



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA SOCIAL DE UNA ADOLESCENTE**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

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

**Autora:**

Magan Romainville, Ana María

**Asesor:**

Solano Melo, Cristian

ORCID: 0000-0001-6669-4330

**Jurado:**

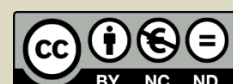
Roca Paucarpoma, Favio Javier

Montes de Oca Serpa, Hugo

Casquero Zaidman, Miriam

**Lima - Perú**

**2022**





Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**OFICINA DE GRADOS Y  
GESTION  
DEL EGRESADO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Lima 02 de marzo del 2022

**OFICIO N° 070-2022- OGGE -AS-FAPS-UNFV**

**Magister**

**Vilma Zegarra Martínez**

**Jefa de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado**

**Facultad de Psicología**

**Presente. -**

ASUNTO : **1-A MAGAN ROMAINVILLE ANA MARIA 28%**  
REFERENCIA : OFICIO N° 096-2022-OGGE-FAPS- UNFV  
NT : 009553-2022

Cordialmente le expreso mi afectuoso saludo y en atención al documento de la referencia, se remite a su despacho el resultado del **primer análisis de Similitud UNKURD** correspondiente al trabajo presentado por el(a) autor(a), **MAGAN ROMAINVILLE ANA MARIA**, titulado:

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA SOCIAL DE UNA ADOLESCENTE**

<https://secure.unkurd.com/old/view/123252420-645847-829203#FY8xDkIxDEPv8mcltUmbtFwFMaAvQH+AhRFxd16IWG4T202/2+uznS+1qFYqWFA1io4tdtABI5uqXJ2Rc2wUprYYBYUG92C2qshEjJWFctbVQQNdRqsuCbBqigdtOXjUDBUPmsOODGqoOHUJGcEkaAc9BEkryUkykIEymnKxtVer5ENs34pYvqt3hcJFCqGRi qEUZrxYh6b4yLSrts/xfB+PY7+99/t2LifLES19JDvPaP77Aw==>

Manifiesto a usted que el trabajo antes mencionado cumple con el porcentaje de similitud permitido, 28%, por lo que el **graduado puede continuar con el trámite correspondiente.**

Vº Bº

**DR. EDMUNDO HERVIAS GUERRA**

**Responsable de Gestión del Egresado  
FAPS**

EHG/SSCH

  
**BACH. SOFIA TERESA SALAZAR CHAMBA**  
**Responsable de Sistema de Similitud de  
OGGE-FAPS**



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO  
DE FOBIA SOCIAL DE UNA ADOLESCENTE

Línea de investigación:  
Salud Mental

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

Autor(a):  
Magan Romainville, Ana María

Asesor:  
Solano Melo, Cristian  
ORCID: 0000-0001-6669-4330

Jurado:  
Roca Paucarpoma, Favio Javier  
Montes de Oca Serpa, Hugo  
Casquero Zaidman, Miriam

Lima – Perú  
2022

## AGRADECIMIENTO:

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que me dieron las autoridades y docentes de la Universidad Nacional Federico Villarreal en toda la etapa de estudios y la elaboración de este trabajo durante el tiempo que nos tocó vivir, afrontando la Pandemia del COVID 19.

Asimismo, a mi madre y esposo que me apoyaron en todo momento y a Dios por la vida.

## INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| Resumen.....                                      | 01        |
| Abstract.....                                     | 02        |
| <b>I. Introducción</b>                            |           |
| 1.1 Descripción del problema.....                 | 04        |
| 1.2 Antecedentes.....                             | 05        |
| 1.2.1 Antecedentes Nacionales.....                | 05        |
| 1.2.2 Antecedentes Internacionales.....           | 08        |
| 1.2.3. Fundamentación Teórica.....                | 10        |
| 1.3 Objetivos.....                                | 24        |
| 1.4 Justificación.....                            | 25        |
| 1.5 Impactos esperados del trabajo académico..... | 25        |
| <b>II Metodología.....</b>                        | <b>26</b> |
| 2.1 Tipo y diseño de Investigación.....           | 26        |
| 2.2 Variables de investigación.....               | 26        |
| 2.3. Técnicas e instrumentos de evaluación.....   | 26        |
| 2.4 Sujeto:.....                                  | 26        |
| 2.5. Evaluación Psicológica.....                  | 27        |
| 2.6. Evaluación Psicométrica.....                 | 32        |
| <b>III. Resultados.....</b>                       | <b>60</b> |
| <b>IV. Conclusiones.....</b>                      | <b>67</b> |
| <b>V. Recomendaciones.....</b>                    | <b>68</b> |
| <b>VI. Referencias.....</b>                       | <b>69</b> |
| <b>VII. Anexos.....</b>                           | <b>73</b> |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 Resultados de Registro de opiniones de Albert Ellis .....   | 37 |
| Tabla 2 Análisis de resultados de la Escala de Habilidades Sociales .....   | 38 |
| Tabla 3 Resultados de la prueba de Personalidad de Eysenck.....   | 41 |
| Tabla 4 Resultados de Registro de opiniones de Albert Ellis .....   | 42 |
| Tabla 5 Análisis de resultados de la Escala de Habilidades Sociales .....   | 43 |
| Tabla 6 Análisis Funcional de Conducta Problema Ansiedad Social .....   | 45 |
| Tabla 7 Programa de intervención cognitivo conductual.....  | 48 |
| Tabla 8 Puntaje del nivel de Ansiedad Social según la escala de Liebowitz para la Ansiedad Social en el pre-test y post-test .....  | 60 |
| Tabla 9 Puntaje en el nivel de Ansiedad según la escala de Ansiedad de Zung en el pre-test y post-test .....                        | 61 |
| Tabla 10 Puntaje en el nivel de Habilidades Sociales según la escala de Habilidades Sociales (EHS) en el pre-test y post-test ..... | 62 |
| Tabla 11 Registro de respuestas fisiológicas .....  | 62 |
| Tabla 12 Registro de respuestas emocionales.....  | 63 |
| Tabla 13 Registro de respuestas motoras.....  | 63 |
| Tabla 14 Registro de respuestas cognitivas .....  | 63 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 Estructura familiar .....   | 28 |
| Figura 2 Registro de línea base de conductas evitativas .....  | 60 |
| Figura 3 Las creencias irracionales según el registro de Opiniones de Albert Ellis en el pre-test y post-test..... | 61 |

## Resumen

El presente trabajo nos describe la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de Ansiedad Social de una adolescente femenina de 16 años, que cursa el quinto año de educación secundaria, la finalidad es describir la efectividad de un programa de Intervención Cognitivo Conductual. En la evaluación se utilizaron técnicas e instrumentos que permitieron confirmar el diagnóstico como: Entrevista, Historia psicológica, observación conductual y aplicación de instrumentos psicológicos: LSAS, registro de opiniones de Albert Ellis, hojas de control y registro sobre la conducta de evitación. En los resultados se presenta una descripción detallada de la conducta evitativa. El diseño del programa de intervención se basó en los principios del modelo Cognitivo-Conductual para trabajar el impacto del programa de intervención en la recuperación de los síntomas de la paciente. Concluyendo que a lo largo de las sesiones psicológicas las conductas evitativas disminuyeron en sus frecuencias y puntuaciones respectivamente.

*Palabras clave:* Terapia Cognitiva Conductual, Ansiedad Social, Adolescencia



### **Abstract**

The present work describes the effectiveness of cognitive behavioral therapy in a case of Social Anxiety of a 16-year-old female adolescent, who is in the fifth year of secondary education; the purpose is to describe the effectiveness of a Cognitive Behavioral Intervention program. In the evaluation, techniques and instruments were used to confirm the diagnosis, such as Interview, Psychological history, behavioral observation and application of psychological instruments: LSAS, Albert Ellis opinion record, control sheets and avoidance behavior record. A detailed description of avoidance behavior is presented in the results. The design of the intervention program was based on the principles of the Cognitive-Behavioral model to work on the impact of the intervention program on the recovery of the patient's symptoms. Concluding that throughout the psychological sessions, avoidance behaviors decreased in their frequencies and scores, respectively.

*Keywords:* Cognitive Behavioral Therapy, Social Anxiety, Adolescence

## I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define a la Salud mental como el estado de bienestar, que permite al individuo desarrollar su potencial enfrentándose a las dificultades cotidianas de la vida, aportando a la sociedad productivamente, cuando se habla de falta fobia social, se caracteriza por miedo a ansiedad ante situaciones sociales o actuaciones en público, lo cual afecta a la persona que la padece, por lo que esta evita estas situaciones o las afronta con varios síntomas que la incapacitan a enfrentarlas.

Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida (Chávez et al. 2017).

El trastorno de fobia social implica altos niveles de ansiedad, miedo o rechazo a situaciones sociales debido a sentimientos de vergüenza, inseguridad y preocupación por ser juzgado o percibido de manera negativa por otras personas.

En mi experiencia profesional puedo afirmar que en los tiempos actuales en el que la etapa de la Adolescencia está atravesando por nuevas situaciones producto del aislamiento y el confinamiento del Coronavirus es importante tomar atención a los problemas de salud mental que se están dando y realizar investigaciones acerca de la Ansiedad social, que es el tema del trabajo elaborado.

## 1.1. Descripción del problema

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos de América (2017), el trastorno de ansiedad social es un problema de salud mental. Es un temor intenso y persistente de ser observado y juzgado por otros. Este temor puede afectar el trabajo, la escuela y otras actividades cotidianas. Incluso puede dificultarle hacer y mantener amigos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), los trastornos mentales constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad; y dentro del segundo subgrupo en importancia abarca los trastornos de ansiedad, con 2,1% de años perdidos por discapacidad (APD) y 4,9% de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental de discapacidad de la Región América Latina, incluyendo trastornos de ansiedad general, ataque de pánico y ansiedad social.

Según la Organización de Salud Mental (OMS, 2020), en la actualidad, la pandemia está incrementando una demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de salud mental.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) se define como ansiedad a la respuesta conductual y cognitiva ante la anticipación de una amenaza futura. Los trastornos ansiosos se diferencian entre sí según el estímulo que causa temor, conductas de evitación y la expresión cognitiva que se realizan sobre las mismas. Lo cual está detallado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM – 5) Dentro de la clasificación de los problemas de ansiedad encontramos la ansiedad social, que es definida como una respuesta desadaptada ante situaciones sociales en las cuales el sujeto siente ser

susceptible a una evaluación negativa lo cual implica humillación, vergüenza o rechazo de los demás (Bados, 2009).

La Ansiedad social trae como consecuencia la afectación significativa del desempeño del individuo en diferentes áreas de la vida como. El aspecto social, laboral, educativo, familiar y conlleva a una baja calidad de vida.

La prevalencia de trastornos de ansiedad social en Estados Unidos y Europa oscila entre 4 a 16% de su 14 población, teniendo un inicio en la adolescencia en el 85% de los casos. Mientras que en Latinoamérica se evidencia una prevalencia de 7.9% en Brasil, 4.07% en Medellín, y en cuanto a la prevalencia por sexo la probabilidad en mujeres es significativamente más alta que en la de varones (Muñoz y Alpizar, 2016).

Piazza y Fiestas (2014) mencionaron que la ansiedad social en el Perú ocupa el segundo lugar en prevalencia dentro de los trastornos ansiosos. Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2018) en el ámbito nacional el 7 % de la población padece de trastornos ansiosos, siendo la ansiedad social la de mayor prevalencia, según reportes del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

## **1.2 Antecedentes**

### ***1.2.1 Antecedentes Nacionales***

Acosta (2018) su estudio fue sobre una mujer de 21 años, realizándose el compromiso para el desarrollo de la intervención terapéutica de 18 sesiones; que contó con la psicoeducación del diagnóstico de la ansiedad, le entrenó en las técnicas de relajación de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson. Se instruyó en la técnica de inoculación al estrés, realizando una lista de aserciones positivas con jerarquía de ejecución imaginaria para situaciones sociales que le generaban temor; empleando las aserciones escogidas. Luego, se realizaron las exposiciones en vivo en el consultorio, con

ayuda de co-terapeutas; y en el contexto real de la paciente. También realizó el debate de las creencias irracionales, se entrenó en habilidades sociales y en solución de problemas. Se incluyó el seguimiento, comprobándose que los resultados de la intervención fueron exitosos.

Ita (2020), realizó un estudio de caso de una mujer adulta con Fobia Social, empleando los instrumentos psicológicos de LSAS, registro de opiniones de Albert Ellis y hojas de control y registro sobre la conducta de evitación. Este estudio, corresponde a una investigación experimental aplicada con diseño univariable multicondicional ABA; encontrándose en los resultados la descripción de la presencia de conductas evitativas. Finalmente, se encontró que la Terapia Cognitivo-Conductual del programa tiene efectividad en el caso de Fobia Social, ya que a través de las técnicas de desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva logra reducir las conductas evitativas.

Flores (2021) elabora un Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en los adolescentes del Colegio Privado “Juan Mejía Baca” de la ciudad de Chiclayo para disminuir la ansiedad social. El programa contaba con 12 sesiones de 60 minutos en donde se aplican técnicas cognitivas conductuales, bajo los principios de Aron Beck y Ellis. El programa tuvo como resultado impacto y resultados positivos.

Pomahuacre (2015) realizó una investigación de caso cognitivo conductual en una mujer adulta de 23 años con ansiedad social, de estatus socio económico media baja del distrito de San Luis, en la ciudad de Lima-Perú usando el diseño de estudio tipo ABA, como instrumento de evaluación se utilizaron el inventario Neo PI-R, la escala de ansiedad social de Liebowitz y el registro de opiniones de Albert Ellis. El tratamiento tuvo una duración de 16 semanas, las técnicas psicológicas utilizadas fueron ensayo conductual, técnica de respiración, reestructuración cognitiva, modelado auto registro, relajación progresiva, los resultados

muestran que la paciente fue capaz de lograr satisfactoriamente en un 80% frente a las situaciones donde antes le causaban temor.

García (2018) realizó la intervención en una paciente de 20 años con problemas de ansiedad social. Se evaluó con entrevista semiestructurada, la Escala de Temor a la Evaluación Negativa de Watson y Friend, el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, el Inventario de Depresión de Beck y un autorregistro de pensamientos, sensaciones fisiológicas y conductas ante situaciones sociales. Empleo técnicas cognitivo conductuales como psicoeducación, relajación muscular progresiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición en imaginación y en vivo, en 15 sesiones y una de seguimiento al término del programa. El resultado de esta aplicación fue exitoso, porque se encontró mejora para el afrontamiento de la ansiedad mejoría en su asertividad.

Huertas (2018) realizó el caso de Ángel, un adolescente de 17 años el cual presentaba dificultades para relacionarse socialmente de manera severa. Se emplearon técnicas de entrevista, observación y realizó programa de Intervención Terapéutica bajo el modelo de Terapia Cognitivo Conductual, la cual demostró eficacia en sus resultados a través de la modificación de pensamientos distorsionados por otros más adaptativos que le permitieron afrontar de manera exitosa las diferentes situaciones sociales en el área personal, social y familiar.

Roca (2019) realizó estudio del caso de una mujer de 24 años, con Ansiedad social. El objetivo terapéutico fue lograr el afronte a situaciones sociales con desempeño del 80% a través de la terapia cognitivo conductual, fue de diseño experimental de caso único A-B-A. En la evaluación sintomatológica se utilizaron: el Cuestionario de Ansiedad de Burns, Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI, Escala de Ansiedad de Beck, Escala de Depresión de Beck, Inventario de autoestima de Coopersmith, Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y la Lista

de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein. La recolección de datos conto con elaboración de la línea base con la entrevista conductual, autoregistros, registro de opinión de Albert Ellis, inventario de temores y el análisis funcional antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual. El cual considero 12 sesiones con técnicas de psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, relajación, solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados fueron efectivos, se logró la reducción de sintomatología ansiosa relacionada a la interacción social, de las emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores.

Aguilar (2019) realizó el caso de una adolescente de 17 años de edad, con Ansiedad social. Se aplicó la terapia cognitivo conductual bajo el diseño experimental de caso único multicondicional ABA, con el objetivo de lograr que ella afronte situaciones de interacción social efectiva, con pensamientos y emociones saludables. El utilizó autoregistros para la toma de datos, historia psicológica, además de instrumentos como cuestionario de personalidad de Eysenck, lista de chequeo de habilidades sociales de Arnold Goldstein, registro de opiniones, forma A, test de pensamientos automáticos y la escala de ansiedad estado-rasgo de Spielberger, Gorsuch y Lushene (STAI). Los resultados demostraron fueron óptimos en relación con los pensamientos que le causaban ansiedad y se dio la reducción de las respuestas de evitación, según los registros semanales elaborados, demostrándose así la eficacia de la terapia Cognitivo conductual

### ***1.2.2 Antecedentes Internacionales***

García (2000) en su investigación tuvo como objetivo validar tres programas de tratamiento específicos para la población adolescente española con fobia social generalizada. Planteando: (1) validar para población española el paquete de tratamiento titulado Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A; Albano, Marten y Holt, 1991), hasta la

actualidad el único dirigido a población adolescente con fobia social; (2) construir dos modalidades de intervención para dicha población: una primera, denominada Social Effectiveness Therapy for Adolescents (SET-A), desarrollada de acuerdo con los programas creados por los doctores Turner y Beidel (1994,1996) para población adulta (SET) e infantil (SET-C) y una segunda, diseñada a partir del análisis de los componentes de los programas CBGT-A y SET-A, la cual se ha denominado Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) y (3) estudiar las relaciones de eficacia-eficiencia entre las distintas modalidades de tratamiento, empleando para ello el tamaño del efecto. La muestra fue de 3444estudiantes y como resultado global concluyo que fue estadísticamente significativo, con una eficacia superior del SET-A e IAFS frente al CBGT-A, si bien no se constatan diferencias estadísticamente significativas entre los dos primeros. Además, los datos muestran que la significación clínica es mayor en el seguimiento que en el postest, lo que apunta a una generalización de los resultados

Wagner et al. (2014) Realizaron estudio para evaluar la eficacia de entrenamiento en habilidades sociales en la disminución de la Ansiedad social, contó con la muestra de 32 estudiantes universitarios. Se usó el Cuestionario de Ansiedad Social para adultos y la Escala de ansiedad social de Liebowitz- versión de autoinforme, constó con 10 sesiones. Se tomó en cuenta el manejo de la ansiedad, asertividad, técnicas de relajación, hablar en 'público y expresión de sentimientos. Los resultados mostraron cambios significativos en la evaluación post tratamiento, demostrándose su eficacia.

Salaberría et al. (1995) estudió la eficacia de la exposición en vivo y la terapia cognitiva para el tratamiento de la fobia social generalizada. La muestra fue de 48 adultos españoles masculinos y femeninos de 18 a 54 años con fobia social, 23 adultos españoles como grupo control, masculinos y femeninos de 18 a 54 años. La información sobre síntomas sociodemográficos y psicológicos se obtuvo mediante entrevista semiestructurada. Los sujetos



se trataron con exposición en vivo con o sin reestructuración cognitiva. Se distribuyó un manual de autoayuda para el control de la ansiedad a aproximadamente la mitad de los sujetos en cada grupo de tratamiento. Los resultados se evaluaron según síntomas de fobia social, síntomas psicopatológicos asociados, rasgos de personalidad y grupo de tratamiento.

Ortega et al. (2004) hizo estudio de caso de una mujer de 25 años, diagnosticada con fobia social. Durante la intervención se llevaron a cabo 16 sesiones más 3 de seguimiento, y las técnicas terapéuticas empleadas fueron la exposición gradual (primero en imaginación y después en vivo) a las situaciones temidas, acompañada de respiración diafragmática, relajación y entrenamiento en autoinstrucciones de enfrentamiento. Los resultados del tratamiento permitieron a la paciente tener recursos para enfrentar situaciones y reducir la probabilidad de recaídas.

Arslan (2018) Realizo la Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de Ansiedad Social de una paciente de 20 años. Se aplicó un tratamiento cognitivo conductual, empleó Psicoeducación, técnica de reestructuración cognitiva y autoregistros y fue llevado a cabo en cinco sesiones de una hora, con una periodicidad semanal. Concluyendo que el número de sesiones realizadas con la paciente no permitió obtener cambios que se puedan considerar significativos.

### ***1.2.3. Fundamentación Teórica***

## **ANSIEDAD SOCIAL**

### **Definición de ansiedad social**

Bados (2009) lo nombra trastorno de ansiedad social, definiéndola como el miedo intenso y excesivo en respuesta a situaciones sociales en la cual el sujeto se va a ver expuesto por personas desconocidas o a la posible evaluación de estas. Estos pacientes temen que su conducta sea observada y criticada.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta ante la percepción de un objeto que se identifique de tipo amenazante o de resultado incierto. Esta respuesta emocional va a generar tres tipos de respuestas: el de estado de alerta cognitivo (pensamientos), la activación fisiológica y la inquietud motora (Paz, 2009). El objetivo de esta respuesta es el mejorar la forma de afrontamiento del sujeto hacia determinadas situaciones.

Ellis (1999) separa dos tipos de ansiedad, la normal y la patológica. La primera ayuda al ser humano a preservar su vida, le da el control de sus propias emociones y le ayudara a manejar situaciones difíciles o peligrosas de forma eficiente. Implica un sistema de precaución y vigilancia para preservar al sujeto a posibles daños potenciales.

Por otro lado, la ansiedad patológica es destructiva y perjudicial para el sujeto e interfiere en las necesidades básicas del mismo. Esta ansiedad patológica cumple una función contraria de la normal ya que hace que el sujeto pierda el control que necesita para poder afrontar los problemas en los que se encuentra.

Este tipo de ansiedad es entendida como terror, fobia u horror creando así estados de shock, entumecimiento y diversas reacciones físicas y psicosomáticas que lo van a alertar contra posibles peligros. Esta ansiedad hace que el sujeto tome medidas que interfieran en el manejo de las situaciones dándole en muchas ocasiones una manera incorrecta de actuar.

Así mismo, Antony y Swinson (2014) refieren que la ansiedad social es la incomodidad o nerviosismo experimentado en las situaciones sociales, que habitualmente se origina en el miedo a hacer algo embarazoso, causar mala impresión o ser criticado por los demás.

Las personas socialmente ansiosas, suelen responder poniendo atención a las señales internas y externas de cómo son percibidos por los demás (Valles y Valles, 2011). Igualmente, a los recuerdos de sucesos anteriores socialmente negativos, produciéndose así distorsiones de los eventos basados en interpretaciones negativas; como resultado existe un aumento de

indicadores ansiógenos y de preocupación sobre la evaluación negativa de su persona y de su actuar, si en tales situaciones existe evitación esto dará alivio de los síntomas ansiógenos lo que contribuiría al mantenimiento de la ansiedad frente a una situación social.

En el DSM V menciona que este trastorno comúnmente se asocian características personales como la hiper susceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; además existe dificultad para autoafirmarse, y baja autoestima y sentimientos de inferioridad (APA, 2014).

### **Modelos explicativos de la ansiedad social**

- Teoría biológica

Fink et al. (2009) refieren que faltan mayores investigaciones para poder explicar la fisiopatología de la fobia social. Existen hallazgos, de genética y neuroimagen que podrían ayudar a comprender mejor el trastorno. Gelernter et al. (2004) sugirieron la vinculación de rasgos de personalidad heredable como baja extroversión y; en otros estudios relacionado con cierto polimorfismo del  $\beta 1$ -gen del receptor adrenérgico (ADRB1) (Fink, 2009 cita a Stein et al., 2004), el cual estaría relacionado directamente con la susceptibilidad de las reacciones fisiológicas de los individuos con fobia social.

- Modelo de O. H. Mowrer

Según la Teoría bifactorial propuesta por O. H. Mowrer, plantea que la conducta de evitación se explica por dos factores: el condicionamiento clásico o Pavloviano y el condicionamiento instrumental. El primero sucede inicialmente a manera de miedo o impulso adquirido ante la señal del estímulo aversivo o evento temido de forma primaria. Luego del condicionamiento clásico, viene el condicionamiento instrumental que consiste en un reforzamiento negativo, en el que la consecuencia de la conducta de evitación es la reducción del impulso adquirido (Pérez-Acosta y Pérez, 1999).

- Modelo Rapee y Heimberg

Rapee y Heimberg sostienen que la ansiedad ante las situaciones sociales es originada por la percepción de una potencial audiencia crítica, por lo que el individuo desarrolla una imagen mental de sí mismo tal como sería percibido por esa audiencia, donde refleja recuerdos de experiencias similares, evaluación de su estado físico combinado con la evaluación negativa de las señales dadas por la audiencia. Esta representación mental de sí mismo es comparada con la predicción de las expectativas de la audiencia, es decir, se cuestiona si está cumpliendo lo que otros esperan de él; este juicio lleva a pensar negativamente sobre los síntomas físicos que puede estar experimentando (sudoración, taquicardia, tensión muscular, etc.) y el comportamiento ansioso (tono de voz bajo, poco contacto visual, etc.). Estos síntomas fortalecen la percepción crítica de su imagen mental y retroalimentan la creencia que su rendimiento y desempeño ante la audiencia es malo.

- Modelo Beck, Emery y Greenberg

Beck et al. (2012) postulan tres categorías de creencias disfuncionales en los sujetos que padecen fobia social: reglas excesivamente rígidas de actuación en situaciones sociales, creencias condicionadas acerca de la evaluación de los demás y las creencias disfuncionales acerca de sí mismos. Cuando el individuo se desenvuelve en una situación social experimenta respuestas de ansiedad frente a este estímulo que es evaluado como amenazador; esta ansiedad les hará creerse incompetentes y empezarán a centrarse en las señales internas de ansiedad lo que interfiere en su habilidad para responder ante las señales sociales, lo que puede ocasionar que se altere negativamente el comportamiento de los otros, lo que confirmaría los miedos de la persona con fobia social. Incluso si no ocurriera una alteración en el comportamiento de la audiencia, el individuo sesgaría las señales para reafirmar la creencia de críticas hacia él, aunque éstas no se produjeran en la realidad.

Se considera que los factores de vulnerabilidad ayudan a entender por qué una situación es percibida como amenaza por unos y no por otros; o el por qué algunos desarrollan un trastorno mental y otros no (García, 2000 cita a Bados, 2009), es así que se toma en cuenta los siguientes elementos:

La Greca (2005) hizo análisis de las relaciones entre adolescentes en una muestra de 421 adolescentes de 14 a 19 años, y concluyó que las cualidades positivas de las amistades y de una relación de pareja permiten ser factores protectores para prevenir la ansiedad social, mientras que las relaciones negativas y la victimización relacional predicen una alta ansiedad social.

VARIABLES DE PERSONALIDAD: Aunque no se ha investigado lo suficiente sobre el papel que juega los componentes de la personalidad en el trastorno; actualmente se puede verificar la relación entre la fobia social y algunas variables como el alto nivel de neuroticismo y la baja extraversión (Beidel y Turner, 2005).

De acuerdo a Clarck y Beck (2012), existen ciertos factores que pueden provocar que la persona sea más vulnerable a la ansiedad. El primero de ellos aborda los determinantes biológicos, como el temperamento, los factores genéticos y los neurofisiológicos. El segundo los rasgos de personalidad, que hacen referencia a rasgos personales que pueden hacer que la persona se encuentre más propensa a actuar de forma más emocional y a una mayor cantidad de estímulos. Luego, la sensación de disminución de control de personal, la cual puede producirse por una niñez sobreprotegida. El último factor aborda los acontecimientos vitales negativos, que en algún momento causaron una amenaza o daño a su propia integridad o a sus intereses personales, pueden aumentar el riesgo de padecer ansiedad.

### **Características clínicas de la ansiedad social**

*TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL 300.23 (F40.10)*

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

- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
  - **La Fobia Social (DSM 5) o Ansiedad Social** se caracteriza por:

**A.** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

*Nota:* En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

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

**C.** Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

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

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

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

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

**G.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

**I.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

**J.** Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Falloon et al. (1981) citado por García (2000) proponen la diferencia entre fobia social específica la cual se da ante una situación determinada, y la fobia social generalizada que es cuando este temor se extiende a diversas situaciones sociales por ejemplo exponer en el salón de clases del colegio y la generalizada sería el exponer en cualquier lugar público.

Jordán (2017) cita a Edelman y Chambless (1995) que mencionan dos tipos de fobia social, el subtipo generalizado que es el miedo a la gran mayoría de las situaciones sociales como los diálogos con personas nuevas, exponer ante cualquier tipo de público o ir a cualquier tipo de reunión social; y el otro subtipo es el específico en el que se caracteriza por que las personas temen a situaciones delimitadas y específicas como el hablar, comer, escribir o firmar en público.

### **Evaluación psicológica de la ansiedad social**

#### Evaluación psicológica

La evaluación psicológica es una disciplina de la psicología científica que analiza el comportamiento del sujeto con distintos objetivos en descripción, diagnóstico, predicción, explicación, cambio y/o valoración a través de un proceso de toma de decisiones. Existe una serie de procedimientos de recogida de información de las actividades psicológicas del sujeto o de un grupo determinado (Fernández-Ballesteros, 1992).



## **Terapia Cognitivo Conductual en Ansiedad Social**

Las técnicas de la Terapia Cognitivo conductual

- **Técnicas de exposición**

Estas técnicas se usan en trastornos de ansiedad, en especial la ansiedad social y el control de impulsos. Se realiza entre el paciente y el terapeuta una jerarquía de estímulos temidos a los cuales el paciente va a acercarse y exponiéndose gradualmente, de modo que la velocidad de aproximación dependerá de cómo se siente el paciente para van a ir enfrentando el estímulo que le genera la Ansiedad, hasta que esta se reduzca, es decir el paciente va aprendiendo a manejar su conducta a nivel cognitivo al reestructurar sus procesos de pensamiento que le hacía sentir mal ante algunas situaciones.

La aplicación de estas técnicas puede darse en vivo o en la imaginación, además se pueden emplear herramientas tecnológicas a través de realidad virtual.

- **Desensibilización sistemática**

El procedimiento de esta técnica es semejante al de la Exposición respecto que se inicia haciendo una jerarquía de estímulos ansiógenos a los que el paciente irá exponiéndose y enfrentándose. Para llegar a ese momento, el paciente tendrá que ser entrenado para la realización de conductas que no generen ansiedad. De modo que esta sea reducida y las conductas evitativas también. A medida que el paciente logre manejar sus conductas se hará un contra condicionamiento que generalice sus conductas.

Para aplicar esta técnica se puede realizar a través de escenificaciones, imaginación o puede ser por contacto en el que el terapeuta sea el modelo que le enseñe cómo actuar ante determinada situación temida.

- **Técnica de la flecha ascendente**

La técnica se emplea para la modificación de los esquemas de pensamientos de pacientes a través de diferentes métodos. La técnica tiene como procedimiento elaborar una serie de preguntas que buscan determinar el porqué de cada respuesta que da ante temas que para la persona resultan significativos, y está relacionado a su motivo de consulta. Es por eso que explora el significado de sus ideas, hasta que se llega al punto en que la persona se enfrenta a dudas, interrogándose por que supone lo que piensa y que motivo la lleva a pensar o actuar de determinada manera, y como esta le afecta en su vida.

Esta técnica se usa en el marco de la Reestructuración cognitiva, teniendo como objetivo ayudar a los pacientes que se liberen de sus creencias irracionales, que les impiden desarrollarse de manera positiva, cambiando la interpretación que le dan a las situaciones que generan sus problemas de conducta permite que aparezcan nuevas formas de actuación, que le permitan desenvolverse adecuadamente.

- **Técnicas de modelado**

La técnica del modelado se aplica en función de un modelo de conducta, la cual el paciente tiene que observar y aprender a realizarla, de modo que a través de la imitación esta pueda aprenderla e incluirla en el repertorio de sus conductas, modificando las conductas o pensamientos existentes, otorgándole la capacidad de afrontamiento ante determinadas situaciones existentes.

Existen diferentes variantes según el observador deba o no replicar la conducta, el modo que se va hacer es a través de una aproximación al objetivo, el número de personas que actúan como modelo o si el modelado se realiza en vivo o a través de otros medios como la imaginación o la tecnología.

- **Inoculación de estrés**

Esta técnica ayuda al paciente a entender como le puede afectar el estrés, y como se le puede hacer frente a este. Por eso se le prepara para que practique diferentes técnicas. Se basa en la preparación del sujeto para hacer frente a posibles situaciones de estrés. Y luego hacerlas extensivas a situaciones que se le pudiera presentar.

La inoculación de estrés es un entrenamiento para modificar nuestras conductas ante situaciones estresantes, y nos permite adoptar modelos de conducta más adecuadas.

- **Entrenamiento en auto instrucciones**

Este entrenamiento se da en base a instrucciones que la persona toma como guía para la ejecución de sus conductas, indicándonos qué y cómo vamos a hacer para obtener buenos resultados. Este entrenamiento fue creado por Meichenbaum. En el proceso el terapeuta realizará un modelado de la conducta a realizar a través de pasos dados en voz alta. Luego el paciente a través de las auto verbalizaciones internas que irá recitando, ejecutará las conductas adecuadas, y realistas, las que a su vez le permitirán afrontar de manera eficaz, las diferentes situaciones que le tocaría afrontar. Se utiliza para la Depresión o la ansiedad.

- **Entrenamiento en resolución de problemas**

El entrenamiento en resolución de problemas es un tipo de tratamiento cognitivo-conductual a través del cual se pretende ayudar a los sujetos a hacer frente a determinadas situaciones que por sí mismos no son capaces de solucionar.

En este tipo de técnica se trabajan aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados. En resumidas cuentas, se trata de saber enfocar las situaciones complicadas del modo más constructivo posible, sin dejarse llevar por los miedos y la ansiedad.

- **Técnicas operantes para la modificación de conductas**

Si bien de origen conductista, este tipo de técnicas forman parte también del repertorio cognitivo-conductual. A través de este tipo de técnicas se trata fundamentalmente de provocar una modificación en la conducta a través de la estimulación.

Permiten tanto motivar y contribuir a aprender nuevas conductas como a reducirlas o modificarlas mediante la aplicación de refuerzos o castigos. Dentro de las técnicas operantes podemos encontrar el moldeamiento y el encadenamiento para potenciar conductas adaptativas, el reforzamiento diferencial para reducir conductas o cambiarlas por otras y la saciación, el tiempo fuera, sobre corrección como manera de modificar o extinguir las conductas.

- **Técnicas de autocontrol**

La habilidad de autogestión es un elemento fundamental que nos permite ser autónomos y adaptarnos al medio que nos rodea, mantener nuestra conducta y pensamientos estables a pesar de las circunstancias y/o ser capaz de modificarlas cuando es necesario. Sin embargo, muchas personas tienen dificultades en adecuar su conducta, expectativas o forma de pensar a la realidad de una forma adaptativa, con lo que pueden producirse diferentes trastornos.

Así pues, las técnicas de autocontrol son utilizadas para facilitar el aprendizaje de patrones de conducta en las que la impulsividad se vea aplacada por la consideración de las consecuencias futuras que ciertas acciones pueden acarrear.

Realizar un entrenamiento que fortalezca las habilidades de autocontrol, tal como se consigue con la terapia de autocontrol de Rehm, puede servir para controlar problemas de diversa índole como los producidos en procesos depresivos y ansiosos.

- **Técnicas de relajación y de respiración**

Sabemos que cuando la persona tiene problemas o dificultades, estas generan la activación física y psíquica, la cuales afectaran en mayor o menor medida diferentes

sensaciones corporales o pensamientos que podrían generar ansiedad o estrés. Por eso las técnicas de respiración y relajación son importantes, ya que generan sensación de bienestar, por eso son recursos de autoayuda que el paciente puede desarrollar, ya que permite a las personas aflojar tensiones, reconectarnos, tomar consciencia de cómo está nuestro cuerpo, como vivimos, las sensaciones que tenemos y nos permite restablecer el equilibrio y calma reparadora en nuestra mente y a la vez en nuestra vida.

La relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz o las técnicas de respiración, son las más empleadas.

La terapia cognitivo conductual se trata de un tipo de intervención que busca trabajar con las respuestas disfuncionales físicas, cognitivas y conductuales, de carácter aprendido; es decir, que se han practicado a lo largo del tiempo y se han convertido en hábitos (Ruiz et al., 2012; Martín-Romo, 2012). Dicha terapia cuando se dirige a la ansiedad se enmarca en un modelo cognitivo. Con el objetivo de aunar la evidencia y la práctica, la División 12 de la Asociación Americana de Psicología, correspondiente a Psicología Clínica, estableció unos criterios de clasificación de los tratamientos en función de su eficacia probada experimentalmente, facilitando, de ese modo, al terapeuta la elección de la técnica más adecuada para cada trastorno. Los expertos determinaron que, para considerar un tratamiento eficaz o bien establecido, debían cumplirse una serie de criterios, entre ellos, probar en dos estudios con grupos de investigación diferentes su superioridad frente a un grupo placebo o a otro tratamiento psicológico, estar protocolizado en forma de manual o descrito con precisión, y describir detalladamente las características de la muestra. En las revisiones llevadas a cabo siguiendo los criterios de clasificación de la División 12, la terapia cognitivo-conductual predomina como intervención de eficacia probada para los trastornos psicológicos infanto-juveniles más comunes, destacando por ello como tratamiento de elección (Orgiles, 2010)

Con adolescentes, el tratamiento de elección es el programa Adolescent Coping with Depression Course de los profesores Clarke, Lewinsohn y Hops del Oregon Research Institute, dirigido a que jóvenes de 14 a 18 años aprendan habilidades para superar la depresión. Entre sus componentes, destacan técnicas de resolución de problemas, habilidades sociales y de comunicación, relajación, actividades agradables, y reestructuración cognitiva para el cambio de los pensamientos irracionales negativos (Orgiles, 2010).

En el Artículo de la Revista Infocop Online (2010) El Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, afirma que La terapia cognitivo-conductual es para los trastornos de ansiedad infantiles y juveniles el tratamiento de primera elección. Para la fobia social, se recomienda el programa Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents, desarrollado por el grupo de investigación liderado por la profesora Albano de la Universidad de Columbia en Nueva York, y que está compuesto por una fase educativa, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.

Para las fobias específicas, han probado una elevada eficacia el modelado participante, la desensibilización sistemática en vivo y la práctica reforzada, tratamientos que comparten como principio activo la interacción gradual en vivo del niño o adolescente con los estímulos temidos.

Amodeo y Quintana (2010) mencionan que el tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social es más eficaz frente a otras alternativas, donde entre el 60% y 80% de los pacientes mejoraron y mantuvieron los resultados hasta las sesiones de seguimiento que se realizaron luego de 5 años. Es así que obtuvieron resultados favorables en la intervención de un paciente varón de 48 años, donde el programa terapéutico tomó en cuenta los siguientes componentes: conceptualización del problema, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, exposición gradual y entrenamiento en habilidades sociales. Al finalizar el

tratamiento, el paciente es capaz de mantener relaciones sociales sin experimentar niveles de ansiedad elevada, disminuyó la sintomatología depresiva, dejó de darle importancia a la percepción que pueden tener los demás sobre él y, finalmente, empezó una relación amorosa.

Por otro lado, Goldin et al. (2014) realizó un estudio donde identificó los cambios funcionales y morfológicos a nivel cerebral tras la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad; en el caso de la fobia social se usó principalmente las técnicas de reestructuración cognitiva, exposición y relajación. Se tomaron en cuenta cinco estudios donde se usó resonancia magnética funcional, excepto en uno donde emplearon electroencefalografía; es así que los resultados de los primeros cuatro arrojaron que existe un aumento de la activación del córtex prefrontal medial durante la autoevaluación negativa, asimismo hay un aumento de la actividad en estructuras prefrontales en las situaciones de reestructuración cognitiva de las creencias, además en el estudio de Mansson et al. (2013) se evidencia una disminución de la activación en la amígdala izquierda ante estímulos potencialmente amenazantes; finalmente en el trabajo de Miskovic et al. (2011), el grupo clínico mostró ondas delta-beta mucho más elevado que el grupo de sujetos sin la fobia social, esta diferencia se eliminó luego de la intervención terapéutica.

Las recomendaciones actuales del APA (2010) refiere que las evidencias de las investigaciones sugieren que se recomiende la combinación de terapia cognitiva y técnicas de la exposición, típico de la mayoría de los paquetes de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El tratamiento generalmente dura de 12 a 16 sesiones (aunque hay evidencia de que tratamientos más breves de 4-8 sesiones pueden también ser eficaces) y puede llevarse a cabo en formatos individual y grupal.

### **1.3. Objetivos**

Objetivo General: Disminuir los niveles de Ansiedad Social a través de la aplicación de un programa cognitivo conductual.

Objetivos Específicos:

- Disminuir las respuestas fisiológicas de la ansiedad social a través del uso de las técnicas de relajación.
- Modificar los pensamientos distorsionados relacionados a la ansiedad social a través de las técnicas cognitivas como reestructuración y debate socrático.
- Incrementar las respuestas conductuales de exposición y afrontamiento a la ansiedad social para disminuir las conductas de evitación y escape a través de las técnicas cognitivo-conductuales. y el Entrenamiento en habilidades sociales para disminuir la ansiedad social.
- Disminuir las emociones desadaptativas como la ansiedad, miedo y la vergüenza para una mejor regulación de las emociones.

#### **1.4. Justificación**

De acuerdo a las investigaciones nacionales e internacionales expuestas líneas arriba podemos determinar que las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual han evidenciado mayores resultados favorables para mejorar la ansiedad social que pueda presentar las personas que lo padecen.

Por este motivo se ha visto pertinente la utilización de las Técnicas explicadas con el fin de mejorar la relación interpersonal y su aprovechamiento académico.

#### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

- Contribuir al mejoramiento del programa de intervención Cognitivo conductual a través del desarrollo de los objetivos planteados.
- Identificar los resultados de la investigación y como podrían ser aprovechados posteriormente para contribuir para el tratamiento de personas que padecen el trastorno de fobia social.



- Contar con las medidas necesarias para la prevención de recaídas y que el paciente logre enfrentar algún problema a futuro.
- Proyectar los resultados que estén orientados en un campo psico social para así fomentar el intercambio de información en las diversas líneas de investigación.
- Incrementar la participación en investigaciones futuras y coordinar de forma multidisciplinaria con las diversas ramas científicas para el bienestar personal y social.

## II METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo y diseño de Investigación

La Investigación es experimental aplicada (Kerlinger 1975), con diseño de caso único (Hernández et al., 2015). Según Montero y León (2007) es un Diseño univariablenmulticondicional ABA, ya que el caso presentado está incluido dentro de los estudios experimentales en los que un solo individuo es el propio control. Describe las siguientes fases:

- Fase A: Línea base Fobia Social
- Fase B: Línea de Tratamiento basado en la Terapia Cognitivo-Conductual utilizando técnicas de afrontamiento como reestructuración cognitiva, Desensibilización Sistemática y Habilidades Sociales.
- Fase A: Línea de seguimiento

### 2.2 Variables de investigación

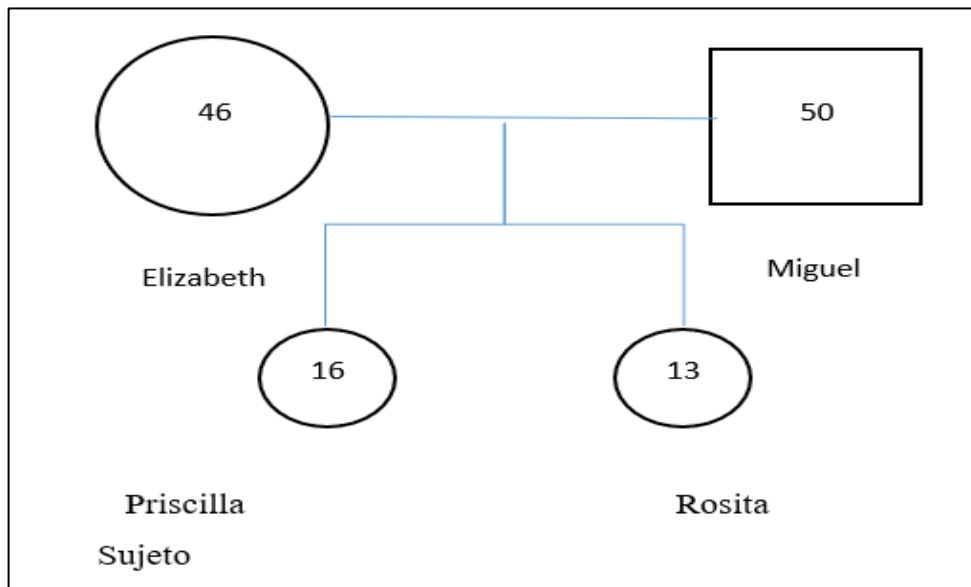
- **Variable Dependiente:** Fobia Social
- **Variable Independiente:** Terapia Cognitivo Conductual

### 2.3. Técnicas e instrumentos de evaluación

- Inventario de Personalidad Eysenck (Forma B)
- Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social
- Escala de Ansiedad de Zung
- Registro de Opiniones de Albert Ellis
- Lista de Evaluación de Habilidades Sociales

### 2.4 Sujeto:

Su estructura familiar es de 4 miembros, se presenta en el siguiente gráfico:

**Figura 1***Estructura familiar*

*Nota.* La figura representa la composición familiar en la que los padres de la paciente viven junto con ella y su hermana menor

## 2.5. Evaluación Psicológica

### Historia Psicológica:

Nombres y Apellidos : Priscilla E.J.C.

Edad : 16 años

Lugar y fecha de nacimiento : Lima, 12 de enero de 2005

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : 4to de secundaria

Ocupación : Estudiante

Lugar de Residencia : Lima – San Martín de Porres

Examinadores : Magan Romainville Ana María

### Problema Actual:

Paciente llega a consulta acompañado de su madre, refiere ella misma que no quisiera tener ansiedad y que quisiera cambiar su conducta. Menciona: “no me gusta mi personalidad”, “me siento mala persona”, siento que no puedo empatizar con la gente”, “me siento vacía, sin emociones”. “Me siento con la autoestima baja”.

#### *Presentación actual del Problema*

Refiere que las situaciones en que se presenta su ansiedad son: cuando sale de casa y al encontrarse con otras personas, si estas le critican sobre su delgadez. Refiere sentir una intensidad de ansiedad de 8/10. Así mismo, refiere sentir miedo con intensidad de 9/10 cada vez que intenta comer delante de otros porque piensa que la criticaran por como come o le mencionaran sobre su delgadez, lo cual la hace llorar. Refiere también que evita salir a reuniones sociales y familiares para no sentir vergüenza y la critiquen sobre su peso. Refiere que desde los 13 años de edad se presentan estos episodios. En casa le ocurría una vez por semana y la vergüenza le duraba aproximadamente 4 minutos por cada episodio.

Actualmente teme que esto afecte su vida personal en su presente y futuro.

#### *Historia Personal*

##### *- Desarrollo Inicial:*

Refiere que a la edad de 3 años fue cuando nació su hermana menor, sintiendo alegría y también temor, pero a medida que ambas iban creciendo su hermana menor empezó a tener autoridad sobre ella, ya que ella tenía que complacerla en todo lo que le pedía porque ella era la mayor. Cuando les daba las quejas a sus padres, estos no le hacían caso-.

Comenta que, a la edad de 7 años su mamá la apresuraba en comer y hacer sus tareas de hogar, como limpiar su cuarto, ordenar su ropa, recoger la mesa después de las comidas; y luego de ello su mamá solo le decía: “Ya está bien”. Recuerda que ella se quedaba callada a pesar que le incomodaba que ella no así tenía que hacer las cosas y su hermana menor nada.

Refiere que desde los 7 años sus padres trabajaban en turnos completos y solo podía verlos de noche, comenta: “solo pasaba una hora con ellos, más nos acompañaba mi tía”.

Comenta que sus padres solo se preocupaban porque ya tuviesen hecha sus tareas y estuviera ordenada la casa porque si no le gritaban, ella se quedaba callada y se iba a su cuarto a ponerse a llorar.

Comenta que a los 9 años su papa le regaló un peluche de un gato color naranja por su cumpleaños: “ese fue un bonito regalo que recuerdo ya que otras veces por mi cumpleaños solo salíamos a pasear, no teníamos mucho tiempo ni dinero para hacer alguna fiesta”. Así mismo, comenta que ese mismo día, por parte de su mama, recibió un abrazo fuerte de ella, diciéndole que la quería demasiado.

Refiere que a los 12 años fue creciendo y se daba cuenta que era muy delgada en comparación con sus compañeras de la escuela y empezó a recibir burlas, por su cuerpo.

Comenta que, a los 13 años, en la escuela aumento sus calificaciones hasta llegar a promediar una nota de 18 en 4 cursos, lo cual su mama le dijo: “muy bien hija, nos da gusto que estudies”; refiere que no tuvo otro gesto de cariño o afecto por sus padres, e hizo que se sintiera con vergüenza. No tenía la suficiente confianza con sus padres para contarle lo que sentía y prefería guardárselo todo para ella sola, además que no tenía amigas en quien confiar, y ni en su hermana encontraba apoyo sino rivalidad. Lo cual originaba problemas familiares

Refiere que a la edad de 16 años empezaba a escuchar música coreana con bandas pop, sintiéndose a gusto por las coreografías y la música que transmitían. Refiere: “me gusta cómo se visten y bailan, no tengo un grupo favorito, pero escuchaba de vez en cuando”. Comenta que sus vestimentas las elegía de color oscuro porque se sentía a gusto con ese color, a lo que su mama le decía: “no me gusta que elijas ese color, porque te hace saber que estuvieras triste o de luto”.

- *Desarrollo Psicosexual.*

Comenta que, a la edad de 7 años, cuando salió con sus padres a pasear a un centro comercial, vio a una pareja tomada de la mano y dándose un beso en los labios; hizo que le preguntara a su mama: “mami, ¿has visto cómo se dan beso?”. A esto su mama le respondió:

“Si, es porque están haciendo cosas de grandes”. Recuerda que en ese momento quiso preguntar más, pero su miedo hizo que se quedara callada.

Comenta que, a la edad de 13 años, en la escuela ante un chico de su clase sintió atracción de verlo porque le pareció agradable, comenta: “me gustaba sus ojos y verlo arreglado, pero él no me miraba”. Comenta que esta atracción solo duró 4 días porque sentía rechazo. Se comparaba con otras chicas de su edad y esto las frustraba.

Así mismo, refiere que ese mismo año, tuvo su periodo de menstruación mientras estaba en casa mirando una película con su tía y hermana. Comenta: “me asuste un poco pero ya sabía que tenía, porque mi tía me había explicado hace algún tiempo que le avisara en cuanto pasara”. Refiere haber sentido vergüenza por creer que esto la perjudicaría en su salud.

Refiere que, a la edad de 16 años, cuando empezó a utilizar el color negro en su vestimenta, su madre le reprochaba, aunque siguió utilizando dicho color, comenta que desde ese entonces estaba segura de que su orientación sexual seria en mantenerse heterosexual. “Creo que siempre encontrare gusto a los hombres, no encuentro atracción por chicas”.

- *Preferencias religiosas*

Comenta que su madre le ha inculcado el catolicismo. “He recibido mi bautizo y mi primera comunión; pero mi mama me llevaba a misa solo cuando había fiesta religiosa” aunque a veces he creído que soy agnóstica. Siente que cree en Dios, pero sus padres ni su hermana practican algo de la religión.

- *Historia de interacción social,*

- Refiere que, a la edad de 9 años, tenía una compañera de colegio con quien frecuentaba en jugar en receso, pero que solo se conocieron por dos semanas y después se fue a jugar con otra compañera, lo cual hizo que se sintiera triste y con miedo de volver a jugar.

Comenta que, a los 15 años, solía conversar con un grupo de amigas de la escuela. Refiere: “no son mis mejores amigas, pero son las únicas que tengo “Menciona que en la

actualidad tiene una mejor amiga que sufre de Ansiedad y con ella se siente bien porque coinciden en varias cosas y se ayudan la una a la otra.

- *Hábitos e intereses*

Refiere que, desde los 7 años, le gustaba escuchar música variada y también pintar en su cuaderno de dibujos. En la actualidad le gusta escuchar música coreana y música pop en español. Así mismo, comenta: “me gustaría estudiar educación inicial o veterinaria”. Quiere más adelante tener una carrera para mejorar la economía de sus padres que tiene muchas necesidades y además tener un negocio familiar.

- Historia Familiar:

- Padre: Miguel de 50 años, con estudios técnicos incompletos, trabaja como empleado dependiente. Comenta que, a la edad de 5 años, su papa solía cargarla cada noche para llevarla a dormir. Refiere que hasta la edad de 6 años dejó de hacer dicho gesto. Así mismo, comenta que la relación con su padre es buena, pero él es muy perfeccionista, motivo por el cual reniega cuando llega del trabajo y ve desorden en la casa y la culpa a mi mamá por culpa de nosotras, principalmente por mi hermana que no quiere hacer nada: “Si siento que los quiero a ambos, son mis padres y tengo que quererlos”. Comenta que por parte de su padre nunca la agredió físicamente para castigarla: “solo me alzaba la voz si es que desobedecía en algo”. Él es muy perfeccionista y prefiere hacer las cosas solo porque piensa que solo él lo puede hacer bien, y por eso cocina antes de ir a trabajar y luego se queja que llega tarde porque mi mamá no lo hace y cuando ella o nosotros queremos hacerlo, nos critica.

- Madre: Elizabeth de 46 años, es maestra, pero no trabaja por dedicarse a su abuelo de avanzada edad y a sus hijas. A veces da clases particulares para tener ingresos porque el sueldo de su esposo no alcanza. Refiere que, su madre le apoya y es exigente en los estudios, por eso se altera cuando ve que su hermana mayor no las hace y a ella si le exige. Comenta: “mi mamá siempre me dice que tengo que hacer tantas cosas porque soy la mayor y tengo que apoyar más

porque ella no para en casa, creo que lo único que me ha enseñado poco es a cocinar”. Ella es muy sumisa ante su familia y se recarga de todo porque no les puede hablar ya que sus hermanos no le hacen caso y se aprovechan de su bondad.

- Hermana: Rosita de 13 años actualmente. Comenta que las tareas que comparte con ella solo son de las actividades en casa, como ordenar el cuarto, ordenar su ropa, hacer sus tareas escolares. Refiere: “a veces me molesta queriendo quitarme mis cosas o me dice que deje de hacer mis tareas para que juegue con ella, pero no le grito, esto me hace sentir mal porque no me hace caso. Siempre tengo que ayudarle porque es floja para hacer sus tareas escolares, y no quiere apoyar en las tareas de la casa. Además, me molesta que coja mis cosas sin permiso, y se pone mi ropa por que la de ella está sucia y cuando le ido me la devuelve sucia. Quiere que me dedique solo a ella y es celosa cuando me oye hablar con mi amiga que sufre de ansiedad

## 2.6. Evaluación Psicométrica

- **Cuestionario De Personalidad De Eysenck - Forma B**

|                             |   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Nombres y Apellidos         | : | Priscilla E.J.C.            |
| Edad                        | : | 16 años                     |
| Lugar y fecha de nacimiento | : | Lima, 12 de enero de 2005   |
| Estado Civil                | : | Soltera                     |
| Grado de instrucción        | : | 4to de secundaria           |
| Ocupación                   | : | Estudiante                  |
| Lugar de Residencia         | : | Lima – San Martín de Porres |
| Examinadores                | : | Magan Romainville Ana María |

### **MOTIVO DE CONSULTA:**

Evaluación de la personalidad

### **OBSERVACIONES GENERALES:**



En el ámbito personal la evaluada se presenta con una vestimenta simple y cómoda de acorde con la estación y con un aspecto impecable. Con respecto la actitud durante la prueba, se muestra con una actitud colaborativa y favorable, también manifiesta timidez. En cuanto a su lenguaje verbal, es claro, fluido y coherente, su tono de voz ocasionalmente es bajo. Mientras que su lenguaje corporal, va acorde con su lenguaje verbal, es natural, la evaluada se muestra lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:**

Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En cuanto a su personalidad la examinada se por caracteriza su tendencia a la Introversión y tendencia a la estabilidad emocional. Su temperamento es de tipo flemático mantiene su compostura y guarda calma ante cualquier situación o circunstancia difícil y desagradable que la rodea sin alterarse fácilmente.

### **Recomendaciones y/o Sugerencias**

Se recomienda iniciar un tratamiento que le permita interactuar más con las personas que le rodean y el aspecto social.

- **Informe De Escala De Liebowitz Para La Ansiedad Social**

|                             |   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Nombres y Apellidos         | : | Priscilla E.J.C.            |
| Edad                        | : | 16 años                     |
| Lugar y fecha de nacimiento | : | Lima, 12 de enero de 2005   |
| Estado Civil                | : | Soltera                     |
| Grado de instrucción        | : | 4to de secundaria           |
| Ocupación                   | : | Estudiante                  |
| Lugar de Residencia         | : | Lima – San Martín de Porres |
| Examinadores                | : | Magan Romainville Ana María |

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Evaluación del Nivel de Ansiedad Social

**OBSERVACIONES GENERALES:**

En el ámbito personal la evaluada se presenta con una vestimenta simple y cómoda de acorde con la estación y con un aspecto adecuado. Con respecto la actitud durante la prueba, se muestra con una actitud colaborativa y favorable, también manifiesta timidez. En cuanto a su lenguaje verbal, es claro, fluido y coherente, su tono de voz ocasionalmente es bajo. Mientras que su lenguaje corporal, va acorde con su lenguaje verbal, es natural, la evaluada se muestra lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:**

Los resultados de la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social son:

Puntaje Total: 84 – Ansiedad Social Severa

Miedo o Ansiedad: 44

Evitación: 39

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En cuanto al nivel de Ansiedad social se manifiesta en Severa.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda iniciar un tratamiento que le permita interactuar más a nivel social a través de la Terapia Cognitiva Conductual.

**Informe De La Escala De Ansiedad De Zung**

|                             |   |                           |
|-----------------------------|---|---------------------------|
| Nombres y Apellidos         | : | Priscilla E.J.C.          |
| Edad                        | : | 16 años                   |
| Lugar y fecha de nacimiento | : | Lima, 12 de enero de 2005 |
| Estado Civil                | : | Soltera                   |
| Grado de instrucción        | : | 4to de secundaria         |

Ocupación : Estudiante  
 Lugar de Residencia : Lima – San Martín de Porres  
 Examinadores : Magan Romainville Ana María

### **MOTIVO DE CONSULTA:**

Evaluación del Nivel de Ansiedad.

### **OBSERVACIONES GENERALES:**

En el ámbito personal la evaluada se presenta con una vestimenta simple y cómoda de acorde con la estación y con un aspecto adecuado. Con respecto a la actitud durante la prueba, se muestra con una actitud colaborativa y favorable, también manifiesta timidez. En cuanto a su lenguaje verbal, es claro, fluido y coherente, su tono de voz ocasionalmente es bajo. Mientras que su lenguaje corporal, va acorde con su lenguaje verbal, es natural, la evaluada se muestra lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:**

Test de Ansiedad de ZUNG son:

Puntaje total: 46 (Índice EAA: 58) – Presencia de Ansiedad Leve

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En cuanto al nivel de Ansiedad LEVE.

#### **Recomendaciones y/o Sugerencias**

Se recomienda iniciar un tratamiento para el manejo de la Ansiedad y sus manifestaciones, que le impiden desarrollarse normalmente. Es necesario la Aplicación de un programa Cognitivo conductual, para el manejo de esta.

- **Informe Del Registro De Opiniones De Albert Ellis**

Nombres y Apellidos : Priscilla E.J.C.  
 Edad : 16 años

|                             |   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Lugar y fecha de nacimiento | : | Lima, 12 de enero de 2005   |
| Estado Civil                | : | Soltera                     |
| Grado de instrucción        | : | 4to de secundaria           |
| Ocupación                   | : | Estudiante                  |
| Lugar de Residencia         | : | Lima – San Martín de Porres |
| Examinadores                | : | Magan Romainville Ana María |

**Tabla 1**

*Resultados de Registro de opiniones de Albert Ellis*

| Escala   | CREENCIA   |            | Tendencia Racional | Tendencia Irracional | Irracional |
|----------|--|------------|--------------------|----------------------|------------|
|          |  | IRRACIONAL |                    |                      |            |
| <b>A</b> | Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.                |            |                    |                      | 9          |
| <b>B</b> | Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.      |            |                    | 7                    |            |
| <b>C</b> | Es más fácil el evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.   |            |                    |                      | 8          |
| <b>D</b> | Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.   |            |                    |                      | 8          |
| <b>E</b> | La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final. |            |                    |                      | 8          |
| <b>F</b> | Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.       |            |                    |                      | 8          |

*Nota.* Respuestas realizadas por la adolescente en el que se aprecia el alto nivel de creencias irracionales

### **Recomendaciones y/o Sugerencias**

Se recomienda realizar una terapia cognitiva para reestructurar los pensamientos irracionales que mantienen su conducta evitativa y ansiógena.

- **Lista De Evaluación De Habilidades Sociales**

|                             |   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Nombres y Apellidos         | : | Priscilla E.J.C.            |
| Edad                        | : | 16 años                     |
| Lugar y fecha de nacimiento | : | Lima, 12 de enero de 2005   |
| Estado Civil                | : | Soltera                     |
| Grado de instrucción        | : | 4to de secundaria           |
| Ocupación                   | : | Estudiante                  |
| Lugar de Residencia         | : | Lima – San Martín de Porres |
| Examinadores                | : | Magan Romainville Ana María |

#### **MOTIVO DE CONSULTA:**

Evaluación de las Habilidades Sociales.

#### **OBSERVACIONES GENERALES:**

En el ámbito personal la evaluada se presenta con una vestimenta simple y cómoda de acorde con la estación y con un aspecto impecable. Con respecto la actitud durante la prueba, se muestra con una actitud colaborativa y favorable, también manifiesta timidez. En cuanto a su lenguaje verbal, es claro, fluido y coherente, su tono de voz ocasionalmente es bajo. Mientras que su lenguaje corporal, va acorde con su lenguaje verbal, es natural, la evaluada se muestra lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

#### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:**

**Tabla 2**

*Análisis de resultados de la Escala de Habilidades Sociales*

|                    |            |                      |
|--------------------|------------|----------------------|
| Asertividad        | 35         | Promedio bajo        |
| Comunicación       | 32         | Promedio             |
| Autoestima         | 39         | Promedio bajo        |
| Toma de decisiones | 28         | Promedio bajo        |
| <b>Total</b>       | <b>134</b> | <b>Promedio bajo</b> |

**Interpretación:**

En la tabla de resultados, observamos que las áreas de Asertividad, Autoestima y Toma de decisiones es promedio bajo, lo que hace un total de Promedio bajo en sus Habilidades Sociales.

**Recomendaciones y/o Sugerencias**

Se recomienda iniciar un tratamiento que le permita interactuar y desarrollar sus Habilidades sociales, que le permita insertarse en la sociedad de manera adecuada.

## INFORME PSICOLÓGICO INTEGRADO

### DATOS DE FILIACION

|                             |   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Apellidos y Nombres         | : | Priscilla E.J.C.            |
| Edad                        | : | 16 años                     |
| Lugar y fecha de nacimiento | : | Lima, 12 de enero de 2005   |
| Estado Civil                | : | Soltera                     |
| Grado de instrucción        | : | 4to de secundaria           |
| Ocupación                   | : | Estudiante                  |
| Lugar de Residencia         | : | Lima – San Martín de Porres |
| Fecha de evaluación         | : | 05 febrero de 2020          |
| Fecha del Informe           | : | 27 de febrero 2021          |
| Examinadores                | : | Magan Romainville Ana María |

### MOTIVO DE EVALUACIÓN

- Perfil psicológico

- **OBSERVACION PSICOLOGICA**

La apariencia de la entrevistada corresponde a una contextura delgada y de estatura promedio a su edad, de tez trigueña, ojos de color negro, con cabello de color negro. La vestimenta del paciente corresponde a la estación del año, mostrando un correcto aseo personal.

Ingresa al servicio con marcha adecuada y erguida, establece escaso contacto visual durante la entrevista. Tono de voz es bajo. Muestra un lenguaje con fluidez y coherencia en sus palabras. Con adecuado nivel de atención.

Al inicio de la evaluación se mostró motivada, y con disposición de trabajar durante el desarrollo de las evaluaciones. Así mismo, se observó hiperhidrosis palmar durante la narración de temas familiares (sobre madre, hermana y su convivencia con su familia. De igual forma, se aprecia gestos de temblor de manos e intento de llanto mientras hablaba de sí misma y de su escaso manejo de habilidades sociales,

de querer mejorar y sus intentos de desarrollarse como persona e independizarse de su entorno familiar.

## TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- La entrevista Psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck - Forma B
- Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social
- Escala de Ansiedad de Zung
- Registro de Opiniones de Albert Ellis
- Lista de Evaluación de Habilidades Sociales

## RESULTADOS

Se le aplicó a la paciente las diferentes pruebas psicológicas, en las que se ostro colaboradora y motivada ara desarrollar el tratamiento con la Terapia Cognitivo Conductual. Los resultados a continuación se detallan.

**Tabla 3**

*Resultados de la prueba de Personalidad de Eysenck*

| <b>Dimensiones</b>             | <b>Puntaje</b> | <b>Categoría</b>        |
|--------------------------------|----------------|-------------------------|
| E: Introversión - Extroversión | 6              | Altamente Introverso    |
| N: Estabilidad - Inestabilidad | 11             | Tendencia a Estabilidad |
| <b>Tipo de Temperamento</b>    |                |                         |
| Flemático                      |                |                         |

### Interpretación de Personalidad de Eysenck

Ella tiene según el test de Personalidad de Eysenck, una personalidad introversa, es decir se retrae socialmente, reservado, ordenado en sus cosas, en el hogar le incomoda cuando algo está fuera de su lugar refiere. Es reservado de sus problemas que pasa. Además, le gusta



leer y ver televisión programas científicos. Su temperamento es FLEMÁTICO, es decir es decir que su forma de ser es pacífica, pasiva, con hábitos de vida bien estructurados.

### **Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social**

Puntaje Total: 84 – Ansiedad Social Severa

Miedo o Ansiedad: 44

Evitación: 39

#### **Interpretación:**

Observamos en la puntuación obtenida el Diagnóstico de Ansiedad Social Severa.

### **Escala de Ansiedad de Zung**

Puntaje total: 46 (Índice EAA: 58) – Ansiedad Leve

#### **Interpretación:**

El puntaje obtenido en la Escala nos diagnostica Ansiedad Leve.

**Tabla 4**

*Resultados de Registro de opiniones de Albert Ellis*

| <b>Escala</b> | <b>CREENCIA<br/>IRRACIONAL</b>   | <b>Racional</b> | <b>Tendencia<br/>Racional</b> | <b>Tendencia<br/>Irracional</b> | <b>Irracional</b> |
|---------------|--|-----------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| <b>A</b>      | Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.              |                 |                               |                                 | 9                 |
| <b>B</b>      | Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.    |                 |                               | 7                               |                   |
| <b>C</b>      | Es más fácil el evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida. |                 |                               |                                 | 8                 |
| <b>D</b>      | Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta. |                 |                               |                                 | 8                 |
| <b>E</b>      | La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el               |                 |                               |                                 | 8                 |

|          |   |   |
|----------|---|---|
|          | ocio sin final.   |   |
|          | Es horrible y catastrófico                                |   |
| <b>F</b> | cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría. | 8 |

*Nota.* Respuestas realizadas por la adolescente en el que se aprecia el alto nivel de creencias irracionales

### **Interpretación:**

Observamos las ideas irracionales que tiene la paciente y que afectan sus conductas en sus diferentes áreas personales.

### **Tabla 5**

*Análisis de resultados de la Escala de Habilidades Sociales*

|                    |            |                      |
|--------------------|------------|----------------------|
| Asertividad        | 35         | Promedio bajo        |
| Comunicación       | 32         | Promedio             |
| Autoestima         | 39         | Promedio bajo        |
| Toma de decisiones | 28         | Promedio bajo        |
| <b>Total</b>       | <b>134</b> | <b>Promedio bajo</b> |

### **Interpretación:**

En la tabla de resultados, observamos que las áreas de Asertividad, Autoestima y Toma de decisiones es promedio bajo, lo que hace un total de Promedio bajo en sus Habilidades Sociales

### **La entrevista Psicológica**

La paciente vive actualmente con sus padres y hermana menor de 13 años. TIENE SINTOMAS ANSIOSOS que afecta su desempeño social. Durante la entrevista se comporta tímida y colaboradora.

### **Diagnóstico funcional:(TCC)**

#### **Listado de conductas inadecuadas**

- Ansiedad social

#### **Listado de conductas adecuadas**

- Motivación al cambio
- Responsable con las actividades encomendadas
- Conductas en exceso.

- ✓ Ansiedad a través de respuestas fisiológicas y conductuales.
- Conductas en déficit.
  - ✓ Déficit de habilidades sociales
- Conductas en debilitamiento.
  - ✓ Baja autoestima

#### Lista de conductas

- A nivel fisiológico:
  - Sudoración.
  - Dolor de cabeza
  - Taquicardia
  - Respiración acelerada
  - Rubor facial
- A nivel motor:
  - Evita salir a reuniones.
  - Quedarse callada en una discusión familiar.
  - Irse a su habitación después de una discusión.
  - Desviar la mirada hacia abajo en una conversación.
  - Se muerde las uñas
- A nivel cognitivo:
  - “No me gusta mi personalidad”.
  - “Me siento mala persona”.
  - “Me siento con la autoestima baja”.
  - “Me siento con vergüenza sobre mí misma y mi apariencia”.
- A nivel emocional:
  - Ansiedad.
  - Miedo.
  - Vergüenza

**Tabla 6***Análisis Funcional de Conducta Problema Ansiedad Social*

| <b>Estímulos Discriminativos</b>             | <b>Organismo</b>                    | <b>Niveles de Rpta.</b>   | <b>Estímulos Reforzadores</b>                                  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <b>ED. Externos</b>                          | <b>Factores Biológicos</b>          | <b>Fisiológico</b>  | <b>ER Externos</b>   |
| -Cuando sale a la calle                      | Tuvo problemas de la tiroides       | -Sudoración<br>-dolor de cabeza<br>-Taquicardia   | Alivio al evitar salir   |
| -cuando le hablan de su delgadez             | Fact..psicológicos<br>-Temperamento | - Respiración acelerada<br>-Rubor facial  | -su mamá le dice que vaya a su cuarto para que se sienta mejor |
| -cuando tiene que comer delante de los demás | flemático<br>-Rasgos de Ansiedad    | <b>Emocional</b><br>Ansiedad<br>Miedo<br>Vergüenza  |  |
| -Evita exponer en clase                      |                                     | <b>Motor</b><br>-se queda callada<br>-se va a su cuarto<br>-Se muerde las uñas<br>-Evita salir a reuniones<br>-Desviar la mirada hacia abajo en una conversación            |  |
| -Evita conversar                             |                                     |   |  |
| <b>ED Internos</b>                           |                                     | <b>Cognitivo</b>  |  |
| Pensamientos catastróficos recurrentes       |                                     | “no me gusta mi Personalidad”, “me siento mala persona”, siento que no puedo empatizar con la gente”, “me siento vacía, sin emociones”. “Me siento con la autoestima baja”. |  |

**Diagnóstico Tradicional:**

## DSM IV

## Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social (300.23)

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación común adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio.

A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

•**Diagnóstico Tradicional:** CIE 10

F40.1 Fobias sociales Temor a ser escudriñado por la gente, que lleva al paciente a evitar situaciones de interacción social. Las fobias más profundas a la interacción social se asocian habitualmente con una baja autoestima y con un temor a la crítica. Los pacientes pueden presentar síntomas de rubor, temblor de las manos, náuseas o necesidad urgente de orinar, y a veces están convencidos de que una de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad es su problema primario. Los síntomas pueden progresar hasta los ataques de pánico.

**Programa de Intervención:**

**1.2 Objetivos**

Objetivo General: Disminuir los niveles de Ansiedad Social a través de la aplicación de un programa cognitivo conductual.

Objetivo Específicos:

- Disminuir las respuestas fisiológicas de la ansiedad social a través del uso de las técnicas de relajación.
- Modificar los pensamientos distorsionados relacionados a la ansiedad social a través de las técnicas cognitivas como reestructuración y debate socrático.
- Incrementar las respuestas conductuales de exposición y afrontamiento a la ansiedad social para disminuir las conductas de evitación y escape a través de las técnicas cognitivo conductuales.
- Entrenamiento en habilidades sociales para disminuir la ansiedad social.
- Disminuir las emociones desadaptativas como la ansiedad, miedo y la vergüenza para una mejor regulación de las emociones.

## Procedimiento

En el presente caso luego de la evaluación psicológica y después de haber realizado el Análisis funcional de los antecedentes y habiendo identificado las situaciones que causan la sintomatología ansiosa de la paciente es que se elaboró un programa de tratamiento desde el enfoque Cognitivo conductual, que consta de técnicas cognitivo conductuales para realizar el cambio de conductas causadas por la Ansiedad Social que padece la paciente.

**Tabla 7**

*Programa de intervención cognitivo conductual*

| <b>N DE SESIONES</b> | <b>TECNICAS</b>  | <b>DESARROLLO DE ACTIVIDADES</b>  |
|----------------------|--|---|
| Sesión N° 1          | Psicoeducación en la Ansiedad y la Terapia cognitivo conductual<br>Retroalimentación | Características de la Ansiedad Social y como se realizará la TCC.   |
| Sesión N° 2          | Técnicas de Relajación - Respiración diafragmática para reducir la Ansiedad          | Entrenamiento en los pasos para la respiración diafragmática a través del modelado. Se le deja practica en el hogar |
| Sesión N° 3          | Técnica de Relajación progresiva de Jacobson   | Se entrena en la relajación de los primero 8 grupos musculares. Modelado, retroalimentación y practica en la casa   |
| Sesión N° 4          | Técnica de Relajación progresiva de Jacobson   | Se entrena en la relajación de los primero 8 grupos musculares. Modelado, retroalimentación y practica en la casa   |
| Sesión N° 5          | Técnica de Relajación progresiva de Jacobson   | Se realiza relajación progresiva de los 16  |

|             |   |   |
|-------------|---|---|
|             | Realización de<br>Autoregistros de la<br>conducta                             | grupos musculares, para<br>reducir los síntomas de<br>Ansiedad. Modelado,<br>retroalimentación.<br>Tareas para la casa  |
| Sesión N° 6 | Desensibilización<br>Sistemática  | Realizar una<br>jerarquización de<br>situaciones que provocan<br>conductas de evitación de<br>forma gradual de menos a<br>mayor intensidad.   |
| Sesión N° 7 | Desensibilización<br>Sistemática<br><br>Modelado y Role Playing               | exposición imaginal de<br>situaciones ansiógenas,<br><br>Retroalimentación de lo<br>aprendido.  |
| Sesión N° 8 | Aproximaciones sucesivas<br>Modelado<br>Terapia Cognitiva<br>Debate Socrático | Entrenamiento, exposición<br>y observación, adquisición<br>ante situaciones<br>ansiógenas de situaciones<br>de menos a mayor<br>dificultad, a través de<br>Autoinstrucciones, y<br>práctica en la casa.<br>Entrenar en la terapia<br>cognitivo para la Ansiedad |
| Sesión N° 9 | TERAPIA COGNITIVA   | Identificación de<br>pensamientos irracionales,<br>relación entre<br>pensamiento, emoción y<br>conducta. Tipos de   |



|              |  |   |
|--------------|--|---|
|              |  | <p>pensamientos<br/>distorsionados</p>  |
| Sesión N° 10 | <p>RESTRUCTURACION<br/>Cognitiva</p>             | <p>Identificación de los<br/>pensamientos ansiógenos<br/>para su modificación</p>   |
| Sesión N° 11 | <p>AUTOINSTRUCCIONES</p>                         | <p>Para trabajar los<br/>pensamientos antes,<br/>durante y después de<br/>exponerse ante situaciones<br/>ansiógenas</p>                                 |
| Sesión N° 12 | <p>Reestructuración<br/>Cognitiva</p>            | <p>Identificación y<br/>modificación de creencias.<br/>Registro de Pensamientos<br/>y Creencias Entrenamiento<br/>en reestructuración<br/>cognitiva</p> |
| Sesión N° 13 | <p>Reestructuración<br/>Cognitiva</p>            | <p>Identificación de los<br/>pensamientos automáticos,<br/>debate socrático y flecha<br/>descendente.<br/>Registro de Pensamientos<br/>(ABC)</p>        |
| Sesión N°14  | <p>Reestructuración<br/>Cognitiva</p>            | <p>Debate Socrático e<br/>identificación de<br/>pensamientos automáticos.</p>   |
| Sesión N° 15 | <p>Reestructuración<br/>Cognitiva</p>            | <p>Ejercicios de exposición</p>   |
| Sesión N° 16 | <p>Entrenamiento en<br/>Habilidades Sociales</p> | <p>Habilidades Sociales no<br/>verbales<br/>HHSS verbales haciendo<br/>énfasis en la comunicación<br/>asertiva</p>                                      |

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| Sesión N° 17  | Entrenamiento en<br>Habilidades Sociales                  | Toma de decisiones                |
| Sesión N° 18  | Entrenamiento en<br>Habilidades Sociales<br>Biblioterapia | Autoestima<br>Tareas para la casa |
| Sesión N° 19 de Seguimiento a las 2 semanas   |   |                                   |
| Sesión N° 20 de Seguimiento a las 4 semanas<br>Y se considera un seguimiento de hasta 6 meses |   |                                   |

### **Técnicas Cognitivo conductuales empleadas.**

Luego de concluida la evaluación se elaboró un Programa de Intervención Conductual, en el que se plantearon técnicas cognitivo conductuales.

**Psicoeducación.** es importante que para la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales se debe tener en cuenta, ya que consiste en la explicación al paciente los conceptos fundamentales del caso, en este trabajo el concepto de la ansiedad social, la motivación al cambio y en que van a consistir las técnicas a aplicar. Así como el encuadre del tratamiento.

**Relajación Abdominal:** Tiene como objetivo reducir los síntomas de Ansiedad. Aliviar tensión del pecho y baja la frecuencia cardiaca. Favorece el buen funcionamiento del aparato digestivo por el masaje intraabdominal que realiza.

**Relajación Progresiva de Jacobson:** El objetivo es reducir la Ansiedad relajando los grupos musculares del cuerpo de manera progresiva. La técnica de relajación progresiva Jakobson fue creada en 1929, consiste en tensar y relajar distintos grupos musculares. Esta técnica se basa en que los pensamientos y comportamientos asociados al estrés provocan tensiones musculares. Cuando estamos tensos, nuestra percepción del estrés y la sensación de ansiedad aumentan. Al relajar la musculatura, conseguiremos controlar esas sensaciones.

La técnica debe practicarse durante al menos siete semanas. En este tiempo, la persona tendrá que aprender a tensar y relajar dieciséis grupos musculares de todo el cuerpo.: Manos, antebrazos, bíceps, hombros, frente, ojos, mandíbula, garganta, labios, cuello, nuca, espalda, pecho, abdomen, piernas (muslos y pantorrillas).

La etapa de tensión se realiza para que el practicante aprenda a identificar las sensaciones asociadas al estrés o ansiedad. De esta forma, cuando perciba esas sensaciones en su cuerpo, sabrá que tiene que relajarse. Al final de la etapa de aprendizaje y entrenamiento, el usuario será capaz de relajar su musculatura en cualquier momento sin necesidad de tensarla previamente.

### **Desensibilización Sistemática:**

Esta técnica fue propuesta por primera vez por el psiquiatra conductista Joseph Wolpe en 1958, mediante esta técnica el paciente aprenda a manejar las emociones producidas por las experiencias ansiógenas, de lo simple a lo complejo, adaptándole al progreso de la persona para afrontar los eventos que le generen ansiedad.

Esta técnica incluye 4 pasos que inicia con el entrenamiento en relajación, una construcción de las jerarquías, evaluación y práctica en imaginación y la desensibilización sistemática propiamente dicha. Para su aplicación necesitamos construir previamente una **“jerarquía de ansiedad”**, es decir, **una lista de las situaciones o estímulos que nos generen ansiedad en orden creciente de intensidad**, que deben contener situaciones, descritas de manera concreta y precisa, que les sea difícil afrontar al paciente, la cual se cuantifica según el grado de dificultad, la graduación se hace a través de **Unidades Subjetivas de Ansiedad** o USA, una escala que va de 1 a 100 en la que la situación que nos provoca ansiedad muy baja se valorará con un 10 y la que creemos que será de mayor intensidad con un 100.

Para iniciar la DS debe manejar el paciente primero la Respiración y la Relajación.

Primero se da la técnica a través de:

**La Imaginación**, de modo que la persona recree en su mente la escena con la mayor cantidad de detalles posibles que sea capaz de recordar o imaginar, con estímulos que lo asocien como sonidos, olores, que reproduzca la situación temida.

**En vivo**, la persona con terapeuta se moviliza hasta la escena que desean trabajar. Al principio es difícil pero luego el paciente podrá realizar la conducta deseada, el terapeuta puede exponerse a los estímulos primero y servir como modelo. Luego se dará la Exposición en la realidad, presentándose el estímulo temido, bajo la previa relajación. Si se tornara ansioso, se retira del estímulo, se relaja y una vez que vuelve a la calma se vuelve a exponer, y así sucesivamente hasta que ya no experimente nada de ansiedad.

Debe pasar varias veces por la escena. Si se logró el objetivo significa que se ha desensibilizado. Se puede aplicar de manera individual o grupal

**Modelado:** Las técnicas de modelado parten de los principios teóricos del aprendizaje observacional o vicario desarrollados por Bandura. El modelado cumple distintas funciones en la implantación y desarrollo del comportamiento. Las cinco más importantes son las siguientes:

1. Aprender nuevas conductas. La observación de un modelo permite el aprendizaje de repertorios de conductas, habilidades sociales, cognitivas y motoras.

2. Promover e inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias para el modelo. La persona puede motivarse para algunas conductas o evitar otras que le traigan consecuencias negativas.

3. Incitar conductas. Servir de detonante para iniciar o llevar a cabo una conducta o acción.

4. Motivar. Observando la realización de una conducta por parte de un modelo

Así como sus consecuencias puede favorecer el interés del observador por llevar a cabo la misma conducta.

5. Modificar la valencia emocional, ya que a través del modelo de los demás se puede reducir los temores y la ansiedad.

El proceso de modelado implica tres fases secuenciales: 1) exposición y observación, en el que se observa la conducta.

2) adquisición, el observador adquiere la conducta prestando mucha atención al modelo, hasta que sea capaz de reproducirla posteriormente.

3) aceptación/ejecución/imitación, en el que se ejecuta la conducta aprendida del modelo.

Existen tipos de Modelado, para nuestro caso utilizaremos el Modelado Simbólico, a través de imaginación de situaciones sociales temidas.

Modelado participante, a través de la exposición en vivo de las situaciones que generan ansiedad, con la ayuda verbal y física del terapeuta.

Además, el paciente practicara Autoinstrucciones.

### **Habilidades Sociales:**

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales (Segrin, 2009). La aplicación puede ser de modo individual y grupal. El Entrenamiento incluye 5 componentes básicos: 1) Justificación e instrucciones del entrenamiento 2) modelado, 3) ensayo de conducta, 4) feedback y 5) reforzamiento. Las habilidades sociales que se trabajan en el Entrenamiento son:

- a. Habilidades conductuales:
- b. los diversos tipos de interacciones sociales. Lo componentes conductuales más destacados son los siguientes: No verbales: incluyen elementos como la mirada, sonrisa, gestos, orientación, etc.

Paralingüísticos: tales como la voz (volumen, tono), tiempo de habla, perturbación del habla, etc. < Verbales: Referidos al contenido general del discurso, por ejemplo, manifestaciones de aprecio, auto-revelaciones, halagos, acuerdo, desacuerdo etc.

Mixtos: Incluyen elementos de los componentes anteriores, por ejemplo, tomar la palabra, escoger el momento apropiado, ceder la palabra, etc. b. Habilidades cognitivas: Estos componentes aluden a la manera en que las personas seleccionan las situaciones, los estímulos y los acontecimientos y cómo los perciben construyen y evalúan en sus procesos cognitivos.

### **Reestructuración Cognitiva**

La reestructuración cognitiva se originó a partir de la terapia cognitiva de Beck (Beck y Emery, 1985) y de la terapia racional emotiva de Ellis (Ellis, 1962). El primer paso de la reestructuración cognitiva consiste en ayudar a los pacientes a identificar sus propios pensamientos automáticos negativos que tienen lugar antes, durante o después de las situaciones sociales provocadoras de ansiedad. Se cree que estos pensamientos automáticos están distorsionados y son disfuncionales porque reflejan y mantienen las creencias negativas de los pacientes sobre sí mismos, las situaciones sociales y la probabilidad de las consecuencias temidas, incluso en presencia de la evidencia en contra.

El primer paso de la reestructuración cognitiva es ayudar a los pacientes a darse más cuenta de sus pensamientos, principalmente a través de ejercicios de autorregistro explícitos, que implican registrar los pensamientos relacionados con las situaciones sociales temidas. Luego, los terapeutas instruyen a los pacientes para que evalúen la exactitud de esos pensamientos. Se ayuda a los pacientes a que se enfrenten y evalúen la veracidad de sus pensamientos automáticos y creencias subyacentes utilizando la discusión, la comprobación de hipótesis y las técnicas de cuestionamiento. Estas técnicas animan a los pacientes a que traten

sus pensamientos automáticos como hipótesis, en vez de hechos establecidos, y a que examinen los datos disponibles para evaluar la base de sus creencias y pensamientos negativos.

Al realizar el entrenamiento y que intervienen de una manera negativa. Se suelen emplear técnicas cognitivas tales como entrenamiento autoinstruccional, cambio de creencias, etc. También hay que señalar que al adquirir la conducta competente socialmente puede darse de forma natural la reestructuración cognitiva necesaria.

Esta Técnica incluye también experimentos conductuales planificados o ejercicios de exposición, que nos den datos objetivos y faciliten el desarrollo de pensamientos alternativos más racionales en lugar de sus interpretaciones negativas habituales. Estos experimentos se comparan con las anteriores de las situaciones sociales provocadoras de ansiedad, brindando al paciente una estrategia de afrontamiento cognitivo que, con el tiempo y la repetición, les permitirá modificar sus creencias negativas sobre las situaciones sociales.

### **El debate Socrático**

También llamado Diálogo Socrático, es una técnica cognitiva que permite al terapeuta, modificar el pensamiento o creencia arraigada del paciente, a través de del dialogo o debate, este proceso se da para que el paciente pueda descubrir sus errores de como procesa sus pensamientos. Se busca provocar una Disonancia Cognitiva, a través del cuestionamiento de creencias desadaptativas, él paciente expone lo que cree o piensa, que es lo que le genera sufrimiento o malestar y le ayudara a cambiar sus ideas irracionales.

### **La Biblioterapia**

Es una técnica que permite que el paciente descubra la importancia de aspectos que contribuirán al logro de enfrentar los problemas que le perturban a través de la lectura de textos que refuercen sus conductas aprendidas y que permitirán mantener la reducción de la conducta problema, reduciendo su Ansiedad.

#### **• Procedimientos**

## 1. **Psicoeducación**

- ✓ Paso 1: Explicar en lo que consiste su problemática, las dificultades que le ha originado en sus actividades diarias y lo que se espera lograr con la terapia.

## 2. **Reducir la ansiedad a través de técnicas de relajación Abdominal y la Relajación progresiva de Jacobson.**

- ✓ Paso 1: Explicar qué es una emoción, adaptativa y desadaptativa, y lo que ocasiona en su conducta
- ✓ Paso 2: Explicar el termómetro de emociones (como se mide) – SUD
- ✓ Paso 3: Se explica la utilidad y beneficio de la relajación Abdominal. Cerrar los ojos. • Con las manos en el abdomen inspirar (5 seg.) • Mantener 2 seg. el aire inspirado. • Expulsar lentamente (5 seg.) el aire por la boca (labios cerrados y emitiendo un sonido suave al expulsar el aire) • Realizar inspiraciones de forma pausada, lenta y constante, tratando de que la espiración sea más larga que la inspiración. Contar progresivamente alargando los tiempos.
- ✓ Paso 4: Se explica la utilidad y beneficio de la relajación Progresiva de Jacobson y se comienza en realizar 10 respiraciones diafragmáticas. • Piensa en el Primer Grupo (cara, cejas, boca, entre otros)
- ✓ Paso 5: Relajación Progresiva de Jacobson – Segundo grupo (mano, brazos, espalda, entre otros)
- ✓ Paso 6: Relajación Progresiva de Jacobson – Tercer grupo (pies, pierna, entre otros) se hace que la musculatura del pie derecho se contraiga fuerte durante 5 segundos y después que todos los músculos queden relajados durante 20 segundos y hacer consciente esa sensación de relajación. Esto se repita con el otro pie cada uno de los miembros de este grupo.



**3. Reducir conductas evitativas mediante la técnica de Desensibilización sistemática y modelado.**

- ✓ Paso 1: Se instruye al paciente en la técnica de relajación abdominal con el objetivo que se relaje
- ✓ Paso 2: Se instruye a la paciente en realizar una jerarquización de situaciones que provocan conductas de evitación de forma gradual de menos a mayor intensidad.
- ✓ Paso 3: Ejecución progresiva de las situaciones identificadas que provocan evitación haciendo uso de la imaginación y poder hacer frente a las situaciones que le generan aversión.
- ✓ Paso 4: Uso de las exposiciones en vivo a fin de eliminar las conductas evitativas frente a situaciones que le generen fobia.
- ✓ Paso 5: Durante las sesiones se le enseñara a modificar su conducta en las interacciones que realiza a fin que cambie por acciones favorables en su interactuar.

**4. Incrementar la conducta asertiva al interactuar con otras personas y frente a situaciones que le generen estrés a través del entrenamiento en habilidades sociales.**

- ✓ Paso 1: Uso de la técnica de relajación de Respiración Abdominal
- ✓ Paso 2: Entrenamiento en Habilidades sociales básicas (escuchar, iniciar una conversación, formular preguntas)
- ✓ Paso 3: Entrenamiento en Habilidades Sociales complejas (Empatía, asertividad al comunicarse)
- ✓ Paso 4: Entrenamiento en Habilidades Sociales no verbales (contacto visual, tono de voz, volumen de voz, postura, entre otros)
- ✓ Paso 5: durante las sesiones se le brindarán las tareas para la casa a fin de reforzar lo que trabaja en las terapias.

**5. Modificar los pensamientos irracionales con técnicas de reestructuración cognitiva.**

- ✓ Paso 1: Uso de la Técnica de relajación de Respiración Abdominal para que se relaje.
- ✓ Paso 2: Identificación de pensamientos distorsionados
- ✓ Paso 3: Uso del registro del ABC y ejemplificación de situaciones del paciente, para ello se identificará el pensamiento central, inferencias y el esquema.
- ✓ Paso 4: Explicación del Registro de D E que permitirá que la paciente comience en modificar el pensamiento distorsionado por uno más adecuado.

### **Evaluación de la eficacia y Resultados**

Las técnicas cognitivo conductuales que fueron seleccionadas para aplicar en el Programa de intervención, fueron eficaces, y al final del tratamiento al hacerse la evaluación respectiva se lograron los objetivos planteados.

Las pruebas aplicadas post tratamiento fueron: Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social, Escala de Ansiedad de Zung, el registro de Opiniones de Albert Ellis, y la Escala de Habilidades Sociales.

Asimismo, durante el proceso de tratamiento se han elaborado registros de pensamientos y conductas.

Por tal motivo los puntajes del post test apreciar los resultados favorables de las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual en la Ansiedad Social.

### III. RESULTADOS

**Tabla 8**

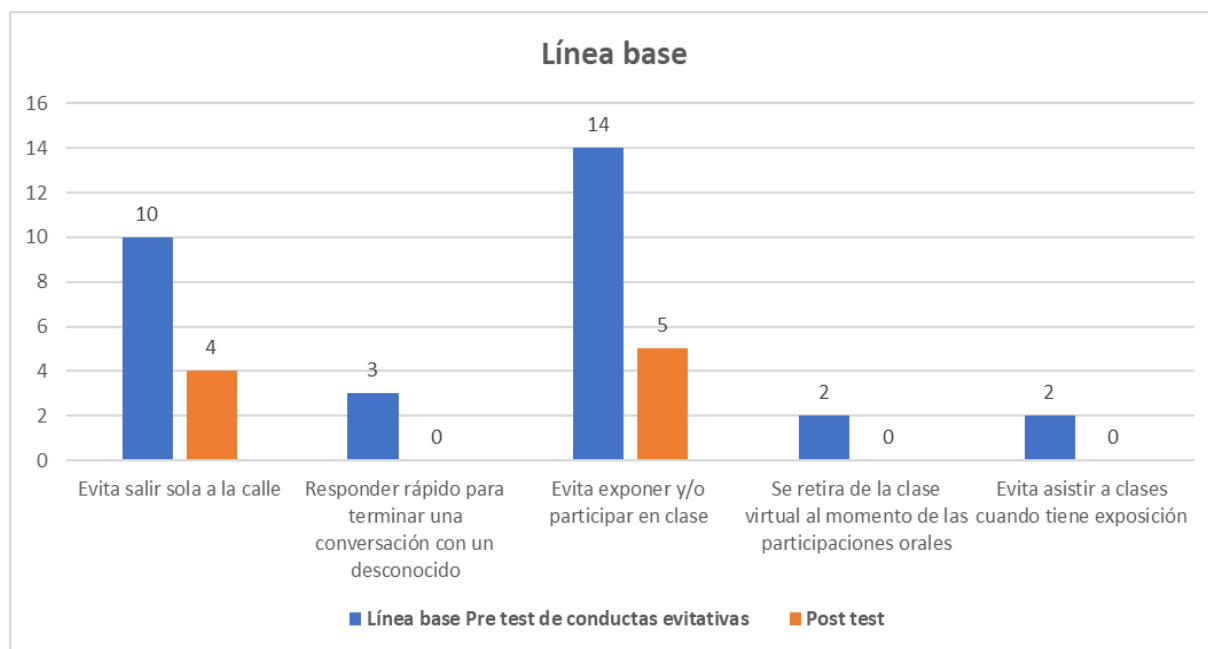
*Puntaje del nivel de Ansiedad Social según la escala de Liebowitz para la Ansiedad Social en el pre-test y post-test*

|   | Pre test               | Post test            |
|---|------------------------|----------------------|
| Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social | 83                     | 50                   |
|   | Ansiedad Social Severa | Ansiedad Social Leve |

En la Tabla 8 se observa la medida de la escala de Liebowitz para la ansiedad social antes y después del tratamiento. Como se observa antes del programa presentaba sintomatología ansiosa social severa con un puntaje de 83, y en el post test se obtuvo una puntuación de 50, esto quiere decir que se observa una reducción de los niveles de ansiedad social.

**Figura 2**

*Registro de línea base de conductas evitativas*



En la figura 2 se observa el registro de frecuencia de conductas evitativas antes y después del tratamiento manifestadas por la usuaria, observándose una reducción significativa de las conductas evitativas después de la intervención.

**Tabla 9**

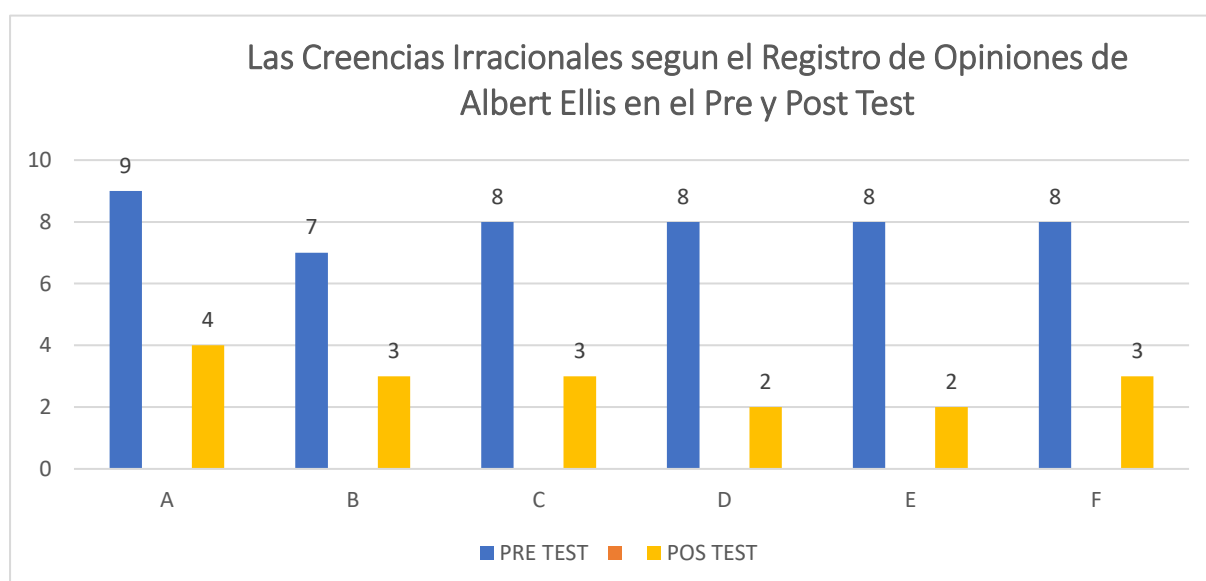
*Puntaje en el nivel de Ansiedad según la escala de Ansiedad de Zung en el pre-test y post-test*

|                                  | <b>Pre test</b> | <b>Post test</b> |
|----------------------------------|-----------------|------------------|
| Escala de Ansiedad de Zung (EAA) | 58              | 30               |
|                                  | Ansiedad Leve   | Ansiedad normal  |

En la Tabla 9 se observa la medida de la escala de Ansiedad de Zung antes y después del tratamiento. Como se observa antes del programa se obtuvo un puntaje de 58, y en el post test puntajes de 30, esto quiere decir que se observa una reducción de los síntomas ansiosos.

**Figura 3**

*Las creencias irracionales según el registro de Opiniones de Albert Ellis en el pre-test y post-test*



En la figura 3 se observa el registro de los pensamientos irracionales antes y después del tratamiento. Como se observa, antes del programa se obtuvo puntajes altos en un máximo de 9 y en el post test puntajes máximos de 4, esto quiere decir que se observa una reducción de las creencias irracionales después de la intervención.

**Tabla 10**

*Puntaje en el nivel de Habilidades Sociales según la escala de Habilidades Sociales (EHS) en el pre-test y post-test*

|                                | <b>Pre test</b> | <b>Post test</b> |
|--------------------------------|-----------------|------------------|
| Escala de Habilidades Sociales | 9               | 30               |
|                                | Nivel bajo      | Nivel medio      |

En la Tabla 10 se observa la medida de la escala de Habilidades Sociales antes y después del tratamiento. Como se observa antes del programa se obtuvo un puntaje de 9, y en el post test puntajes de 30, esto quiere decir que se observa un incremento de las habilidades sociales.

**Tabla 11**

*Registro de respuestas fisiológicas*

|                              | <b>Pre test</b> | <b>Post Test</b> |
|------------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Dolor de cabeza</b>       | 9/10            | 2/10             |
| <b>Taquicardia</b>           | 7/10            | 4/10             |
| <b>Respiración acelerada</b> | 8/10            | 4/10             |
| <b>Tensión muscular</b>      | 8/10            | 5/10             |
| <b>Sudoración</b>            | 9/10            | 5/10             |

En la tabla 11 se observa la diferencia de las respuestas fisiológicas, antes y después de la aplicación del Programa de tratamiento con la Terapia Cognitivo Conductual

**Tabla 12***Registro de respuestas emocionales*

|                  | <b>Pre test</b> | <b>Post Test</b> |
|------------------|-----------------|------------------|
| <b>ANSIEDAD</b>  | 10/10           | 5/10             |
| <b>MIEDO</b>     | 8/10            | 4/10             |
| <b>VERGUENZA</b> | 7/10            | 3/10             |

En la tabla 12 se observa la diferencia de las respuestas Emocionales, antes y después de la aplicación del Programa de tratamiento con la Terapia Cognitivo Conductual.

**Tabla 13***Registro de respuestas motoras*

|                          | <b>Pre test</b> | <b>Post Test</b> |
|--------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Morderse las uñas</b> | 7/10            | 4/10             |
| <b>Irse a su cuarto</b>  | 9/10            | 4/10             |

En la tabla 13 se observa la diferencia de las respuestas Emocionales, antes y después de la aplicación del Programa de tratamiento con la Terapia Cognitivo Conductual.

**Tabla 14***Registro de respuestas cognitivas*

|   | <b>Pre test</b> | <b>Post Test</b> |
|---|-----------------|------------------|
| <b>“No me gusta mi personalidad”</b>                | 9/10            | 4/10             |
| <b>“me siento mala persona”</b>                     | 8/10            | 5/10             |
| <b>“Siento que no puedo empatizar con la gente”</b> | 7/10            | 2/10             |
| <b>“Me siento vacía sin emociones”</b>              | 8/10            | 4/10             |
| <b>“Me siento con la Autoestima baja”</b>           | 7/10            | 3/10             |

|   |      |      |
|---|------|------|
| <b>“Me siento con vergüenza sobre mí misma y mi apariencia”</b> | 8/10 | 4/10 |
| <b>“Que van a decir de mí”</b>                                  | 6/10 | 2/10 |

En la tabla 14 se observa la diferencia de las respuestas Cognitivas, antes y después de la aplicación del Programa de tratamiento con la Terapia Cognitivo Conductual.

### **2.1. Análisis y Discusión de Resultados**

Como ya señaló la OPS (2018), los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental de discapacidad de la Región América Latina. En el Perú, según indicó MINSA (2018), el 7 % de la población padece de trastornos ansiosos, siendo la ansiedad social la de mayor prevalencia. Según el Ministerio de Salud (Minsa, 2018) en el ámbito nacional el 7 % de la población padece de trastornos ansiosos, siendo la ansiedad social la de mayor prevalencia, según reportes del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (Arroyo et.al.2020)

El presente estudio es experimental aplicada (Kerlinger 1975), con diseño de caso único (Hernández et al., 2015). Según Montero y León (2007) es un Diseño univariable multicondicional ABA, ya que el caso presentado está incluido dentro de los estudios experimentales en los que un solo individuo es el propio control. El objetivo general del presente estudio era reducir los niveles de ansiedad social mediante el Programa de intervención Cognitivo Conductual.

De acuerdo a los objetivos plantados y analizando los resultados obtenidos de las evaluaciones aplicadas antes y después de la aplicación del programa con técnicas cognitivo conductuales, se observan diferencias significativas en la modificación de la conducta ansiosa de la paciente intervenida. La evaluación psicológica y el análisis de la conducta, permitieron

elaborar el programa de intervención para el tratamiento de la fobia social de la paciente, en el que se usaron.

La importancia del presente estudio es comprobar la eficacia de la técnica Cognitivo conductual en una adolescente que presenta Ansiedad Social. En el área Cognitiva se aplicó Restructuración Cognitiva, Autoinstrucciones, para ayudarle a la modificación de sus pensamientos.

En el área fisiológica se usaron las técnicas de Respiración Diafrágica y la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson. Para relajar y reducir los síntomas ansiógenos. En el área conductual se brindó Psicoeducación y se realizaron actividades, a través de la Desensibilización Progresiva, Autoinstrucciones, Modelado y además se realizó el Entrenamiento de Habilidades Sociales para mejorar su socialización y comunicarse asertivamente.

Priscilla en la actualidad ha evolucionado favorablemente en su conducta social, y en su desarrollo personal. Los resultados refuerzan lo señalado por Roca (2019) quien también aplicó la Terapia Cognitivo Conductual para el caso de una mujer de 24 años de edad con ansiedad social, demostrando el éxito de la intervención, al lograr el afronte a situaciones sociales con un 80% de desempeño.

También se logró reducir las conductas evitativas mediante la técnica de Desensibilización sistemática y modelado; al igual que lo señalado por Ita (2020), quien aplicó técnicas de desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva en un caso de una mujer adulta con Fobia social, logrando efectividad en la intervención al disminuir las conductas evitativas que presentaba la paciente.

Asimismo, se logró reducir las respuestas de ansiedad general a través de técnicas de relajación; estos resultados refuerzan lo hallado por diversos investigadores que emplearon



técnicas de relajación de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson para la reducción significativa de los niveles de ansiedad, demostrando eficacia de la intervención (Acosta, 2018; Roca, 2019).

Asimismo, Roca (2019), aplicó técnicas de relajación, solución de problemas y reestructuración cognitiva, logrando la reducción de la sintomatología ansiosa relacionada a la interacción social, emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores, demostrando así eficacia en la intervención.

Por otro lado, se logró modificar las creencias irracionales con técnicas de reestructuración cognitiva. Estos resultados coinciden con lo planteado por Pomahuacre (2015), quien incluyó técnicas de reestructuración cognitiva, autorregistros, entre otras, para el caso de una mujer de 23 años con ansiedad social, logrando satisfactoriamente en un 80% que la paciente sea capaz de enfrentar situaciones que antes le causaban temor. Asimismo, Roca (2019), aplicó técnicas de relajación, solución de problemas y reestructuración cognitiva, logrando la reducción de la sintomatología ansiosa relacionada a la interacción social, emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores, demostrando así eficacia en la intervención. De la misma manera, este estudio buscó incrementar las habilidades sociales a través de las técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados señalan que hubo un incremento en el nivel de habilidades sociales por efecto de la intervención; reforzando lo planteado por Acosta (2018), quien aplicó estrategias en habilidades sociales y en solución de problemas, comprobándose que los resultados de la intervención fueron exitosos.

Asimismo, es necesario mencionar que se encontró una cantidad limitada de investigaciones de caso único en relación a investigaciones de adolescentes mujeres con ansiedad social, en el Perú se encuentran más investigaciones de tipo correlacional en una muestra poblacional, limitando la búsqueda en estudios de caso único.

Es necesario que en futuros estudios se siga investigando la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales a nivel individual y grupal, ya que han demostrado a lo largo del tiempo que nos permite ayudar a las personas que padecen Fobia social a integrarse y desarrollar sus habilidades sociales que se ven afectadas cuando padecen este trastorno, y que logran ser muy productivas cuando lo superan.

#### IV.CONCLUSIONES

- 4.1. El programa de intervención cognitivo conductual fue efectivo para el caso de Ansiedad Sociales.
- 4.2. Se trabajó con la motivación que tenía la paciente, pues si bien era consciente de sus capacidades, ella refería que su desempeño en la parte social afectaría su desarrollo personal en su vida.
- 4.3. Se sugiere continuar el seguimiento para mantener los cambios logrados en el tratamiento.
- 4.4. La paciente ha conseguido aplicar a su vida diaria las diversas técnicas enseñadas en la intervención terapéutica, lo cual se ve reflejado en el adecuado afrontamiento de las situaciones antes temidas y que ahora no genera sintomatología desadaptativa.
- 4.5. Identificó sus estados de tensión y cómo se manifestaban en ella, para luego pasar a la fase de relajación mediante las técnicas aprendidas en la intervención terapéutica.
- 4.6. La paciente logró identificar y, posteriormente, modificar los pensamientos distorsionados relacionados con su forma de percibirse a sí misma y al mundo.
- 4.7. Incrementó sus habilidades sociales, por lo que ahora es capaz de comunicarse de forma más asertiva, emplea adecuadamente los aspectos verbales y no verbales incluso ya tiene un amigo con el que sale.
- 4.8. Las técnicas cognitivas conductuales utilizadas durante la intervención psicológica disminuyeron o aumentaron los componentes de la conducta (cognitivo, fisiológico, emocional y motor), lo que permitió que se cumplieran los objetivos planteados.

## V.RECOMENDACIONES

- 5.1. Realizar el Seguimiento de la conducta del paciente en un plazo de 6 meses.
- 5.2. Aplicar las técnicas de auto instrucciones, para reforzar el control de las conductas ansiosas.
- 5.3. Fomentar el acompañamiento de la familia para mejorar su interacción personal.
- 5.4. Utilizar las evaluaciones realizadas en futuras investigaciones, con el fin de complementar y ampliarlos resultados obtenidos.
- 5.5. Reforzar el presente trabajo de investigación, con otros casos similares de ansiedad social, con el fin de validar la eficacia del programa de intervención.
- 5.6. Implementar en la vida diaria de la usuaria, sesiones de grupo que permita al paciente poner en práctica lo aprendido en las sesiones individuales, y que estuviera dirigido en un entorno controlado.
- 5.7. Continuar realizando investigaciones utilizando terapia cognitiva conductual con otras poblaciones con diferentes características como sexo, edad, grado de instrucción, etc.
- 5.8. Contrastar los resultados obtenidos de la terapia cognitivo conductual del presente estudio de caso con otros programas de intervención fundamentados en otros enfoques psicológicos.

## VI. REFERENCIAS

- Acosta, R. (2018). *Estudio de caso Clínico: Intervención Cognitivo Conductual en un caso de fobia social* [Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4203>
- Aguilar, J. (2019) Intervención Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en una adolescente de 17 años. Universidad Nacional Federico Villarreal
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arslan M. (2018) Intervención Cognitivo Conductual en un caso Clínico de Fobia Social.
- Bados, A. (2009) Fobia Social. Universidad de Barcelona.
- Beck, A. y Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Beidel y Turner (2005) *Social Effectiveness for Children*
- Botella, C., Perpiña, C., Baños, R.M. y García-Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia social: Avances en Psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 65-85). España: Paidós.
- Caballo, V. (1999). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI de España Editores.
- Chaves-García, Marco, Sandoval-Cuellar, Carolina, y Calero-Saa, Pedro. (2017). Asociación entre capacidad aeróbica y calidad de vida en adultos mayores de una ciudad colombiana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(4), 672-676. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2522>

- Flores, A. (2021). *Programa Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en Adolescentes del nivel secundario en la Ciudad de Chiclayo* [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/8303>
- García López, L. (2013) *Tratando...trastorno de ansiedad social*. (1ra edición). Madrid: Recursos Terapéuticos. Consultado en [https://www.academia.edu/2632768/Fobia\\_social\\_Libro\\_Tratamiento\\_Tratando\\_trastorno\\_de\\_ansiedad\\_social?auto=download](https://www.academia.edu/2632768/Fobia_social_Libro_Tratamiento_Tratando_trastorno_de_ansiedad_social?auto=download)
- García, A. (2018). Evaluación e Intervención Psicológica en un caso de Ansiedad Social. Universidad de Jaén.
- García, J. (2000). Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11007/GarciaLopez.pdf>
- Hernández, A. (2019). *Ansiedad social en estudiantes de la Facultad de Psicología de una Universidad Pública de Lima Metropolitana* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2504>
- Huertas, L. (2018) *Estudio de caso clínico: Intervención Cognitivo Conductual en un caso clínico de Fobia Social* [Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4532>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012*. Anales de Salud Mental. Suplemento 1 Volumen XXIX.
- Ita, H. (2020) *Intervención Cognitivo Conductual en un caso de Fobia Social* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4129?show=full>

- La Greca, A. M., y Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49–61.  
[https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_5)
- Labrador, f. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *psicothema* 23(11), 560-565. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3922>
- Luterek, J., Eng, W., y Heimberg, R. (2003). Tratamiento Cognitivo-conductual del Trastorno de Ansiedad Social: Teoría y Práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.  
<https://www.behavioralpsycho.com/producto/tratamiento-cognitivo-conductual-del-trastorno-de-ansiedad-social-teoria-y-practica/>
- Mendoza, H. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual aplicada a una Adolescente con Fobia Social* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].  
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4902>
- Ministerio de Salud (2005). *Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares; Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado/Hideyo Noguchi”*. Catalogación hecha por el Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú Lima.
- Muñoz, J. y Alpizar, D. (2016). Prevalencia y Comorbilidad del Trastorno por Ansiedad Social. *Revista Cúpula*, 30(1), 40-47.  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS.  
<https://iris.who.int/handle/10665/42447>

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. OPS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Salud Mental y COVID-19. OMS. <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
- Orgiles M. (2010) *Trastornos psicológicos en niños y adolescentes: Los Tratamientos que funcionan*. Infocop ONLINE. España
- Ortega, J., y Climent, A. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177–214. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/48aedb8880cab8c45637abc7493ecddd>
- Piazza, M. y Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 30-38. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100005&lng=es&tlng=es).
- Pomahuacre, J. (2015). *Tratamiento Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
- Roca, Á. (2019). *Terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad social* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Intervención de Técnicas Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer
- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(76). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7073728>



- Wagner, M., Pereira, A., y Oliveira, M. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la Ansiedad Social por medio de un programa de entrenamiento en Habilidades Sociales. *Psicología Conductual*, 22(3), 423-440. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Wagner\\_22-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Wagner_22-3oa.pdf)
- Zapata, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima]. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/11325?show=full>

## VII. ANEXOS

### Anexo A

#### 7.8. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)

| <b>Miedo o ansiedad</b>        | <b>Evitación</b>                    |  | <i>Miedo/ansiedad</i> | <i>Evitación</i> |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------|------------------|
| 0. Nada de miedo o ansiedad    | 0. Nunca lo evito (0%)              |  |                       |                  |
| 1. Un poco de miedo o ansiedad | 1. En ocasiones lo evito (1-33%)    |  |                       |                  |
| 2. Bastante miedo o ansiedad   | 2. Frecuentemente lo evito (33-67%) |  |                       |                  |
| 3. Mucho miedo o ansiedad      | 3. Habitualmente lo evito (67-100%) |  |                       |                  |
|                                |                                     |  |                       |                  |
|                                |                                     | 1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas                            |                       |                  |
|                                |                                     | 2. Participar en grupos pequeños   |                       |                  |
|                                |                                     | 3. Comer en lugares públicos   |                       |                  |
|                                |                                     | 4. Beber con otras personas en lugares públicos                                  |                       |                  |
|                                |                                     | 5. Hablar con personas que tienen autoridad                                      |                       |                  |
|                                |                                     | 6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público             |                       |                  |
|                                |                                     | 7. Ir a una fiesta   |                       |                  |
|                                |                                     | 8. Trabajar mientras le están observando   |                       |                  |
|                                |                                     | 9. Escribir mientras le están observando   |                       |                  |
|                                |                                     | 10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado                  |                       |                  |
|                                |                                     | 11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado                            |                       |                  |
|                                |                                     | 12. Conocer a gente nueva  |                       |                  |
|                                |                                     | 13. Orinar en servicios públicos   |                       |                  |
|                                |                                     | 14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada               |                       |                  |
|                                |                                     | 15. Ser el centro de atención  |                       |                  |
|                                |                                     | 16. Intervenir en una reunión  |                       |                  |
|                                |                                     | 17. Hacer un examen, test o prueba   |                       |                  |
|                                |                                     | 18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado |                       |                  |
|                                |                                     | 19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado                     |                       |                  |
|                                |                                     | 20. Exponer un informe a un grupo  |                       |                  |
|                                |                                     | 21. Intentar «ligarse» a alguien   |                       |                  |
|                                |                                     | 22. Devolver una compra a una tienda   |                       |                  |
|                                |                                     | 23. Dar una fiesta   |                       |                  |
|                                |                                     | 24. Resistir a la presión de un vendedor muy insistente                          |                       |                  |

## Anexo B

### TEST DE ANSIEDAD DE ZUNG

Para detectar posibles casos de trastorno de ansiedad

POR FAVOR COMPLETE EL CUESTIONARIO CONSIDERANDO SÓLO CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS TREINTA (30) DÍAS.

|    |   | Nunca | A veces | Muchas veces | Siempre |
|----|---|-------|---------|--------------|---------|
| 1  | Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso        | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 2  | Se ha sentido temerosa sin razón                        | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 3  | Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico           | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 4  | Ha sentido que se está derrumbando                      | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 5  | Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien   | 4     | 3       | 2            | 1       |
| 6  | Se ha sentido tembolorosa                               | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 7  | Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza          | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 8  | Se ha sentido débil y se cansa fácilmente               | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 9  | Se ha sentido calmada y puede mantenerse quieta         | 4     | 3       | 2            | 1       |
| 10 | Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente      | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 11 | Se ha sentido últimamente mareado                       | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 12 | Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo        | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 13 | Ha podido respirar con facilidad                        | 4     | 3       | 2            | 1       |
| 14 | Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 15 | Ha sentido náuseas y malestar en el estómago            | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 16 | Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal            | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 17 | Ha sentido sus manos secas y calientes                  | 4     | 3       | 2            | 1       |
| 18 | Se ha ruborizado con frecuencia                         | 1     | 2       | 3            | 4       |
| 19 | Ha dormido bien y descansado toda la noche              | 4     | 3       | 2            | 1       |
| 20 | Ha tenido pesadillas                                    | 1     | 2       | 3            | 4       |

## Anexo C

## REGISTRO DE OPINIONES

Nombre:.....Edad:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** A continuación, responda con un **SI**, si está de acuerdo con el ítem propuesto y con un **NO**, si está en desacuerdo. No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Escriba rápidamente la respuesta y pase al siguiente. Asegúrese de contestar lo que Ud. realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

|  | SI | NO | P. |
|--|----|----|----|
| . 1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás  |    |    |    |
| . 2. Odio equivocarme en algo  |    |    |    |
| . 3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece  |    |    |    |
| .. 4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía   |    |    |    |
| .. 5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi toda circunstancia  |    |    |    |
| . 6. Temo a las cosas que a menudo me resultan objeto de preocupación  |    |    |    |
| . 7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes  |    |    |    |
| . 8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.                                     |    |    |    |
| . 9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas".   |    |    |    |
| . 10. Prefiero por sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila                                   |    |    |    |
| ..11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por que manifestar respeto por nadie                          |    |    |    |
| . 12. Evito las cosas que no puedo hacer bien  |    |    |    |
| . 13. Hay demasiadas personas que actúan mal y escapan de las consecuencias.<br>Negativas                                |    |    |    |
| .. 14. Las frustraciones no me distorsionan  |    |    |    |
| .. 15. A la gente no le trastornan las cosas o hechos, sino lo que piensan de ellos                                      |    |    |    |
| .. 16. No me preocupan los peligros inesperados o los acontecimientos futuros  |    |    |    |
| .. 17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes  |    |    |    |
| . 18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto  |    |    |    |
| . 19. Es casi imposible superar la influencia del pasado   |    |    |    |
| .. 20. Me gusta disponer de muchos recursos  |    |    |    |
| . 21. Quiero gustar a todo el mundo  |    |    |    |
| .. 22. No me gusta competir en aquellas actividades en que los demás son mejores que yo                                  |    |    |    |
| . 23. Aquellos que se equivocan, logran lo que se merecen  |    |    |    |
| . 24. Las cosas deberían ser distintas a como son  |    |    |    |
| .. 25. Yo provoqué mi propio malhumor  |    |    |    |
| . 26. A menudo, no puedo quitarme un asunto de la cabeza   |    |    |    |
| . 27. Evito enfrentarme a los problemas  |    |    |    |
| . 28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía   |    |    |    |
| .. 29. Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro |    |    |    |
| .. 30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer  |    |    |    |
| .. 31. Puedo gustarme a mí mismo, aún cuando no le guste a los demás   |    |    |    |
| .. 32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo   |    |    |    |
| . 33. La inmoralidad debería castigarse severamente  |    |    |    |
| . 34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan  |    |    |    |
| .. 35. Las personas desgraciadas, normalmente, deben este estado a sí mismas   |    |    |    |
| .. 36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra  |    |    |    |
| .. 37. Normalmente, mis decisiones son inmediatas  |    |    |    |
| . 38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho   |    |    |    |
| .. 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado   |    |    |    |
| .. 40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo  |    |    |    |
| .. 41. Sino le gusto a los demás es su problema, no el mío.  |    |    |    |
| . 42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.   |    |    |    |
| .. 43. Pocas veces culpo a la gente de sus errores.  |    |    |    |
| .. 44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.  |    |    |    |
| .. 45. Nadie está mucho tiempo de malhumor o enfadado, a menos que quiera estarlo.                                       |    |    |    |
| . 46. No puedo soportar correr riesgos   |    |    |    |
| . 47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.                                     |    |    |    |
| .. 48. Me gusta valerme por mí mismo (a).  |    |    |    |
| . 49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.                                     |    |    |    |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| . 50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.                                    |  |  |  |
| . 51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.                                 |  |  |  |
| .. 52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean ellas      |  |  |  |
| . 53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.                                     |  |  |  |
| .. 54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.  |  |  |  |
| . 55. Cuanto más problemas, menos felicidad.   |  |  |  |
| .. 56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro  |  |  |  |
| .. 57. Raramente, aplazo las cosas   |  |  |  |
| .. 58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas                     |  |  |  |
| .. 59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad             |  |  |  |
| .. 60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido  |  |  |  |
| .. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo la necesidad real de ellos         |  |  |  |
| . 62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo  |  |  |  |
| . 63. Todo el mundo es, esencialmente bueno  |  |  |  |
| .. 64. Hago lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme     |  |  |  |
| .. 65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es se debe al modo en que lo interpretamos       |  |  |  |
| . 66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro   |  |  |  |
| . 67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables  |  |  |  |
| .. 68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí  |  |  |  |
| . 69. Somos esclavos de nuestro pasado   |  |  |  |
| . 70. A veces desearía, poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa sin hacer nada más   |  |  |  |
| . 71. Me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.   |  |  |  |
| . 72. Me trastorna cometer errores   |  |  |  |
| . 73. No es equitativo que "lueva igual sobre el justo que sobre el injusto"                       |  |  |  |
| .. 74. Yo disfruto honestamente de la vida   |  |  |  |
| . 75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida                         |  |  |  |
| . 76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo                       |  |  |  |
| .. 77. Una vida fácil, resulta poco compensadora   |  |  |  |
| . 78. Pienso que fácil buscar ayuda  |  |  |  |
| . 79 Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.              |  |  |  |
| . 80. Me encanta estar tumbado.  |  |  |  |
| . 81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí                             |  |  |  |
| . 82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia                                   |  |  |  |
| .. 83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.                               |  |  |  |
| . 84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.                           |  |  |  |
| . 85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.                                       |  |  |  |
| .. 86. Raramente, pienso en cosas como la muerte.  |  |  |  |
| .. 87. No me gustan las responsabilidades.   |  |  |  |
| .. 88. No me gusta depender de los demás.  |  |  |  |
| . 89. La gente, generalmente nunca cambia.   |  |  |  |
| . 90 La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.              |  |  |  |
| .. 91 Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.                                       |  |  |  |
| .. 92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.                                |  |  |  |
| .. 93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.   |  |  |  |
| .. 94. Raramente, me importunan los errores de los demás.  |  |  |  |
| .. 95. El hombre construye su propio interior .  |  |  |  |
| . 96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en situaciones de peligro. |  |  |  |
| .. 97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable.                           |  |  |  |
| .. 98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.         |  |  |  |
| . 99. No miro atrás con resentimiento.   |  |  |  |
| . 100. No me siento realmente contenta hasta que no estoy relajada y sin hacer nada.               |  |  |  |

## Anexo D

## ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

## LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GRADO DE INSTRUCCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tú respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios

**N = NUNCA**  
**RV = RARA VEZ**  
**AV = A VECES**  
**AM = A MENUDO**  
**S = SIEMPRE**

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegurate de contestar todas.

| HABILIDAD  | N | RV | AV | AM | S |
|--|---|----|----|----|---|
| 1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.*  |   |    |    |    |   |
| 2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona lo insulto.*  |   |    |    |    |   |
| 3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.  |   |    |    |    |   |
| 4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.*                               |   |    |    |    |   |
| 5. Agradezco cuando alguien me ayuda.  |   |    |    |    |   |
| 6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumpleaños.  |   |    |    |    |   |
| 7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.                                 |   |    |    |    |   |
| 8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.*   |   |    |    |    |   |
| 9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada.  |   |    |    |    |   |
| 10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado. |   |    |    |    |   |
| 11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.*     |   |    |    |    |   |
| 12. No hago caso cuando mis amigos(as) me presionan para consumir alcohol.                           |   |    |    |    |   |
| 13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.*  |   |    |    |    |   |
| 14. Pregunto cada vez que sea necesario para atender lo que me dicen.                                |   |    |    |    |   |
| 15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.   |   |    |    |    |   |
| 16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.*  |   |    |    |    |   |

N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S = Siempre

| HABILIDAD  | N | RV | AV | AM | S |
|--|---|----|----|----|---|
| 17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.   |   |    |    |    |   |
| 18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.                                  |   |    |    |    |   |
| 19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.*   |   |    |    |    |   |
| 20. Si estoy nervioso(a) trato de relajarme para ordenar mis pensamientos  |   |    |    |    |   |
| 21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.  |   |    |    |    |   |
| 22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.   |   |    |    |    |   |
| 23. No me siento contento(a) con mi aspecto físico.*   |   |    |    |    |   |
| 24. Me gusta verme arreglado(a).   |   |    |    |    |   |
| 25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a)  |   |    |    |    |   |
| 26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.*  |   |    |    |    |   |
| 27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.   |   |    |    |    |   |
| 28. Puedo hablar sobre mis temores.  |   |    |    |    |   |
| 29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera. ✖   |   |    |    |    |   |
| 30. Comparto mi alegría con mis amigos(as).  |   |    |    |    |   |
| 31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante  |   |    |    |    |   |
| 32. Puedo guardar los secretos de mis amigos(as)   |   |    |    |    |   |
| 33. Rechazo hacer las tareas de la casa.*  |   |    |    |    |   |
| 34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.  |   |    |    |    |   |
| 35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.*   |   |    |    |    |   |
| 36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.  |   |    |    |    |   |
| 37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.*  |   |    |    |    |   |
| 38. Hago planes para mis vacaciones.   |   |    |    |    |   |
| 39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.  |   |    |    |    |   |
| 40. Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado(a)*  |   |    |    |    |   |
| 41. Defiendo mi idea, cuando veo que mis amigos(as) están equivocados(as)  |   |    |    |    |   |
| 42. Si me presionan para ir a la playa escapandome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los adultos. |   |    |    |    |   |

Firma y Sello del evaluador

**¡GRACIAS POR TU COLABORACION!**

## Anexo E

## EYSENCK FORMA A

| AQUÍ TIENE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL MODO COMO USTED SE COMPORTA, SIENTE Y ACTUA DESPUES DE CADA PREGUNTA COLOQUE UN 1 DEBAJO DE "SI" O "NO", SEGÚN SEA SU RESPUESTA<br>Trate de decidir lo más rápidamente. No hay contestaciones correctas ni incorrectas. |   | Si | No |
|---|---|----|----|
| Nº  |   |    |    |
| 1   | ¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?   |    |    |
| 2   | ¿Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos, que te den ánimo o valor?                                 |    |    |
| 3   | ¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápidamente (al toque) cuando la gente te conversa?                   |    |    |
| 4   | ¿Algunas veces te pones malhumorado, de mal genio?  |    |    |
| 5   | ¿Eres triste?   |    |    |
| 6   | ¿Prefieres estar solo, en vez de de estar acompañado de otros niños?  |    |    |
| 7   | ¿Pasan ideas por tu cabeza que no te dejen dormir?  |    |    |
| 8   | ¿Siempre haces inmediatamente conforma lo que te dicen o mandan?  |    |    |
| 9   | ¿Te gustan las bromas pesadas?  |    |    |
| 10  | ¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial?  |    |    |
| 11  | ¿Eres vivaz y alegre?   |    |    |
| 12  | ¿Alguna vez has desobedecido cierta regla de la escuela?  |    |    |
| 13  | ¿Te aburren o fastidian muchas cosas?   |    |    |
| 14  | ¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?  |    |    |
| 15  | ¿Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieran sucederte?  |    |    |
| 16  | ¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?  |    |    |
| 17  | ¿Puedes hacer que una fiesta, paseo o jugo sean alegres?  |    |    |
| 18  | ¿Sientes golpes en tu corazón?  |    |    |
| 19  | ¿Cuándo conoces nuevos amigos, generalmente tu empiezas la conversación?  |    |    |
| 20  | ¿Has dicho alguna vez alguna mentira?   |    |    |
| 21  | ¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una falla en el trabajo que haces? |    |    |
| 22  | ¿Te gusta "cochinear" (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amigos?   |    |    |
| 23  | ¿A menudo te sientes cansado sin razón?   |    |    |
| 24  | ¿Siempre terminas tus tareas antes de ir a jugar?   |    |    |
| 25  | ¿Estas generalmente alegre o contento?  |    |    |
| 26  | ¿Te sientes dolido ante ciertas cosas?  |    |    |
| 27  | ¿Te gusta juntarte con otros chicos?  |    |    |
| 28  | ¿Dices tus oraciones todas las noches?  |    |    |
| 29  | ¿Tienes mareos?   |    |    |
| 30  | ¿Te gusta hacerles travesuras y jugarretas a otros?   |    |    |



## EYSENCK FORMA A

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 31 | ¿Te sientes a menudo harto, hastiado?   |  |  |
| 32 | ¿Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o "tiras pana" un poco?                                    |  |  |
| 33 | ¿Estas generalmente tranquilo y callado cuando estas con otros niños?                             |  |  |
| 34 | ¿Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla mucho rato?         |  |  |
| 35 | ¿A menudo decides hacer las cosas de repente, sin pensarlo?                                       |  |  |
| 36 | ¿Estas siempre callado en la clase, aun cuando el profesor(a) esta fuera del salón?               |  |  |
| 37 | ¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?   |  |  |
| 38 | ¿Puedes generalmente participar y disfrutar de un paseo alegre?                                   |  |  |
| 39 | ¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?   |  |  |
| 40 | ¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de una persona o compañero?                |  |  |
| 41 | ¿Considerarías que eres feliz, suertudo y lechero?  |  |  |
| 42 | ¿Si es que sientes que has aparecido como un tonto o has hecho el ridiculo, te quedas preocupado? |  |  |
| 43 | ¿Te gustan a menudo los juegos bruscos, desordenados, brincar, revolcarte?                        |  |  |
| 44 | ¿Siempre comes todo lo que te dan en la comida?   |  |  |
| 45 | ¿Te es muy difícil de aceptar que te digan (NO), te niengen algo o no te dejen hacer algo?        |  |  |
| 46 | ¿Te gusta salir a la calle bastante?  |  |  |
| 47 | ¿Sientes algunas veces que la vida no vale la pena vivirla?                                       |  |  |
| 48 | ¿Haz sido alguna vez insolente con tus padres?  |  |  |
| 49 | ¿Las personas piensan que tú eres alegre y "vivo"?  |  |  |
| 50 | ¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estas haciendo trabajo o tarea?             |  |  |
| 51 | ¿Prefieres más estar sentado y mirar, que jugar y bailar en las fiestas?                          |  |  |
| 52 | ¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?  |  |  |
| 53 | ¿Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que tienes que hacer?               |  |  |
| 54 | ¿A menudo te sientes solo?  |  |  |
| 55 | ¿T e sientes tímido de hablar cuando conoces a una nueva persona?                                 |  |  |
| 56 | ¿A menudo te decides a hacer algo cuando ya es muy tarde?   |  |  |
| 57 | ¿Cuándo los chicos(as) te gritan, tú les gritas también?  |  |  |
| 58 | ¿Algunas veces te sientes muy alegre y otros momentos tristes sin alguna razón especial?          |  |  |
| 59 | ¿Encuentras difícil disfrutar y divertirse en una fiesta, paseo juego alegre?                     |  |  |
| 60 | ¿A menudo te metes en problemas o líos por hacer las cosas sin pensar primero?                    |  |  |