Resultados pre y post intervención

En la figura 1 se observa que Joel presentó una alta frecuencia de distorsiones cognitivas con un promedio de 10 veces por semana, siendo las más frecuentes: <<todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso>>, <<es tremendo el grano que me salió, todos se burlaran de mi>> y después del tratamiento éstas disminuyen a un promedio de 3 veces durante la semana.

Figura 1

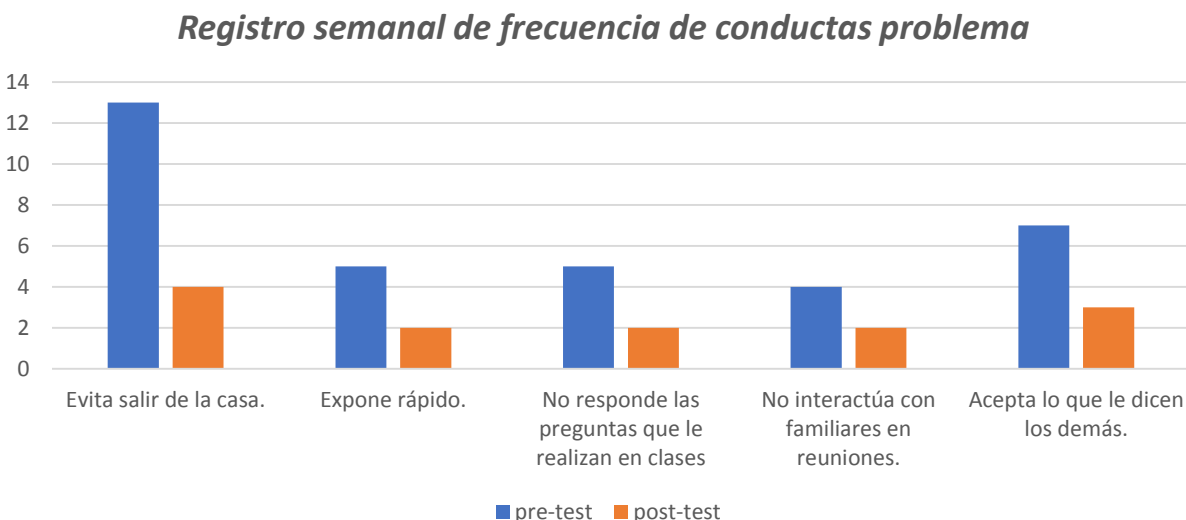
Autorregistro semanal de frecuencia de pensamientos del paciente pre y post test



En la figura 2, se puede observar que en la línea base Joel presenta 5 conductas problemáticas con una frecuencia de 13, 5, 5, 4, 7 para cada conducta respectivamente durante la semana, después del tratamiento la frecuencia de las conductas disminuye 4, 2, 2, 2 y 3 veces por semana.

Figura 2

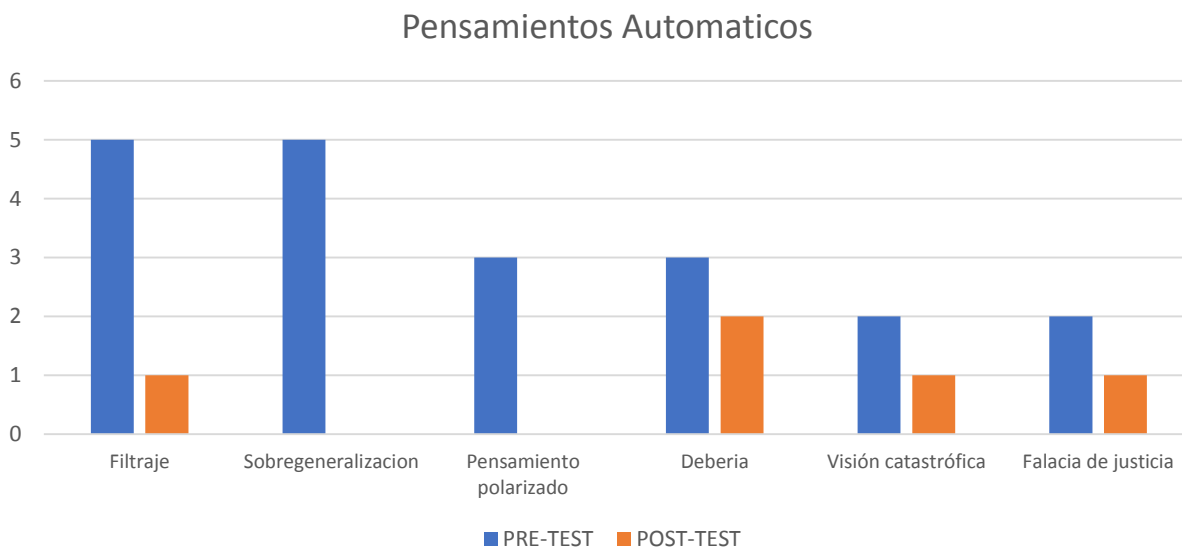
Autorregistro semanal de frecuencia de conductas problema del paciente pre y post test



En la figura 3, se observa que Joel presenta los pensamientos automáticos de filtraje, sobre generalización, pensamiento dicotómico, debería, visión catastrófica y falacia de control en un nivel promedio, al finalizar el tratamiento los pensamientos disminuyeron.

Figura 3

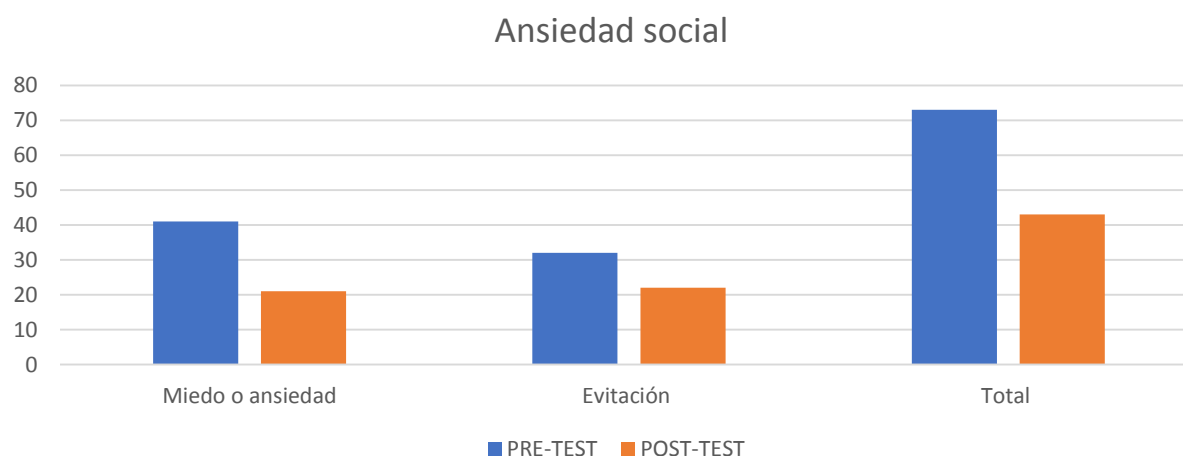
Resultados del pre test y post test: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)



En la figura 4, se observa que en el pre test Joel presenta una puntuación total de 72 en la escala mencionada, lo que le ubica en la categoría diagnóstica de ansiedad social moderada, y en el post test obtiene una puntuación total de 33 lo que lo ubica en la categoría diagnóstica de ansiedad social leve.

Figura 4

Resultados del pre test y post test: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)



3.2. Discusión de Resultados

En el presente estudio de caso se estableció como objetivo general aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de un adulto joven con ansiedad social. Al finalizar las 20 sesiones del programa: 3 sesiones de evaluación, 15 sesiones de intervención y 2 sesiones de seguimiento, se obtuvo una reducción de los niveles de ansiedad social, logrando, además, reducir las conductas evitativas frente a situaciones sociales, demostrando la efectividad de la terapia cognitivo conductual, así mismo, son similares los resultados obtenidos por Pesantes (2022) en su trabajo de investigación después de una intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad social tuvo como resultado final la reducción de respuestas de evitación y los niveles de ansiedad social, estos

resultados coinciden con los obtenidos por Rodríguez (2020), quien después de la intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social de un varón adulto de 26 años, obtuvo como resultado la disminución en las conductas de evitación y creencias irracionales, así también Roca (2019) demuestra resultados similares en un estudio de caso sobre terapia cognitiva conductual en un caso de ansiedad social, evidencia como resultado una disminución del 80% de la sintomatología ansiosa relacionada a la interacción social, de las emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores.

En cuanto al primer objetivo específico del presente estudio de caso, se logró disminuir los síntomas fisiológicos relacionados a la ansiedad social, los cuales fueron aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, ruborización e incremento de la temperatura a través del entrenamiento en respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson y psi coeducación; estos resultados concuerdan con los obtenidos por Mendoza (2020) quien en su programa de intervención, señala como una de las técnicas empleadas a la relajación progresiva de Jacobson, logrando en la evaluación post tratamiento con resultado eficaz, así mismo, Martínez et al. (2019), también empleo las mismas técnicas en el proceso de intervención de su estudio de caso, obteniendo como resultado post tratamiento, una evolución favorable tanto en sintomatología como en la fobia social.

En el segundo objetivo específico, el presente estudio de caso logró modificar los pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva tales como: <<seguro me voy a equivocar>>, <<nunca puedo responder como el profesor espera>>, <<todos me están viendo y se burlaran de mi>>, <<seguro que me voy a olvidar todo lo que estudie y me saldrá mal mi exposición>>, <<no puedo pedir lo que necesito>>, <<todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso>>, <<es tremendo el grano que me salió, todos se burlaran de mi>>, y

pensamientos automáticos de: filtraje, sobregeneralización, pensamiento polarizado, debería, visión catastrófica, falacia de justicia; se utilizó la técnica de psi coeducación, registro SPEC, reestructuración cognitiva y auto instrucciones, los resultados indican que evidencia una disminución en la frecuencia de los pensamientos distorsionados, como se aprecia en la figura 1 y una disminución en los pensamientos automáticos, como se observa en la figura 3, estos resultados coinciden con los de Reguera (2021), quien en su trabajo de intervención uso las mismas técnicas mencionadas en este estudio de caso, teniendo como resultados en el pre y post tratamiento una disminución de la ansiedad tanto estado como rasgo, reducción de sintomatología clínica y aumento del bienestar y funcionamiento general, coincidiendo con el estudio de caso de Rodríguez (2020), quien utilizo reestructuración cognitiva, identificación y debate de creencias irracionales en un caso de ansiedad social, obteniendo como resultado una reducción de las creencias irracionales y de las conductas de evitación. Así mismo, Lora (2018) en un trabajo de intervención uso las mismas técnicas del presente estudio de caso, logrando controlar la ansiedad, aprendió una nueva estrategia para afrontar las situaciones aversivas, adquirió habilidades para interactuar con otras personas diferentes a su familia.

En el tercer objetivo específico se buscó disminuir las conductas de evitación a través del entrenamiento en desensibilización sistemática, obteniendo una disminución de ansiedad social moderada a una ansiedad social leve, así como se observa en la figura 4, de igual forma lo demuestra Fajardo (2018) en un estudio de caso de ansiedad social con aplicación de técnicas cognitivo conductuales, consigue como resultado una disminución significativa del temor a hablar en público, la ansiedad social y la evitación de las situaciones sociales. Por otro lado, Sotelo (2018) refuerza este resultado con su trabajo de investigación donde empleo técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento asertivo y técnicas de exposición,

obteniendo un resultado favorable y acorde a la evidencia científica de la eficacia para la intervención para casos de ansiedad social.

En el último objetivo específico se buscó incrementar las habilidades sociales a través de técnicas de modelado, utilizando la técnica de la psicoeducación y entrenamiento en el modelado, obteniendo el incremento de sus habilidades de comunicación asertiva y resolución de problemas, logrando así relacionarse en grupo de forma adecuada, de forma similar Requena (2019) en su intervención cognitivo conductual obtuvo como resultado una mejoría notable y puede desenvolverse adecuadamente tanto en el ámbito social como personal. Siendo los resultados exitosos, el paciente ha podido superar sus problemas en situaciones de interacción social en más del 80%. Así mismo, Pesantes (2022) reafirma estos resultados ya que en su estudio de caso empleó también técnicas como el modelado y solución de problemas, logrando una participación social voluntaria, efectiva y satisfactoria del usuario en situaciones sociales, reduciendo las respuestas de evitación, así como sus niveles de ansiedad social.

Es importante mencionar que los resultados no se pueden generalizar puesto que es un estudio de caso individual y específico, sin embargo, sirve como referencia a casos similares.

Finalmente, la presente investigación contribuye a comprobar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el abordaje de casos de ansiedad social.

3.3. Seguimiento

Una vez culminada las 15 sesiones donde se concluye el programa de intervención se cita al paciente después de 15 días para realizar el post test y realizar el seguimiento, que consistió en realizar una retroalimentación del proceso de intervención, después se volvió a citar al paciente en un periodo de un mes, donde se pregunta a Joel si durante este tiempo experimentó alguna situación que genere ansiedad social y como lo afrontó.

Se realizó un resumen de todo el proceso de intervención y como cada sesión realizada le brinda las estrategias y técnicas para afrontar de forma adecuada cada situación que genere ansiedad social. Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento, así mismo se invita a Joel a participar de forma libre a las actividades grupales que desarrolla el CSMC.

IV. Conclusiones

1. Al término de la intervención cognitivo conductual se logró que el paciente tenga una participación efectiva y satisfactoria en situaciones sociales, reduciendo las conductas de evitación y sus niveles de ansiedad social.
2. Se logró disminuir las respuestas fisiológicas a través de la psi coeducación, respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson, consiguiendo un estado general de relajación que le permitió reducir la activación fisiológica.
3. Se logró modificar los pensamientos distorsionados, disfuncionales mediante la reestructuración cognitiva, cuestionando y debatiendo sus pensamientos distorsionados que le generaba malestar, para que sea sustituido por otros pensamientos racionales, funcionales y adaptativos para disminuir la ansiedad social y conductas de evitación.
4. Se logró incrementar las habilidades sociales a través del entrenamiento en la técnica de modelado, obteniendo el incremento de sus habilidades de comunicación asertiva y resolución de problemas, logrando así relacionarse en grupo de forma adecuada.
5. Se ha comprobado que la Terapia Cognitiva Conductual muestra su efectividad para los casos de ansiedad social.

V. Recomendaciones

1. Utilizar este modelo de intervención cognitivo conductual con pacientes que posean similares características del caso clínico estudiado, dada la efectividad que demuestra en el abordaje de casos de ansiedad social.
2. Motivar el ejercicio y la continuidad del uso de la técnica de reestructuración cognitiva, puesto que demuestra su efectividad en la modificación de distorsiones cognitivas y creencias irracionales.
3. Utilizar las técnicas de respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson y desensibilización sistemática, ya que favorecen significativamente a la disminución de los niveles de ansiedad social y conductas de evitación.
4. Realizar un seguimiento mensual y después de seis meses, que permita mantener en el tiempo, los cambios obtenidos por la presente intervención, a través de citas en consultorio o visitas domiciliarias.
5. Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel de la comunidad o social para prevenir cuadros de ansiedad social a través de programas de intervención con enfoque cognitivo conductual.
6. Fomentar el desarrollo de habilidades sociales desde las instituciones educativas en los diferentes niveles de educación como prevención de trastornos de ansiedad social y conductas de evitación.

VI. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Arlington.
- Bados, A. (2009). *Fobia Social*. Universidad de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Caballo, V., Salazar, I. & Garrido, L. (2018). *Programa de Intervención Multidimensional para la Ansiedad Social (IMAS)*. Comercial Grupo ANAYA, S.A.
- Fajardo, N. (2018). *Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con Fobia social de 15 años: Estudio de caso único* [Trabajo académico para optar el grado de maestría en Profundización en Psicología Clínica, Universidad del Norte]. Repositorio de la Uninorte.
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10346/133894.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, L. (2014). *Tratando trastorno de ansiedad social*. Ediciones Pirámide.
- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. Nueva editorial Interamericana.
- Lora, D. (2018). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de trastorno de ansiedad social (fobia social)* [Trabajo académico para optar el título de Especialista en Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio de la UPB.
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6106/digital_37701.pdf?sequence=1

- Martínez, P., Neira, P., Marín, C. & Gómez, M. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de casos clínicos en Salud Mental*, 7(1), 63-77.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323083>
- Mendoza, H. (2020). *Terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente con fobia social* [Tesis de Segunda Especialidad].
Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4902>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*.
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=100431>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *La salud mental en la Región de las Américas*.
<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html>
- Pesantes, K. (2022). *Intervención Cognitivo Conductual en un caso de Ansiedad Social en un Varón Adulto* [Tesis de segunda especialidad].
Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/5714/TESIS%20-Pesantes%20Vera%2c%20Katherine%20Teresa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reguera, S. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175-184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>
- Requena, F. (2019). *Intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón adulto* [Tesis de Segunda Especialidad].

Repositorio

Institucional

UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3450?show=full>

Roca, A. (2019). *Terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad social* [Tesis de segunda especialidad].

Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4401>

Rodríguez, G. (2020). *Terapia cognitivo conductual para un hombre adulto con ansiedad social* [Tesis de Segunda Especialidad].

Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4367>

Ruiz, A., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer, S.A.

Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia.

Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 10(2), 131–156.

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06>

VII. Anexos

Anexo 1

Autorregistro semanal de pensamientos

Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total

Anexo 2

Autorregistro semanal de pensamientos pre test

Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
“seguro me voy a equivocarme”	2	3	3	2	3	0	0	13
“nunca puedo responder como el profesor espera”	1	1	1	1	1	0	0	5
“Todos me están viendo y se burlaran de mi”	1	1	1	1	1	0	0	5

“seguro que me voy a olvidar todo lo que estudie y me saldrá mal mi exposición”	0	3	0	4	0	0	0	7
“no podre pedir lo que necesito”	1	1	1	1	1	1	1	7
“todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso”	1	2	3	2	2	2	3	15
“es tremendo el grano que me salió, todos se burlaran de mi”	2	2	3	2	3	3	2	17

Anexo 3*Autorregistro semanal de pensamientos post test*

Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
“seguro me voy a equivocar”	2	1	0	0	1	0	0	4
“nunca puedo responder como el profesor espera”	1	0	0	0	1	0	0	2
“Todos me están viendo y se burlaran de mi”	0	0	0	0	0	0	0	0
“seguro que me voy a olvidar todo lo que estudie y me saldrá mal mi exposición”	0	0	0	1	2	0	0	3
“no podre pedir lo que necesito”	0	0	1	1	0	0	0	2
“todos seguramente piensan que soy muy tímido y ansioso”	1	1	0	0	0	2	1	5
“es tremendo el grano que me salió, todos se burlaran de mi”	2	1	0	0	0	0	2	5

Anexo 4*Autorregistro semanal de conductas problema*

Conductas problema	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total

Anexo 5*Autorregistro semanal de conductas problema pre test*

Conductas problema	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
Evita salir de la casa.	2	1	1	3	1	3	2	13
Expone rápido.	1	1	1	1	1	0	0	5
No responde las preguntas que le realizan en clases	1	1	1	1	1	0	0	5
No interactúa con familiares en reuniones.	0	0	0	0	0	2	2	4

Acepta lo que le dicen los demás.	1	1	1	1	1	1	1	1	7
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anexo 6

Autorregistro semanal de conductas problema post test

Conductas problema	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
Evita salir de la casa.	1	0	1	1	1	0	0	4
Expone rápido.	0	0	1	0	1	0	0	2
No responde las preguntas que le realizan en clases	0	0	0	1	1	0	0	2
No interactúa con familiares en reuniones.	0	0	0	0	0	1	1	2
Acepta lo que le dicen los demás.	0	0	1	1	0	0	1	3

Anexo 7

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) – Pre test



Pre test

LSAS

 Identificación J.C.M. Fecha 28-06-2021

Cada ítem se evalúa desde las dos dimensiones fundamentales del trastorno de fobia social: el grado de temor o ansiedad experimentado ante las situaciones y su nivel de evitación. Puntuar según los siguientes criterios:

Miedo o ansiedad:

- 0 Nulo
1 Leve
2 Moderado
3 Severo

Evitación:

- 0 Nunca (0%)
1 Ocasionalmente (1-33%)
2 Frecuentemente (33-67%)
3 Usualmente (67-100%)

	Temor o ansiedad				Evitación			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. Hablar por teléfono en público (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Participar en pequeños grupos (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Comer en lugares públicos (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beber con otros en lugares públicos (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hablar con personas con autoridad (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ir a una fiesta (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trabajar mientras le están observando (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Escribir mientras le están observando (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Conocer a extraños (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Orinar en un baño público (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ser el centro de atención (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hablar en una reunión (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Hacer un examen (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Dar un informe a un grupo (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tratar de enamorar a alguien (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Devolver compras en una tienda (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Organizar una fiesta (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Resistir a un vendedor insistente (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL miedo o ansiedad:

41

TOTAL Evitación:


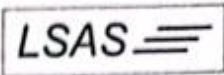
32

73: Fobia Social moderada

Anexo 8

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) – Post test

Post-test

Identificación J. C. M. Fecha 02 - 11 - 2022

Cada ítem se evalúa desde las dos dimensiones fundamentales del trastorno de fobia social: el grado de temor o ansiedad experimentado ante las situaciones y su nivel de evitación. Puntuar según los siguientes criterios:

<p>Miedo o ansiedad:</p> <p>0 Nulo</p> <p>1 Leve</p> <p>2 Moderado</p> <p>3 Severo</p>	<p>Evitación:</p> <p>0 Nunca (0%)</p> <p>1 Ocasionalmente (1-33%)</p> <p>2 Frecuentemente (33-67%)</p> <p>3 Usualmente (67-100%)</p>
---	---

	Temor o ansiedad				Evitación			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. Hablar por teléfono en público (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Participar en pequeños grupos (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Comer en lugares públicos (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beber con otros en lugares públicos (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hablar con personas con autoridad (S)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ir a una fiesta (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trabajar mientras le están observando (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Escribir mientras le están observando (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Conocer a extraños (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Orinar en un baño público (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ser el centro de atención (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hablar en una reunión (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Hacer un examen (P)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Dar un informe a un grupo (P)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tratar de enamorar a alguien (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Devolver compras en una tienda (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Organizar una fiesta (S)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Resistir a un vendedor insistente (S)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL miedo o ansiedad: 17 TOTAL Evitación: 16

33 → Fobia Social Leve

Anexo 9

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) –Pre test

J.C.M

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso	1= Algunas veces lo pienso	2= Bastante veces lo pienso	3= Con mucha frecuencia lo pienso
---------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

1 No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2 Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3 Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4 Se que piensan mal de mí	0	1	2	3
5 ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6 Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7 Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8 No hay derecho a que me traten así	0	1	2	3
9 Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10 Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11 Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12 Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13 Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14 Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15 Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16 Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17 Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18 Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19 Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20 ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21 Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22 Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23 Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3

Pretest

24 Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25 Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26 Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27 Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28 No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29 No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30 Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31 Es insostenible, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32 Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33 Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34 Quieren haceme daño	0	1	2	3
35 ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36 La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37 Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38 No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39 Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40 Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41 Soy un neurótico	0	1	2	3
42 Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43 Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44 Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45 Tanto o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

Claves de corrección:

Pretest

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31	(1-2-2) 5 ✓ puntos
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	(1-1-1) 3 ✓ puntos
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	(1-2-2) 5 ✓ puntos
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34	(0-0-0) 0
VISION CATASTROFICA	5-20-35	(0-0-2) 2 ✓ puntos
PERSONALIZACION	6-21-36	(0-0-1) 1
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	(1-0-0) 1
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	(1-1-0) 2 ✓ puntos
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	(0-0-1) 1
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	(0-0-0) 0
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	(0-0-0) 0
CULPABILIDAD	12-27-42	(1-0-0) 0
LOS DEBERIA	13-28-43	(1-2-0) 3 ✓ puntos
FALACIA DE RAZON	14-29-44	(0-0-0) 0
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	(0-1-0) 1

Anexo 10

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) –Post test

J.C.M

Posttest

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso	1= Algunas veces lo pienso	2= Bastante veces lo pienso	3= Con mucha frecuencia lo pienso
---------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2.Sólomente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3.Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4.Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6.Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8.No hay derecho a que me traten así	0	1	2	3
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10.Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11.Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13.Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14.Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15.Aunque ahora sufro, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16.Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17.Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18.Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19.Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21.Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3

24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25.Si hubiera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26.Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27.Otros sienten la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28.No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30.Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31.Es insuperable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32.Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33.Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34.Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35.¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36.La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37.Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41.Soy un neurótico	0	1	2	3
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43.Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31	(1-0-0) 1 <i>su/3</i>
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	(0-0-0) 0 <i>su/3</i>
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	(0-0-0) 0 <i>su/3</i>
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34	(1-0-0) 1
VISION CATASTROFICA	5-20-35	(0-0-1) 1 <i>su/3</i>
PERSONALIZACION	6-21-36	(0-0-1) 1
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	(0-0-0) 0
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	(1-0-0) 1 <i>su/3</i>
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	(0-0-0) 0
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	(0-0-0) 0
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	(0-0-0) 0
CULPABILIDAD	12-27-42	(0-0-0) 0
LOS DEBERIA	13-28-43	(1-1-0) 2 <i>su/3</i>
FALACIA DE RAZON	14-29-44	(0-0-0) 0
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	(0-1-0) 1

Anexo 11

Formato de consentimiento informado para actividades de investigación

Formato de consentimiento informado para actividades de investigación

Tengo plena seguridad que al amparo de la ley N°20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, ideologías, lo relacionado a mi intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha Hora.....N° Historia Clínica

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto
 el mismo que es realizado por la psicóloga
 en condición de investigadora.

Yo, declaro haber sido informado de los procedimientos de la intervención del trabajo académico que se realizara y se han resuelto todas mis inquietudes de preguntas al respecto, en pleno uso de mis facultades mentales, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de la información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitan ratificar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual, Mediante una evaluación de pre y post tratamiento.

.....
 Paciente DNI N°

.....
 Psicólogo (a) DNI N°