



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

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

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

AUTORA

Ita Mejía, Heidy Liliana

ASESOR

Roca Paucarpoma, Favio Javier

JURADO

Florita Pinto Herrera

Vicente Mendoza Huamán

Eda Jeanette Vásquez Vega

Lima- Perú

2020

Dedicatoria:

El presente trabajo va dedicado a mi compañero de vida Luis Alberto, a mis hijas kristell y Miranda por ser ellos mi fuerza e inspiración para continuar en este proceso de obtener unos de mis anhelos más deseados.

A mi madre y hermanas por estar siempre presentes, por su cariño y apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

Agradecimiento

Agradezco a Dios quien con su bendición llena mis días de salud, amor, fortaleza y a mi familia por estar siempre presente en vida.

Gracias a mi docente y asesor el Dr. Favio Roca que con su profesionalismo, apoyo y comprensión hicieron posible cumplir esta meta.

A mi Estudiante de Psicología Cristian quien colaboró y apoyo en el desarrollo de este caso clinico.

Expresar mi gratitud especial a mi paciente Elsa, por concederme la autorización para que a través de su historia personal pueda aportar conocimiento en el abordaje de pacientes que padecen de Fobia Social.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1. Descripción del problema	11
1.1.1. Datos de filiación	11
1.1.2. Motivo de consulta	13
1.1.3. Problema actual	13
1.1.4. Historia personal	26
1.1.5. Historia familiar	29
1.2. Antecedentes	31
1.2.1. Investigaciones Nacionales e Internacionales	31
1.2.2. Basamento teórico científico de las dos variables del título	37
1.3. Objetivos	49
1.3.1. Objetivo General	49
1.3.2. Objetivos Específicos	49
1.4. Justificación	49
1.5. Impactos Esperados	50
II. Metodología	51
2.1. Tipo de investigación	51
2.2. Informe de los instrumentos aplicados	51
2.3. Informe psicológico integrado	55
III. Resultados	57
3.1. Representación gráfica de la línea base	57
3.2. Representación gráfica de la línea de tratamiento	59

3.3. Representación gráfica de la línea de seguimiento	61
IV. Conclusiones	63
V. Recomendaciones	65
VI. Referencias	67
VII. Anexos	71

Índice de tablas

Tabla N° 1 Análisis funcional	17
Tabla N°2 Análisis cognitivo	20
Tabla N°3 Diagnostico Funcional	22
Tabla N°4 Historia personal área de educación	28
Tabla N°5 Historia familiar datos familiares	29
Tabla N°6 Línea base	57
Tabla N° 7 Línea de tratamiento	59
Tabla N°8 Línea de seguimiento	62

Índice de figuras

Figura N° 1 Estructura familiar	12
Figura N°2 Línea base	57
Figura N°3 Línea de tratamiento	60
Figura N°4 Línea de seguimiento	61
Figura N°5 Nivel de ansiedad social Pre y Post tratamiento	62
Figura N°6 Puntuación general de creencias irracionales pre y post tratamiento	62
Figura N°6 Línea de seguimiento	62

Resumen

El Presente estudio tiene como finalidad describir la efectividad de un programa de Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de Fobia Social. La paciente de estudio fue una mujer de 29 años de edad, con educación superior en economía y estudiante actual de psicología, madre de dos hijas menores. En la evaluación se utilizaron técnicas e instrumentos que permitieron confirmar el diagnóstico tales como: Entrevista, Historia psicológica, observación conductual directa y aplicación de instrumentos psicológicos: LSAS, registro de opiniones de Albert Ellis y hojas de control y registro sobre la conducta de evitación. En los resultados se presenta una descripción detallada de la configuración y conceptualización 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 claves: *Ansiedad, Fobia, Fobia Social, Intervención cognitiva-conductual.*

Abstract

The purpose of this study is to describe the effectiveness of a Cognitive-Behavioral Intervention program in a case of Social Phobia. The study patient was a 29-year-old woman with a higher education in economics and a current psychology student, mother of two younger daughters. In the evaluation techniques and instruments were used to confirm the diagnoses such as: Interview, Psychological history, direct behavioral observation and application of psychological instruments: LSAS, Albert Ellis opinion record and control sheets and record on avoidance behavior. The results present a detailed description of the configuration and conceptualization of avoidant behavior. 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 the avoidance behaviors decreased in their frequencies and scores respectively.

Keywords: *Anxiety, Phobia, Social Phobia, Cognitive-behavioral intervention.*

I. Introducción

Según la OMS 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 de Salud mental nos referimos a la incapacidad del individuo para enfrentarse a los obstáculos cotidianos y avanzar en su proyecto de vida dando como resultado la frustración, pobreza y violencia. Los trastornos y enfermedades mentales más frecuentes son la ansiedad y la depresión, según los estudios epidemiológico 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 (Chaves, Sandoval, y Calero 2017)

Es común que un individuo experimente ansiedad de manera ocasional considerándose como parte de la vida, sin embargo las personas que padecen de trastornos de ansiedad a menudo tienen preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias. La fobia social ha tenido dificultades en reconocerse como un problema de salud por falta de información tanto de la población como de los mismos profesionales, a menudo los sujetos que padecían de fobia social han adaptado su trastorno como un estilo de vida (Montgomery 1995 Citado por Caballo 2007 p. 25- 26).

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 el presente trabajo de investigación veremos las definiciones de la ansiedad y sus tipos, nos centraremos en la fobia social mencionando sus investigaciones como antecedentes, etiología, criterios de

diagnósticos, características, luego hablaremos del modelo cognitivo conductual, características y efectividad terapéutica, también se expondrá el estudio de caso, además del informe psicológico y se expondrá el programa de intervención paso a paso, finalmente se expondrá los resultados del tratamiento, conclusiones y recomendaciones.

1.1 Descripción del problema

1.1.1 Datos De Filiación

- Nombre y Apellidos : Elsa J. A. C.
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nac. : Bagua, 21 de noviembre de 1989
- Grado de instrucción : Superior
- Ocupación : Estudiante de Psicología
- Derivado por : Servicio de Medicina General
- Dirección : Mariscal Castilla N° 260- Caraz
- Fecha de entrevista : 24-07-2019
- Lugar de entrevista : Hospital San Juan de Dios de Caraz
- Psicóloga : Ps. Heidy Liliana Ita Mejía

Observaciones

Paciente es referido del servicio de Medicina General, al cual acudió por constantes dolores de cabeza, al momento de sentarse realiza constantes movimientos de piernas, se cubre la mitad del rostro con su cabello y empieza a realizar movimientos de dedos sobre el escritorio (tamborear).

Estructura Familiar:

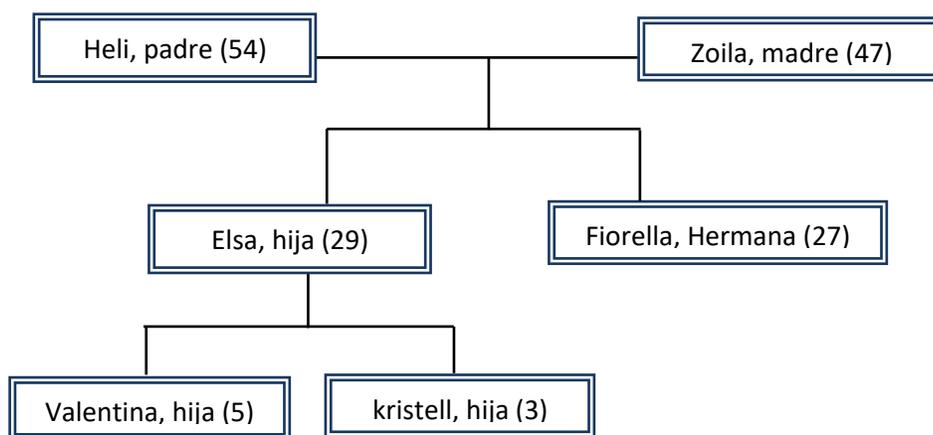


Figura N° 1

Descripción Del Examinado

Paciente mujer de 29 años de edad, de contextura delgada, tez trigueña de 1.60 metros de estatura aproximadamente, presenta vestimenta con colores claros (blusa blanca y pantalón celeste), adecuados para la ocasión, buena higiene, mantiene una postura encorvada, cabizbaja, realiza continuamente movimientos de piernas y pies, mientras tamborea los dedos sobre el escritorio.

1.1.2 Motivo De Consulta

Paciente refiere: “El médico me refirió al Servicio de Psicología por mis constantes dolores de cabeza y malestares que siento, llegó a la conclusión que son por motivos psicológicos y yo pienso que tiene razón ya que estos malestares y mi dolor de cabeza se dan solo en determinadas circunstancias que me resultan incómodas ”.

1.1.3 Problema actual

Presentación actual del problema

Elsa de 29 años de edad, refiere que cada vez que tiene una exposición académica y llega a la universidad piensa “seguro que me voy a equivocar y que los demás se burlaran de mí”, “podría desmayarme y todos pensarán que soy exagerada”, experimentando ansiedad (10) y miedo (10), acompañado de aceleración en el ritmo cardiaco, temblor de piernas, movimientos estereotipados de pies y disminución en la fuerza de voz, sudoración palmar, dolor de cabeza, sensación de falta de aire, llevando a la paciente a evadir esta actividad, no ingresa al aula y sale de la universidad sintiendo que estos malestares van desapareciendo, esta conducta se repite todas las veces que tiene una exposición académica.

Elsa refiere que hace 5 días se realizó la celebración del bautizo de un familiar, a la cual se vio obligada a asistir por la presión de su madre, minutos antes de llegar al evento empezó a experimentar ansiedad (10) y miedo (10) y pensaba “seguro que mis tíos me criticaran porque sigo estudiando en la universidad” “habrá gente extraña que notara que estoy nerviosa y se reirán” “mi abuela me dirá que deje de tener hijos” “a la hora que estemos comiendo seguro se me derramara la comida o el refresco y todos voltearan a verme” “quisiera morirme ahorita” experimentando malestares fisiológicos. Ante lo cual Finge un

desmayo, siendo trasladada al hospital por su madre, estando en el servicio de emergencia abre los ojos y le pide al médico que la interne indicándole que si la dejaba salir se iba a suicidar, consiguiendo su internamiento, sintiendo alivio y piensa “me salvé de ir al bautizo”.

Elsa manifiesta que hace unos quince días atrás, tuvo una citación a una reunión de padres de familia en el colegio de sus hijas. El auxiliar de la Institución fue un día antes a su casa a notificarle que debe de asistir a la reunión (ya que lo que va del año no ha asistido a ninguna reunión). Llegado el día de la reunión una hora antes empezó a pensar “seguro que cuando ingrese todos los padres me miraran y se reirán”, “pensarán que soy una madre irresponsable” “quizá mientras este caminando me caiga y todos se burlen” “si me preguntan algo no sabré que responder” “mejor no asistiré” experimentando ansiedad (10), miedo (10), y malestares fisiológicos, llamando inmediatamente al auxiliar para decirle que no podrá asistir a la reunión debido a que se fracturo la pierna y que se encuentra en el hospital, luego de realizar la llamada manifiesta que automáticamente los malestares desaparecieron.

Elsa refiere que hace dos días en la universidad un joven se acercó a ella para ofrecerle un producto telefónico y le pidió unos minutos de su tiempo, ante ello Elsa hecho a correr hacia el baño, pensando “seguramente quería reírse de mi” “alguien lo mando para jugarme una broma” experimentando ansiedad (10), cólera (10), seguido de molestias fisiológicas como falta de aire, sudoración palmar, taquicardia, dolor de cabeza, al paso de la media de permanecer en el baño, llamo a su amiga del aula para que verificara que el joven no esté y pueda salir, al paso de diez minutos aproximadamente recibió la llamada de su amiga quien le aseguro que no vio a ningún joven ofreciendo productos Elsa salió del baño sintiendo miedo(10) ansiedad(10) aun experimentando los malestares fisiológicos

mencionado líneas arriba, al no ver al joven manifiesta que inmediatamente sintió alivio y los malestares fueron desapareciendo.

Elsa refiere que una hace un mes aproximadamente viajó a la ciudad de Huaraz llevando a su hija menor a su cita médica psiquiátrica, ya que la menor tiene como diagnóstico hiperactividad, mientras esperaba el turno de su hija noto que una pareja la miraba y murmuraban pensando “seguramente están hablando de mi” “ya saben que estoy nerviosa y se están burlando de mi” “pensarán quizá que mi hija es así porque salió a mi” “no debí haber venido, para próxima cita le pediré que venga mi madre” “seguro que quieren preguntarme algo” “debo de salir de aquí” sintiendo ansiedad(10) miedo (10) seguido de taquicardia, sudoración palmar, dolor de cabeza, temblor en las piernas, optando por agarrar de la mano a su hija y marcharse a su casa, experimentando alivio y desaparición de los malestares.

Listado de conductas problema:

- Evita exponer no ingresando al aula y se va de la universidad, evita ingresar al evento fingiendo un desmayo, evita asistir a la reunión llamando al auxiliar para excusarse, correr hacia el baño y permanece ahí por 30 min para evitar hablar con un varón extraño, marcharse a su casa sin que se a atendida su hija por el psiquiatra
- Ansiedad (10) y miedo (10).
- Aceleración en el ritmo cardiaco, temblor de piernas, movimientos estereotipados de pies y disminución en la fuerza de voz, temor, sudoración palmar, dolor de cabeza, sensación de falta de aire.
- Piensa “seguro que me voy a equivocar y que los demás se burlaran de mí”, “podría desmayarme y todos pensarán que soy exagerada”.

“Seguro que mis tíos me criticaran porque sigo estudiando en la universidad”, “habrá gente extraña que notara que estoy nerviosa y se reirán”, “mi abuela me dirá que deje tener hijos”, “a la hora que estemos comiendo seguro se me derramara la comida o el refresco y todos voltearan a verme”, “quisiera morirme ahorita”, “me salve de ir al bautizo”.

“Seguro que cuando ingrese todos los padres me miraran y se reirán”, “pensaran que soy una madre irresponsable”, “quizá mientras este caminando me caiga y todos se burlen”, “si me preguntan algo no sabré que responder”, “mejor no asistiré”.

“Seguramente quería reírse de mí”, “alguien lo mando para jugarme una broma”, “seguramente están hablando de mí”, “ya saben que estoy nerviosa y se están burlando de mí”, “pensaran quizá que mi hija es así porque salió a mí”, “no debí haber venido, para próxima cita le pediré que venga mi madre”, “seguro que quieren preguntarme algo”, “debo de salir de aquí”.

Tabla N 1: Análisis Funcional

Ed	C	Er
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición académica ➤ Asistir al bautizo de su familiar. ➤ Evita asistir a la reunión de padres de familia. ➤ Joven se acerca para ofrecerle producto telefónico. ➤ Esperar turno en cita Psiquiátrica de su hija. ➤ Pensamiento “seguro que me voy a equivocar y que los demás se burlaran de mí”, “podría desmayarme y todos pensarán que soy exagerada” ➤ Pensamiento: “seguro que mis tíos me criticaran porque sigo estudiando en la universidad” “habrá gente extraña que notara que estoy nerviosa y se reirán” “mi abuela me dirá que deje tener hijos” “a la hora que estemos comiendo seguro se me 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evita exponer no ingresando al aula y se va de la universidad. ➤ Evita ingresar al evento fingiendo un desmayo. ➤ Evita asistir a la reunión llamando al auxiliar para excusarse ➤ Correr hacia el baño y permanece ahí por 30 min ➤ Marcharse a su casa sin que sea atendida su hija por el psiquiatra 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminución del nivel de ansiedad y miedo. ➤ Desaparición de los malestares fisiológicos. ➤ Es trasladada a un hospital por su madre. ➤ Médico la interna, ante su advertencia. ➤ Justifica su inasistencia inventando que se rompió la pierna. ➤ Auxiliar atiende su llamada. ➤ Amiga accede a su pedido de verificar que no esté el joven. ➤ Evita situación incómoda saliendo de la sala de espera ➤ Pensamiento: “me salve de ir al bautizo”

<p>derramara la comida o el refresco y todos voltearan a verme” “quisiera morirme ahorita”</p> <p>➤ Pensamiento: “seguro que cuando ingrese todos los padres me miraran y se reirán”, “pensaran que soy una madre irresponsable” “quizá mientras este caminando me caiga y todos se burlen” “si me preguntan algo no sabré que responder” “ mejor no Piensa “ seguramente quería reírse de mi” “alguien lo mando para jugarme una broma”</p> <p>➤ Piensa “ seguramente quería reírse de mi” “alguien lo mando para jugarme una broma”</p> <p>➤ Piensa “seguramente están hablando de mi” “ya saben que estoy nerviosa y se están burlando de mi” “pensaran quizá que mi hija es así porque salió a mi” “no debí haber</p>		
---	--	--

<p>venido, para próxima cita le pediré que venga mi madre” “seguro que quieren preguntarme algo”” debo de salir de aquí”</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ansiedad (10) y miedo (10) ➤ Aceleración en el ritmo cardiaco, temblor de piernas, movimientos estereotipados de pies y disminución en la fuerza de voz, temor, sudoración palmar, dolor de cabeza, sensación de falta de aire.		
---	--	--

Tabla N° 2

Análisis Cognitivo

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ansiedad (10) ➤ Miedo (10) ➤ Evita entrar al aula y sale de la universidad. ➤ Evita ingresar al bautizo fingiendo un desmayo. ➤ Condiciona al médico con suicidarse para que la interne y evite asistir al bautizó. ➤ Evita asistir a la reunión llamando al auxiliar para excusarse. ➤ Correr hacia el baño y permanece ahí por 30 min ➤ Llama a su amiga para que verifique que no esté el joven. ➤ Coger de la mano a su hija y marcharse a su casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Seguro que me voy a equivocar y que los demás se burlaran de mí”. ➤ “Podría desmayarme y todos pensarán que soy exagerada”. ➤ Pensamiento: “seguro que mis tíos me criticaran porque sigo estudiando en la universidad”. ➤ “Habrá gente extraña que notara que estoy nerviosa y se reirán”. ➤ “Mi abuela me dirá que deje tener hijos”. ➤ “A la hora que estemos comiendo seguro se me derramara la comida o el refresco y todos voltearan a verme”. ➤ “Quisiera morirme ahorita”. ➤ “Seguro que cuando ingrese todos los padres me miraran y se reirán”. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición académica. ➤ Asistir a la celebración del bautizo. ➤ Asistir a una reunión de padres de familia. ➤ Joven se acerca a ofrecerle producto telefónico. ➤ Esperar turno en cita Psiquiátrica de su hija.

	<ul style="list-style-type: none">➤ “Pensarán que soy una madre irresponsable”.➤ “Quizá mientras este caminando me caiga y todos se burlen”.➤ “Si me preguntan algo no sabré que responder”.➤ “Mejor no asistiré”.➤ Piensa “seguramente quería reírse de mi” “alguien lo mando para jugarme una broma”.➤ “Seguramente están hablando de mi” “ya saben que estoy nerviosa y se están burlando de mi” “pensaran quizá que mi hija es así porque salió a mi” “no debí haber venido, para próxima cita le pediré que venga mi madre” “seguro que quieren preguntarme algo”” debo de salir de aquí”.	
--	--	--

Tabla N° 3

Diagnóstico Funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evita exponer. ➤ Evitar ingresar al bautizo fingiendo un desmayo. ➤ Condicionar al médico para evitar asistir al bautizo. ➤ Evita asistir a la reunión llamando al auxiliar para excusarse. ➤ Correr hacia el baño y permanece ahí por 30 min. ➤ Llama a su amiga para que verifique que no esté el joven. ➤ Coger de la mano a su hija y marcharse a su casa. ➤ Ansiedad (10) y Miedo (10) ➤ Aceleración en el ritmo cardiaco, temblor de piernas, movimientos estereotipados de pies y disminución en la fuerza de voz, temor, sudoración palmar, dolor de cabeza, se muerde las uñas, sensación de falta de aire. ➤ Pensamiento: “seguro que me voy a equivocar y que los 		

<p>demás se burlaran de mí”, “podría desmayarme y todos pensarán que soy exagerada”.</p> <p>“seguro que mis tíos me criticarán porque sigo estudiando en la universidad”.</p> <p>“Habrá gente extraña que notara que estoy nerviosa y se reirán”.</p> <p>“mi abuela me dirá que deje tener hijos”, “a la hora que estemos comiendo seguro se me derramara la comida o el refresco y todos voltearán a verme”, “quisiera morirme ahorita”, “seguro que cuando ingrese todos los padres me mirarán y se reirán”, “pensarán que soy una madre irresponsable”, “quizá mientras este caminando me caiga y todos se burlen”, “si me preguntan algo no sabré que responder”, “mejor no asistiré”.</p> <p>“Seguramente quería reírse de mí”, “alguien lo mando para jugarme una broma”, “seguramente están hablando</p>		
---	--	--

<p>de mí”, “ya saben que estoy nerviosa y se están burlando de mí”, “pensaran quizá que mi hija es así porque salió a mí”, “no debí haber venido, para próxima cita le pediré que venga mi madre”, “seguro que quieren preguntarme algo”,” debo de salir de aquí”.</p>		
--	--	--

Desarrollo Cronológico Del Problema

A los 19 años de edad iniciando su vida universitaria, Elsa manifiesta que empezaron sus problemas de ansiedad , refiere que sintió desesperación al ver que estaba rodeada de gente desconocida, ya que en sus épocas escolares estudiaba no con más de 20 personas y todas eran mujeres y en aquella ocasión vio a más de 50 personas en su aula y la mayoría varones, experimentando por primera vez taquicardia, falta de oxígeno y sudoración palmar, dolor de cabeza, temblor de piernas pero con el paso de los días se fue adecuando a su ambiente y desaparecieron los malestares. Los síntomas volvieron a presentarse con más intensidad cuando le toco exponer, las taquicardias eran más fuertes, la sudoración palmar se incrementó (chorros), las piernas le temblaban, dolor de cabeza, falta de oxígeno, ante estos malestares Elsa salió corriendo del aula.

Refiere que hasta antes de ingresar a la universidad no tenía dificultades de relacionarse con el sexo opuesto, y a partir de su época universitaria empezó también a

temerles a los varones ya que cuando alguien le hablaba experimentaba ansiedad (10), miedo (10), acompañados de taquicardia, falta de oxígeno y sudoración palmar, dolor de cabeza, temblor de piernas, optando por salir del lugar o evitando algún tipo de contacto con el sexo opuesto.

A los 23 años se enamoró de su taxista quien era mayor por cinco años y al primer mes de su relación salió gestando de su primera hija, refiere que desde el inicio él era celoso, agresivo y posesivo, en ocasiones no la dejaba bajar del taxi y se la llevaba al hotel donde le reclamaba cosas sin sentido y la golpeaba. Al enterarse sus padres del embarazo la botaron de la casa, teniendo que irse a vivir con su pareja donde seguía siendo víctima de violencia física y verbal, mientras que los problemas en la universidad continuaban (evita exponer), por lo cual desaprobó varias materias, optando por pagar a algunos docentes para aprobar el curso.

A los 24 años terminó la carrera de economía logrando obtener su grado de ballicher, cuando se presentó para el curso de titulación pensó que no podría sustentar y no se matriculo, sintiendo ansiedad (10) y miedo (10) acompañados de malestares fisiológicos como taquicardia, falta de aire, sudoración palmar, dolor de cabeza, y por temor a sus padres decidió estudiar otra carrera optando al azar estudiar psicología, siendo aceptado por sus padres.

A los 25 años nuevamente salió gestando de su segunda hija, refiere que la concibió estando ebria, a los 5 meses de embarazo, su padre se enteró que su pareja la golpeaba, para lo cual la obligo a denunciarlo y se las llevó a vivir con él, manifiesta que sus malestares fisiológicos aumentaron ya que pensaba que su expareja la esperaría afuera de la universidad y la mataría, esta situación empeoro su desempeño en sus clases ya que muchas

veces no asistía a la universidad, particularmente no asistía los días que tenía exposición, en esta oportunidad evitaba contestar su teléfono por temor de que sea algún compañero o compañera que le preguntara porque no asistía a la universidad, sintiendo ansiedad (10) y miedo (10).

A los 26 años de edad nació su segunda hija lo cual le dificultaba aún más en sus clases universitarias porque no tenía tiempo para realizar los trabajos académicos, por lo cual decidió perder el ciclo. Al siguiente ciclo decidió matricularse ya que sus padres le contrataron una nana, empezó a asistir a la universidad regularmente pero cada vez que tenía que exponer o cuando habían exámenes orales sentía ansiedad (10) miedo (10) acompañados de malestares fisiológicos y pensaba que no lograría terminar la nueva carrera porque en esta se realizaban más exposiciones que en la carrera de economía.

A los 28 años de edad cursando el 4to ciclo de psicología tenía programado una exposición importante ya que de esa exposición dependía que aprobara el curso, faltando 15 minutos para el inicio de su exposición empezó a sentir ansiedad (10) y miedo (10) acompañados de malestares fisiológicos pensando que no podría hacerlo ya que sus compañeros se burlarían de ella, por lo cual salió del aula y corto los cables de electricidad del pabellón evitando así la exposición.

1.1.4 Historia Personal

Desarrollo inicial:

Paciente refiere que su madre llevó un embarazo lleno de problemas y violencia por parte de su padre, nació por parto normal a los 7 meses de edad, empezó a caminar a 01 año de

edad, al mismo tiempo dejo de lactar y también dejo de usar pañales, no tuvo dificultades en el desarrollo de su lenguaje, era una niña juguetona, inquieta dentro de los parámetros normales.

Conductas Inadecuadas Más Resaltantes De La Infancia:

Paciente refiere que era una niña muy curiosa y le gustaba experimentar motivo por el cual sufrió accidentes leves que la llevaron varias veces al hospital, en una oportunidad cogió la máquina de coser de su madre para jugar y se cosió el dedo, en otra oportunidad cogió la pistola de su padre y le disparo a su hermana causándole una herida leve en la pierna ya que solo le rozo la bala.

Actitudes De La Familia Frente Al Niño

Elsa refiere que sus padres le castigaban físicamente para corregir su conducta, llegando al límite de quemarle las manos con la cera de una vela, amarrándola en la cama para evitar que haga travesuras, recuerda que a los 7 años se orino en la cama y su padre la castigo encerrándola en el baño toda noche, mientras ella suplicaba que la sacaran de ahí porque estaba oscuro y hacia frio, manifiesta que sus padres eran agresivos tanto con ella como con su hermana menor. Sus padres eran autoritarios, cuando ella no obedecía ambos padres la golpeaban con cualquier objeto que se encontraba a su alcance, mas no recuerda ningún tipo de afecto expresado por parte de ellos.

Tabla N°4

Historia personal área de educación

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X		Presento dificultad	Bueno, sin dificultades	Lloro la primera semana de clases, temía a su maestra			x
Primaria	X		Logro adaptarse con facilidad	Bueno, sin dificultades ocupó el 3er puesto	Lloro el primer día de clases ya que su madre la castigó por derramar la leche.			x
Secundaria	X		Se adaptó en seguida	Bueno ocupó uno de los primeros lugares	No presento dificultades ya que conocía a la mayoría de sus compañeros.			x
Superior	X		Presento mayor dificultad	Malo	Temor Al sexo opuesto y a exponer.		x	

1.1.5 Historia Familiar

Tabla N°5

Datos familiares

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Heli Aparicio Roque	55	Técnico superior	Militar del Ejército del Perú
Madre	Zoila Cubas Vargas	47	Técnico superior	Docente
Hermana 1	Fiorella Aparicio cubas	27	Superior	Administradora
Hija 1	Valentina Aparicio polo	5	Inicial	Estudiante
Hija 2	Kristell Aparicio polo	3	Nido	-----

Relaciones familiares

Padre: Heli de 55 años de edad, sub oficial del ejército, natural de Bagua, paciente refiere que su padre era rígido, agresivo, poco expresivo, critico, recuerda que siempre la castigaba a golpes con lo primero que encontraba a su alcance, refiere que en una oportunidad su padre la amarro en la cama usando una sogá durante toda tarde, y en otra oportunidad la encerró en el baño toda noche mientras ella gritaba y lloraba suplicando que la saque de aquel lugar, el motivo del encierro fue por haberse miccionado en la cama la noche anterior, en la actualidad llevan una buena relación, es afectuoso, consentidor, afectuoso con sus nietas (hijas de Elsa).

Madre: Zoila de 47 años de edad, docente del nivel primario natural de Bagua, paciente refiere que su madre siempre fue manipulada por su padre, ya que hacia todo lo que él quería, al igual que su padre era rígida, estricta, agresiva, no mostraba afecto, la castigaba

con lo que este a su alcance, en una ocasión refiere que por una travesura le quemó sus manos con la cera de una vela, en la actualidad mantienen una relación buena, es comprensiva, consentidora, amorosa con sus nietas (hijas de Elsa).

Hermana: Fiorella de 27 años de edad, administradora de un banco en la ciudad de Huaraz, natural de Bagua paciente refiere que siempre fueron muy unidas, se consolaban mutuamente de los castigos físicos que sus padres les daban, en la actualidad mantienen una buena relación es cariñosa con sus sobrinas.

Hijas: Valentina de 5 años de edad hija mayor de la paciente, refiere que es tranquila, amorosa, estudiosa y que es una niña que no da problemas, es obediente.

Kristell de 3 años hija menor de Elsa, refiere que desde el día en que nació le dio problemas ya que casi no dormía, lloraba en exceso y cuando empezó a caminar hacia travesuras, a los 2 años de edad se lanzó por la ventana de un cuarto piso de la clínica e increíblemente solo tuvo lesiones leves, por lo cual el pediatra la refirió al psiquiatra donde fue diagnosticada con hiperactividad, en la actualidad se encuentra en tratamiento pero pese a ello Elsa refiere que siempre tiene quejas sobre su conducta en el jardín, y en su casa es traviesa rompe las cosas, en ocasiones la castiga físicamente con la correa, ante lo cual sus padres no están de acuerdo.

Ex pareja: Nilthon de 34 años natural de Huaraz, de ocupación taxista, refiere que desde el inicio de su relación era celoso y agresivo, la golpeaba sin motivos, en la actualidad están separados no llevan una buena relación y eventualmente va a visitar a sus hijas.

Antecedentes Familiares

Paciente refiere que tiene familiares como abuelo, tíos maternos, padre y ex pareja con problemas de consumo excesivo de alcohol.

1.2 Antecedentes

1.2.1. Investigaciones Nacionales e Internacionales

Investigaciones Nacionales

Rivera (2019) en su tesis Procrastinación Académica y Fobia Social en estudiantes de la facultad de Psicología de una universidad Nacional de Lima, realizando una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre procrastinación y la fobia social. El trabajo fue de diseño no experimental de corte transversal de tipo descriptivo correlacional para lo cual se evaluó 240 universitarios entre las edades de 18 a 44 años en ambos sexos. Para la evaluación utilizó: la Escala de procrastinación Académica (Busko 1998) y fue adaptada por Álvarez (2010) la cual está estructurada con 16 ítems divididos en dos dimensiones: autorregulación académica y postergación de actividades; otra prueba utilizada fue el Inventario de Fobia Social (Davidson 1991) y adaptada por Bravo, Castillo, González y Padrós (2017) presenta 17 ítems para indeterminar quien padecen o no la fobia social. En los resultados obtenidos existe una relación positiva entre la procrastinación y la fobia social. Se observa que la relación es positiva esto nos indica que a mayor procrastinación académica habrá mayor fobia social lo cual se representa que el 71% de los estudiantes que presenta niveles de procrastinación académica y 48 % de los estudiantes presentan niveles medios de fobia social. No existen diferencias significativas según sexo, respecto a la variable procrastinación académica y la fobia social ya que las creencias se producen en la misma medida tanto en hombres como en mujeres.

Hernández (2018) en su trabajo *Ansiedad Social* en estudiantes de la facultad de psicología de una universidad de Lima Metropolitana, cuyo objetivo fue el de establecer interacciones de los factores sexo, ocupación y años de estudio sobre la ansiedad social, donde su tipo de investigación es no experimental, transaccional y descriptivo, cuya población estuvo conformada por una muestra de 231 estudiantes de ambos sexos de entre 18 a 29 años que cursaban del 2do al 10mo ciclo. Se consideró como variable a la fobia social, el instrumento que se utilizó para la evaluación fue el Inventario de Fobia Social (SPIN) por Connor y colaboradores que tiene 17 ítems con una escala de 0 a 4. En sus resultados se obtuvo los siguientes; que el 60.2% de los estudiantes presenta un nivel de ansiedad social de moderado, el 29.4% presenta un nivel grave, el 6.9% un nivel leve y 3,5% no presenta ansiedad leve. Otro de los hallazgos fue que el sexo no presenta diferencias significativas a diferencia de la ocupación del estudiante la cual si presenta diferencias significativas, entre los estudiantes que solo estudian de los que trabajan.

Huamán (2014) elaboró un estudio de investigación, donde el objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a fobia social en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria en la ciudad de Arequipa. Mediante un estudio observacional, prospectivo y transversal, evaluó a 367 adolescentes. Donde aplicó la Escala de Evitación y Malestar Social (SADS) para identificar los casos de Fobia Social y una encuesta para el estudio de los factores asociados. Tuvo como resultados que la fobia social se presenta en el 14,7 % de los adolescentes; en el análisis multivariado 4 de los factores analizados mostraron un efecto significativo en la probabilidad de padecer fobia social: Antecedente de patología psiquiátrica familiar ($OR=5,84$; $IC=2,05-16,66$), frustración económica ($OR=2,35$; $IC=1,01-5,44$), frustración sentimental ($OR=7,87$; $IC=3,39-18,32$) y

malas relaciones sociales ($OR=3.93$; $IC=1,47- 10,55$). Donde concluyó que mediante su investigación encontró una prevalencia superior a la descrita en la literatura mundial, pero similar a estudios que se realizó en Perú. Tener antecedente de patología psiquiátrica familiar, frustración económica, frustración sentimental y malas relaciones sociales; se han relacionado a mayor probabilidad de padecer fobia social.

Cabanillas (2017) realizó un estudio para determinar si existe asociación entre ansiedad social y trastorno por abuso de consumo de alcohol en pacientes del hospital Belén de Trujillo, llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles. Cuya población de estudio estuvo constituida por 123 pacientes, quienes se dividieron en 2 grupos: con trastorno por abuso de consumo de alcohol o sin esta patología. Aplicaron la prueba de chi cuadrado y el cálculo del odds ratio en la cual no apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación con las variables edad, género y grado de instrucción entre los pacientes con abuso de consumo de alcohol o sin esta patología ($p>0.05$). Siendo la frecuencia de ansiedad social en pacientes con trastorno por abuso de consumo de alcohol 36%. La frecuencia de ansiedad social en pacientes sin trastorno por abuso de consumo de alcohol fue 20%. La ansiedad social fue el factor asociado a trastorno por abuso de consumo de alcohol con un odds ratio de 2.4 el cual resulto significativo ($p<0.05$).

Delgado (2017) realizó una investigación, cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre la ansiedad estado/rasgo y miedo de hablar en público de los estudiantes de la Institución Idea- Perú – Huaraz 2017. Se desarrolló una investigación cuantitativa, con un nivel de alcance descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 35

estudiantes varones y mujeres de la Institución Idea-Perú. Los datos estadísticos fueron recolectadas a través de la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público, (PRCS – R). Según los resultados estadísticos, se comprobó la existencia de una relación positiva moderada entre puntuación de ansiedad estado/rasgo y miedo de hablar en público. Es decir, mayores puntajes de ansiedad estado/rasgo mayor puntaje para el miedo de hablar en público en la población estudiada. Asimismo, en su análisis descriptivo respecto a la ansiedad estado se observa que el nivel de ansiedad fue relativamente superior al promedio (31.4%). Con respecto a la ansiedad rasgo se evidencia que el (62,8%) presentaron un nivel de ansiedad rasgo sobre el promedio en estudiantes de la institución. En cuanto al variable miedo de hablar en público se identificó que el 71,4% muestra un nivel moderado de miedo de hablar en público y solo el 2,9% muestra mucho miedo de hablar en público.

Investigaciones Internacionales

Baeza-velasco y Fénérier (2012) realizaron un trabajo de investigación sobre Ansiedad Social, cuyo objetivo fue comparar los niveles de AS evaluada a través de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz investigación realizada en Chile (LSAS) de un grupo de estudiantes universitarios chilenos y franceses. Cuyo método consistió en comparar las puntuaciones de 85 estudiantes universitarios chilenos y 174 franceses que respondieron a la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Los hombres franceses presentaron puntuaciones significativamente superiores que los hombres chilenos en la LSAS. Ninguna diferencia fue observada entre las mujeres de ambos países. Los resultados se discuten en términos de diferencias culturales tales como el individualismo y el colectivismo.

Concluyendo que los resultados obtenidos apoyaban que las personas de los países colectivistas latinoamericanos presentan niveles de AS menores que las personas de países individualistas.

Inglés, Piqueras, García, García (2010) Realizaron una investigación que tuvo por objetivo analizar las diferencias de género y edad en ansiedad social en la adolescencia a través de los factores que componen la subescala de Fobia Social del Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI): Interacciones Sociales, Foco de Atención, Respuestas Cognitivas/ Psicofisiológicas y Conductas de Evitación y Escape, realizado en España. En la muestra general, las chicas presentaron puntuaciones más altas en la subescala de Fobia Social y en todos sus factores, excepto en Evitación y Escape ($d = 0,32 - 0,35$). El análisis de las puntuaciones factoriales en la muestra de alta ansiedad reveló que los chicos evitan y escapan de las situaciones sociales significativamente más que las chicas ($d = 0,23$). No se hallaron diferencias de edad en ninguno de los factores para ninguna de las dos muestras por lo que sugirieron la relevancia de atender a variables género y edad en la manifestación de la sintomatológica, cognitiva, fisiológica y conductual de la AS en adolescentes.

Caballo, Salazar, y Carrobbles (2011) presentaron un estudio cuyo objetivo se centraba en analizar la relación entre el acoso escolar y la ansiedad social realizado en España. La muestra estuvo conformada en una muestra de 1810 niños españoles cuyas edades oscilaban entre 9 y 15 años. Donde se hallaron las relaciones entre estos dos constructos y sus dimensiones utilizando dos nuevos instrumentos, el “Cuestionario multimodal de acoso escolar” y el “Cuestionario de interacción social para niños”. Los resultados arrojaron que la relación entre sufrir acoso escolar, especialmente, acoso relacional, y la ansiedad social (tanto en su aspecto global como en las seis dimensiones de

que consta). Siendo estas relaciones más elevadas en los varones que en las mujeres y los análisis de regresión plantearon que la ansiedad social global y, principalmente, una de sus dimensiones (“Quedar en evidencia/Hacer el ridículo”) pueden predecir el ser víctima de acoso escolar y viceversa. Los varones puntuaron más alto que las mujeres en los aspectos del acoso escolar que tienen que ver con la faceta de acosador, mientras que no hubo diferencias entre ambos sexos en los aspectos que tienen que ver con la faceta de acosado.

Vallés, Olivares y Alcázar (2014) En su investigación cuyo objetivo principal fue el de proponer un proyecto para la detección e intervención temprana de adolescentes con fobia social en el contexto comunitario, estudio realizado en España. La investigación fue realizada con alumnos de 3º de ESO con fobia social generalizada en varios Institutos de Educación Secundaria de Alicante, la eficacia terapéutica del paquete de tratamiento Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) mostró el incremento de la competencia social y la mejora de la autoestima en adolescentes que fueron diagnosticados con Fobia Social, frente a un grupo de control pasivo (sin tratamiento) y un grupo de control activo (tratamiento con un programa de estrategias de aprendizaje que incluía contenidos de exposición a situaciones sociales). Estos tratamientos fueron desarrollados en los centros educativos. Los resultados obtenidos a favor del grupo de tratamiento IAFS en las variables de competencia social (informados por el tutor y por los padres) y de autoestima se mantuvieron en el seguimiento luego de 6 meses. Concluyendo que los sujetos que reciben el tratamiento en el grupo IAFS frente a quienes lo reciben en el grupo de control activo mediante un Programa de Estrategias de Aprendizaje obtienen a corto y medio plazo un mayor incremento en la frecuencia de su conducta asertiva y de su autoestima.

Inglés (2008) realizó un estudio donde analizaron la prevalencia de la ansiedad social, conducta prosocial y conducta agresiva esta investigación fue realizada en España, en una muestra de 2.022 estudiantes de educación secundaria de 12 a 16 años. Los adolescentes fueron seleccionados aleatoriamente de 20 escuelas urbanas y rurales, La ansiedad social fue medida con el Social Phobia and Anxiety Inventory, mientras que la conducta prosocial y agresiva fueron medidas con el Teenage Inventory of Social Skills. Los resultados revelaron que el porcentaje de estudiantes prosociales (17,35%) y agresivos (16,12%) fue significativamente más alto que el porcentaje de estudiantes con ansiedad social (12,06%). Concluyendo que con el paso de los años se produce un cambio de tendencia en la frecuencia de los estilos interpersonales, siendo la agresividad más prevalente en 2° de E.S.O. y la prosociabilidad más frecuente en 3° y 4° de E.S.O

1.2.2. Basamento Teórico Científico de las dos Variables del Título:

Intervención cognitivo conductual:

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) asume un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada, La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones y están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia. Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.). El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando las conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede

dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento (Díaz, Ruiz y Villalobos 2012)

Psicoeducación

(Manuel, Vieyra y Mongiello, 2004, p 1-6) refieren “la psicoeducación es un Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida”.

Psicoeducación En Trastornos De Ansiedad

Por su misma naturaleza los Trastornos por Ansiedad se ven particularmente favorecidos por los abordajes psicoeducacionales que partiendo de un diagnóstico adecuado, estos trastornos se tratan de un modo integral, La Psicoeducación abarca: 1)Contenidos “psicológicos”: esto implica un conocimiento teórico general para el autoconocimiento tanto racional como emocional y conductual. 2) Procedimientos: herramientas aplicables. 3) Destinatarios: el psicoeducando que aprende a través de la observación (teórica) y a través de la ejecución de lo aprendido (Manuel, Vieyra y Mongiello, 2004, p 1-6)

Técnicas de reestructuración cognitiva

Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) refieren “esta técnica está centrada en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el

problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información”.

Tanto A.T. Beck como A. Ellis son aún al día de hoy los terapeutas más emblemáticos de la orientación cognitiva, siendo el punto de referencia para gran parte de las intervenciones que tienen lugar bajo ese rótulo. Ambos autores partieron de una formación dinámica que se les quedó limitada en su quehacer clínico habitual. Beck, reconociendo la utilidad de la Terapia de Conducta, llevó a cabo diversas investigaciones que le permitieron evidenciar la existencia de pautas cognitivas negativas, lo que le llevó a formular su modelo de depresión y, en consonancia con él, su Terapia Cognitiva para la depresión (Beck, 1963 y 1964). La terapia cognitiva de Beck es un tratamiento estructurado y pautado que incluye diversas técnicas propias de la Terapia de Conducta y un *modus operandi* muy similar, por lo que es plenamente reconocido y aceptado. También Ellis realiza un acercamiento similar, aunque menos sistematizado y no centrado en un tema de la relevancia de la depresión, lo cual, quizá le ha conferido menor notoriedad de influencia en comparación con Beck. Ellis igual que Beck, incluye en su terapia procedimientos conductuales. A este respecto resulta curioso cómo cuando la etiqueta cognitiva le quita protagonismo al rótulo conductual, Ellis en sentido inverso, comenzó a rotular su terapia como Terapia Racional Emotivo-Conductual (Lega, Caballo y Ellis 1997).

Desensibilización Sistemática

Ruiz , Díaz y Villalobos (2012) refieren “Los tratamientos de exposición diseñados para reducir la ansiedad social establecen la confrontación de los pacientes con las

situaciones temidas, bien mediante imaginación (estrategia que ha generado poco interés en este ámbito), bien mediante la confrontación con situaciones en vivo”.

Brinkman, Slifer y Paranjape (2010) refieren “La Desensibilización Sistemática está especialmente dirigida al tratamiento de los miedos fóbicos, en aquellos casos en los que existe un estímulo condicionado de ansiedad, por esta razón se ha mostrado tan eficaz en el abordaje de las fobias específicas y aquellos problemas de ansiedad que se refieren a situaciones muy concretas”

Fundamentos teóricos

La DS tal y como fue propuesta y desarrollada por Wolpe está basada en los principios del condicionamiento clásico, de tal forma que la intensidad de una respuesta condicionada (RC) (la ansiedad) podía ser reducida estableciendo una respuesta incompatible con la ansiedad frente al estímulo condicionado (EC) es decir, la presentación de un estímulo ansiogénico (EC) cuando no puede producirse la respuesta de ansiedad (RC) facilitaría la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad. Esta forma de revertir el condicionamiento clásico fue denominada contra-condicionamiento por inhibición recíproca. McGlynn (2005) Menciona que las asunciones teóricas de Wolpe sobre el papel de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático en la eliminación de la ansiedad han mostrado ser erróneas. Se ha argumentado que la relajación no funciona realmente como un mecanismo inhibitorio, o respuesta incompatible con la ansiedad, sino que simplemente el paciente debe mantenerse en contacto con el estímulo temido un tiempo suficientemente largo como para que tenga lugar la extinción del miedo, desde esta perspectiva la Desensibilización Sistemática sería una forma de exposición gradual y prolongada (Ruiz , Díaz, y Villalobos 2012).

Entrenamiento en habilidades sociales

El Procedimiento de intervención en el entrenamiento en habilidades sociales incluye varias técnicas y procedimientos de intervención dependiendo del problema de habilidades a los que va dirigido el entrenamiento. No obstante, todos los programas suelen incluir 5 componentes básicos: justificación e instrucciones del entrenamiento, modelado, ensayo de conducta, feedback y reforzamiento. Adicionalmente, se suelen incluir técnicas dirigidas a la generalización de las habilidades adquiridas a distintos contextos diferentes a los que se ha llevado a cabo el entrenamiento (Ruiz , Díaz, y Villalobos 2012).

Fundamentos Teóricos

Segrin (2009) menciona que 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.

El déficit de las habilidades sociales está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación. Hay numerosos estudios que demuestran la asociación entre déficit de las habilidades sociales y problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia en la infancia y adolescencia. Del mismo modo, en adultos, también está asociado a problemas de aislamiento, depresión, ansiedad social o problemas de pareja o de dificultad de establecer relaciones íntimas. Actualmente se ha convertido en un procedimiento de intervención ampliamente utilizado puesto que, por un lado, incide directamente en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de las personas (laboral, educativo, sanitario, familiar, social etc.) y, por otro, la falta de competencia social puede

ser un déficit central o estar en la base de muchos trastornos psicológicos. (Díaz, Ruiz y Villalobos 2012)

Autorregistro

Es una técnica para observar y registrar la conducta tanto manifiesta (pública) como encubierta (cogniciones). Se pide a los pacientes que registren los antecedentes y/o los consecuentes (manifiestos y/o encubiertos) que acompañan a la conducta de interés, con el fin de elaborar el análisis funcional de la misma. Se puede hacer también que los pacientes estimen su nivel de ansiedad, así como su habilidad y la satisfacción de sus conductas. Una de las ventajas del autorregistro como técnica de evaluación es que permite el acceso a datos que, de otra manera, no estarían fácilmente disponibles. Obviamente, las percepciones y cogniciones internas de un individuo sobre los acontecimientos socioambientales no están sometidas a escrutinio público (Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia, y A. 2003)

Ansiedad

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano. Siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, Bulbena 1988, 1986). En general, el término ansiedad alude a la

combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks 1986) Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras (Sierra, Ortega y Zubeidat,2003).

Criterios

Según los criterios generales más importantes de la DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA) menciona a doce trastornos de ansiedad y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS) menciona como trastornos neuróticos refiriéndose a la ansiedad agrupándolos como trastornos relacionados al estrés y somatoformos.

DSM-IV-TR:

1. Fobia social
2. Fobia simple
3. Agorafobia sin crisis de angustia
4. Trastorno de angustia con agorafobia
5. Trastorno de angustia sin agorafobia

6. Trastorno de ansiedad generalizada
7. Trastorno obsesivo-compulsivo
8. Trastorno por estrés postraumático
9. Trastorno por estrés agudo
10. Trastorno de ansiedad por una enfermedad médica
11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
12. Trastorno de ansiedad no especificado

CIE-10

1. Trastornos de ansiedad fóbica
2. Fobias sociales
3. Fobias específicas
4. Agorafobia
5. Otros trastornos de ansiedad
6. Trastorno de angustia
7. Trastorno de ansiedad generalizada
8. Trastorno mixto ansioso-depresivo
9. Otros trastorno mixtos de ansiedad
10. Otros trastornos de ansiedad
11. Trastorno obsesivo-compulsivo
12. Reacciones de estrés y trastorno de adaptación
13. Trastorno por estrés postraumático
14. Reacción de estrés agudo
15. Trastorno de adaptación

16. Trastornos disociativos
17. Trastornos somatoformos
18. Otros trastornos neuróticos

Fobia

Rae (2014) refiere que para entender la definición de fobia social se considera importante conocer su raíz etimológica, según la fobia viene del griego φοβία-phobía que significa temor. Lo que se define como aversión exagerada a alguien o a algo. Miedo que genera angustia incontrolable ante ciertos actos, ideas, objetos o situaciones, que se sabe absurdo y se aproxima a la obsesión.

Rojó (2011) denomina a un grupo de trastornos de ansiedad como fobias caracterizados por manifestarse exclusiva o predominantemente frente a ciertas situaciones u objetos específicos inofensivos, que el sujeto evita o soporta con terror.

La fobia es “el miedo persistente, irracional, exagerado e invariablemente patológico frente algún estímulo específico o situación. Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica producen un estrés grave en la persona afectada, que habitualmente reconoce que su reacción es excesiva. La consecuencia es una necesidad imperiosa de evitar el estímulo temido”. Las reacciones fóbicas alteran la capacidad de los afectados para funcionar en la vida (Virgen, Lara, Morales, Villaseñor 2005)

Fobia Social

APA (2014) Refiere a la fobia social como 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. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

También llamado trastorno de ansiedad social. Es el 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. Tienen miedo excesivo a la humillación o turbación en diferentes escenas sociales, como a hablar en público, a orinar en un cuarto de baño público (también llamada “vejiga tímida) y a hablar en una cita. Puede ser una patología crónica e incapacitante (Virgen, Lara, Morales, Villaseñor, 2005).

Huamán (2014) comenta que “El paciente reconoce que el temor es irracional, pero escapa a su voluntad poder controlarlo, provocando interferencias en su rutina habitual (actividades laborales, académicas, sociales) y un grado significativo de sufrimiento”

Criterios:

Para efectuar el diagnóstico de Fobia Social, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-V o del CIE-10, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

Según el CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento

CIE 10 refiere que las fobias sociales suelen empezar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser criticado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente

pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres.

Pautas para el diagnóstico

1. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
2. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
3. La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Según el DSM-V

DSM-V Define a fobia social como «un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás.

Pautas de diagnóstico

1. 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).
2. 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.

3. 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).
4. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
5. 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.
6. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
7. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
8. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
9. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
10. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
11. 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.
12. 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.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Al término de la intervención cognitivo – conductual, la paciente participará emitiendo conductas de interacción social en situaciones sociales y expondrá en el aula de clases, minimizando los pensamientos contraproducentes.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Exponer en el aula clases, minimizando los pensamientos contraproducentes.
- Asistir al evento familiar minimizando los pensamientos contraproducentes
- Participar en las reuniones académicas de sus menores hijas minimizando los pensamientos contraproducentes.
- Hablar con personas desconocidas, minimizando los pensamientos contraproducentes.
- Asistir a las citas médicas de su hija, minimizando los pensamientos contraproducentes.

1.4 Justificación

Desde la experiencia profesional y en el ejercicio de esta, se llegó a determinar que la información de la Fobia Social es escasa, desconocida casi en su totalidad por la población promedio, donde pasan desapercibidas muchas de sus características, siendo una de las principales la ansiedad para hablar frente a un grupo de personas, acompañados de alteraciones fisiológicas (sudoración, temblor motor, bloqueo, sensación de falta de aire, taquicardia, etc.), lo que se pretende conseguir con este estudio de caso es disminuir este

problema a su mínima expresión a su vez que la paciente muestre mejoría en momentos como enfrentar una exposición u evento y no experimente una ansiedad negativa que le impida desenvolverse en su ámbito social.

1.5 Impactos Esperados

Si bien contamos con un gran avance dentro de la Psicología como disciplina científica, existe aún en estos tiempos diferencias entre los fundamentos teóricos de los distintos modelos de la ansiedad, fobia social y como estos son abordados. Esto motiva la necesidad de buscar nuevas propuestas de explicación de este trastorno cada vez más integradoras, con el objetivo de entender la naturaleza de este fenómeno e identificar la importancia de cada uno de los factores que van asociados al mismo. Dicho esto es importante señalar que realmente carecemos de un abordaje capaz de integrar todos los resultados de la manera más óptima y dar una explicación clara y precisa que nos ayude a comprender este fenómeno. Por lo cual el impacto que se espera lograr con este estudio de caso es la contribución al mejoramiento del programa de Intervención Cognitivo Conductual a través del desarrollo de cada uno de los objetivos específicos planteados, demostrando en ellos tanto el criterio clínico como psicométrico y su eficacia en el paciente; cuyos resultados de la terapia se mantengan en el tiempo debido a su buena ejecución, contando con todas las medidas para la prevención de recaídas con la finalidad de que el paciente logre enfrentar óptimamente los problemas o algún problema a futuro que se le presente.

II. Metodología

2.1. Tipo de investigación:

Investigación experimental aplicada (Kerlinger 1975), con diseño de caso único (Hernández, Fernández y baptista, 2015).

Montero & León (2007) Diseño univariable multicondicional ABA el caso presentado esta 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 Informe de los instrumentos aplicados

Informe De La Escala De Liebowitz Para La Ansiedad Social (Pre Test)

1.- Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : Elsa J. A. C.
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nac. : Bagua, 21 de noviembre de 1989
- Grado de instrucción : superior
- Ocupación : Estudiante de Psicología

- Derivado por : Servicio de Medicina General
- Dirección : Mariscal Castilla N° 260- Caraz
- Fecha de entrevista : 31-07-2019
- Lugar de entrevista : Hospital San Juan de Dios de Caraz
- Psicóloga : Ps. Heidy Liliana Ita Mejía

2.- Instrumento Aplicado

Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)

3.- Resultados

Puntaje total: 137

4.- Interpretación De Los Resultados

La paciente obtuvo un puntaje de 137 lo cual según el cuadro de rangos se ubica en Ansiedad social muy Severa.

5.- Recomendaciones y/sugerencias

Se sugiere aplicar la técnica de Desensibilización Sistemática con la finalidad de reducir los niveles de ansiedad y conductas evitativas.

Ps. Heidy L.Ita Mejía
CPSP 13494

Informe Del Registro De Opiniones De Albert Ellis (Pre-Test)

1.- Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : Elsa J. A. C.
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nac. : Bagua, 21 de noviembre de 1989
- Grado de instrucción : superior
- Ocupación : Estudiante de Psicología
- Derivado por : Servicio de Medicina General
- Dirección : Mariscal Castilla N° 260- Caraz
- Fecha de entrevista : 31-07-2019
- Lugar de entrevista : Hospital San Juan de Dios de Caraz
- Psicóloga : Ps. Heidy Liliana Ita Mejía

2.- Instrumentos Aplicado

Cuestionario de Registros de Creencias de Albert Ellis

3.- Resultados

<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>	<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>
Creencia Irracional #1:	6	Creencia Irracional #6:	6
Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.		Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	
Creencia Irracional #2:	8	Creencia Irracional #7:	9
Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.		Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	
Creencia Irracional #3:	5	Creencia Irracional #8:	8
Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.		Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	
Creencia Irracional #4:	6	Creencia Irracional #9:	4
Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaria.		Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	
Creencia Irracional #5:	4	Creencia Irracional #10:	10
Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.		La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	

4.- Interpretación de los resultados

Obtiene puntaje más alto (8/10) de creencias irracionales, en los ítems 2; 7; 8; 10

5.- Recomendaciones y/o Sugerencias

Se sugiere trabajar la estrategia de reestructuración cognitiva con el objetivo de identificar, cuestionar y modificar sus pensamientos irracionales.

Ps. Heidy L.Ita Mejía
C.PS.P. 13494

2.3. Informe Psicológico Integrado De Los Instrumentos Aplicados: Escala De Liebowitz Para La Ansiedad Social Y Registro De Opiniones De Albert Ellis

1.- Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : Elsa J. A. C.
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nac. : Bagua, 21 de noviembre de 1989
- Grado de instrucción : Superior
- Ocupación : Estudiante de Psicología
- Derivado por : Servicio de Medicina General
- Dirección : Mariscal Castilla N° 260- Caraz
- Fecha de entrevista : 31-07-2019
- Lugar de entrevista : Hospital San Juan de Dios de Caraz
- Psicóloga : Ps. Heidy Liliana Ita Mejía

2.- Instrumento Aplicado

Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)

Registro De Opiniones De Albert Ellis

3.- Resultados

Según la escala de Liebowitz para la ansiedad social presenta un puntaje de 137= Ansiedad social muy severa.

En el registro de opiniones de Albert Ellis presenta, puntaje más alto (8/10) de creencias irracionales, en los ítems 2; 7; 8; 10.

4.- Interpretación De Los Resultados

La paciente obtuvo un puntaje de 137 lo cual se ubica en el rango Ansiedad social muy severa, según el rango de la escala de Liebowitz para la ansiedad social y según los resultados del registro de opiniones de Albert Ellis presenta los puntajes más altos (8/10) de creencias irracionales, en los ítems 2;7;8;10.

5.- Recomendaciones y/o Sugerencias

Por los resultados obtenidos se sugiere trabajar técnica de cognitivas- conductuales: psicoeducación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y habilidades sociales con el objetivo de modificar sus pensamientos irracionales y reducir los niveles de ansiedad y conductas evitativas mejorando su interacción social.

Ps. Heidy L. Ita Mejía
CPSP 134

III. Resultados

3.1. Línea base de conductas de evitación

Tabla N°6

La línea base

Conductas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vie	Sa	Do	Total
a) Evita exposiciones	II	I	II	I	I	II	I	10
b) Evita hablar con extraños	II	I	II	I	I	II	I	10
c) Evita asistir a eventos sociales	I	I	I	I	I	III	III	10
d) Salir de la sala de espera sin que se a atendida su hija por el psiquiatra	I		I			I		3
e) Evita asistir a reuniones académicas de sus menores hijas	I	I	II	I	I	I	II	9

Se observa el nivel de las conductas evitativas más frecuentes de la paciente, distribuidas durante de la semana (lunes a domingo).

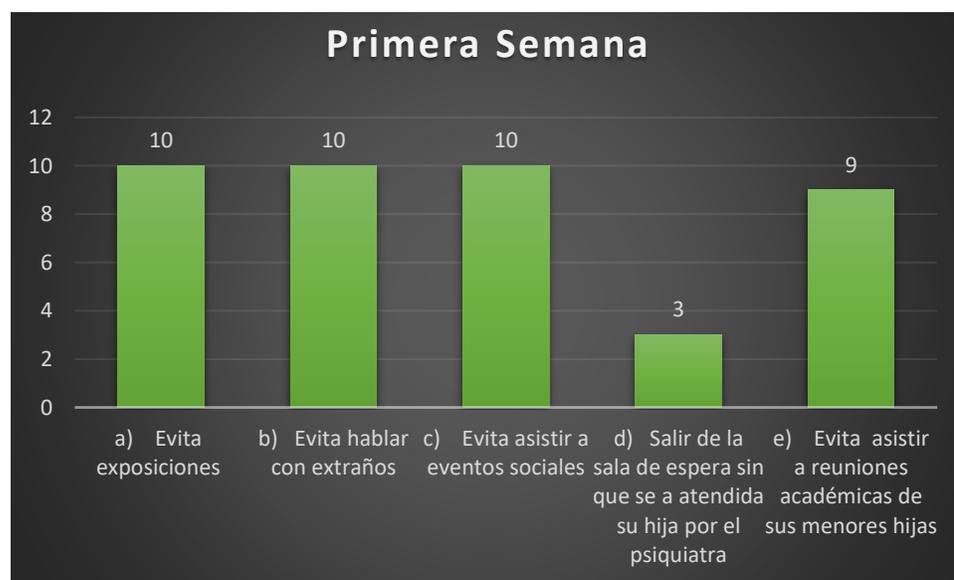


Figura N° 2: Se observa gráficamente el nivel de las conductas evitativas más frecuentes de la paciente, ya mostradas en la tabla I.

3.1.1 Procedimiento

Objetivos Específicos

- Exponer en el aula clases, minimizando los pensamientos contraproducentes.
- Asistir al evento familiar minimizando los pensamientos contraproducentes
- Participar en las reuniones académicas de sus menores hijas minimizando los pensamientos contraproducentes.
- Hablar con personas desconocidas, minimizando los pensamientos contraproducentes.
- Asistir a las citas médicas de su hija, minimizando los pensamientos contraproducentes.

Para el tratamiento de los objetivos específicos se trabajara lo siguiente:

Paso 1: Psicoeducación se le brindara información a la paciente acerca de su problema (fobia social) explicándole la importancia de los pensamientos y como estos influyen en su forma de comportarse, también se le explicara de las técnicas a trabajar: reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y habilidades sociales.

Paso 2: Trabajar en la identificación de pensamientos distorsionados mediante registros conductuales.

Paso 3: Aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva lo cual consiste en reemplazar pensamientos distorsionados por pensamientos saludables, promoviendo así la reducción y eliminación de pensamientos irracionales.

Paso 4: Se aplicara la Desensibilización Sistemática, con la finalidad de reducir el nivel de ansiedad y conductas evítativas.

Paso 5: Se entrenara a la paciente en Habilidades sociales, desarrollando estrategias de comunicación asertiva y manejo de críticas.

3.1.2. Mediador Terapéutico:

La madre: Zoila Cubas Vargas

3.1.3 Técnicas Terapéuticas

Cognitivo-conductual:

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva
- Desensibilización Sistemática
- Entrenamiento de Habilidades Sociales
- Registros cognitivos-conductuales

3.2. Evaluación del Tratamiento

Tabla N° 7

Línea de tratamiento

Conductas	4ta Sem	7ma sem	10ma sem	13vo sem	Total
a) Evita exposiciones	III	II	I	0	6
b) Evita hablar con extraños	III	I	I	0	5
c) Evita asistir a eventos sociales	IIII	II	I	0	7
d) Salir de la sala de espera sin que se a atendida su hija por el psiquiatra	I	I		0	2
e) Evita asistir a reuniones académicas de sus menores hijas	II	I		0	3

Se observa que las conductas evítativas durante el tratamiento se fueron extinguiendo según el avance de las terapias psicológicas, la paciente presento mejoría.

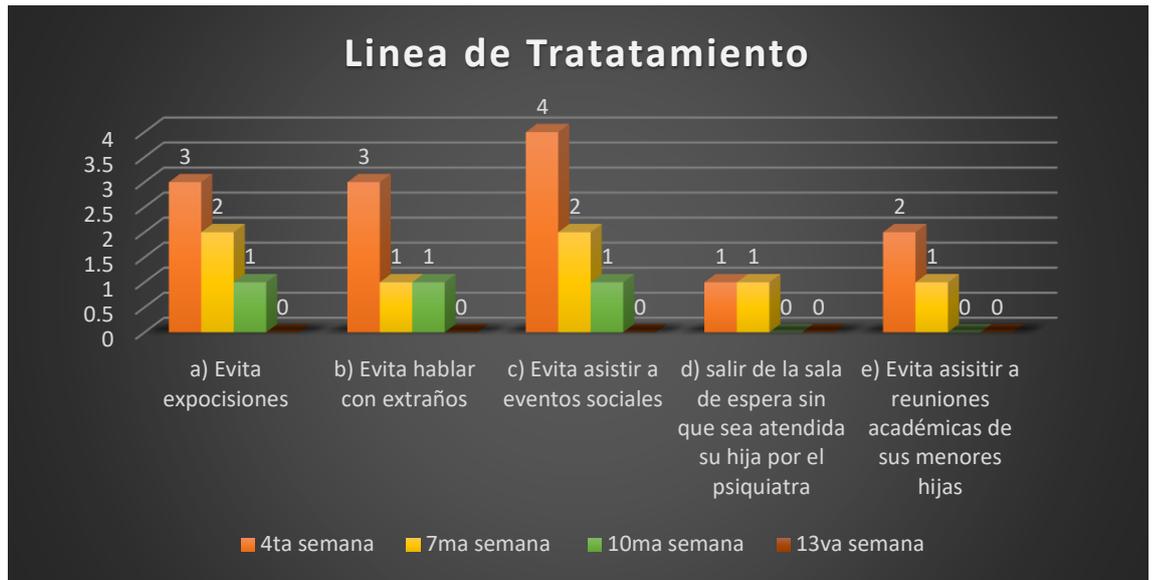


Figura N°3: Se observa gráficamente que el nivel de conductas evitativas de la paciente, se fueron extinguiendo en el transcurso de las sesiones terapéuticas.

3.3. Seguimiento al Termino del Tratamiento cognitivo conductual

Tabla N°8

Línea de seguimiento post- tratamiento

Conductas	1ro	2do	3er	Total
a) Evita exposiciones			I	1
b) Evita hablar con extraños		I		1
c) Evita asistir a eventos sociales			I	1
d) Salir de la sala de espera sin que se a atendida su hija por el psiquiatra				0
e) Evita asistir a reuniones académicas de sus menores hijas		I		1

Se observa en la línea de seguimiento post tratamiento, que algunas conductas evitativas presentadas por la paciente son mínimas y que otras se han extinguido en su totalidad.

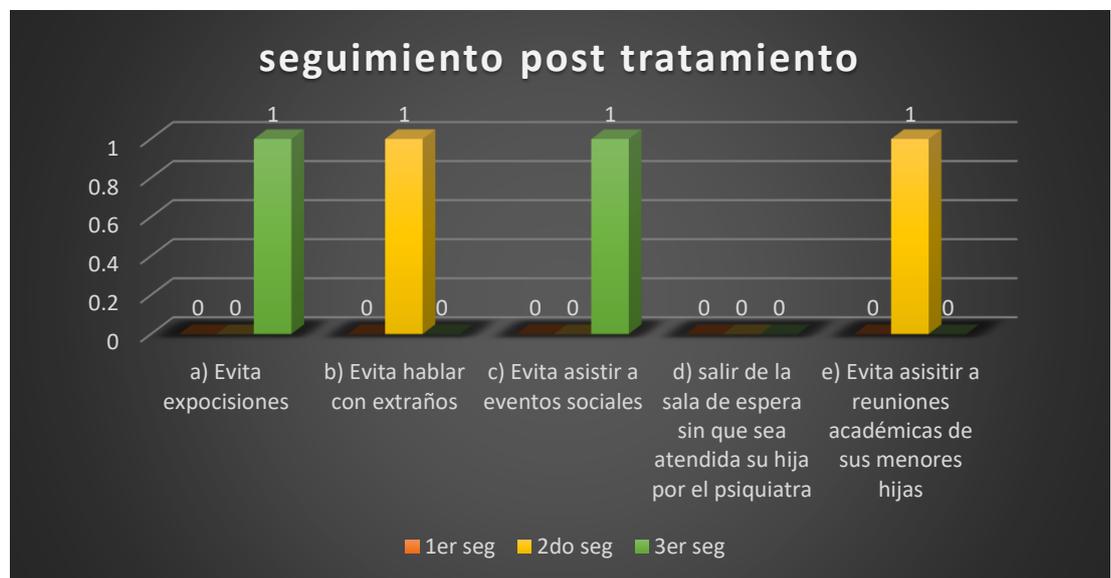


Figura N° 4. Se observa gráficamente que el nivel de algunas conductas evitativas se han reducido significativamente y otras se han extinguido en su totalidad

3.4. Resultados del nivel de ansiedad social Pre y Post tratamiento

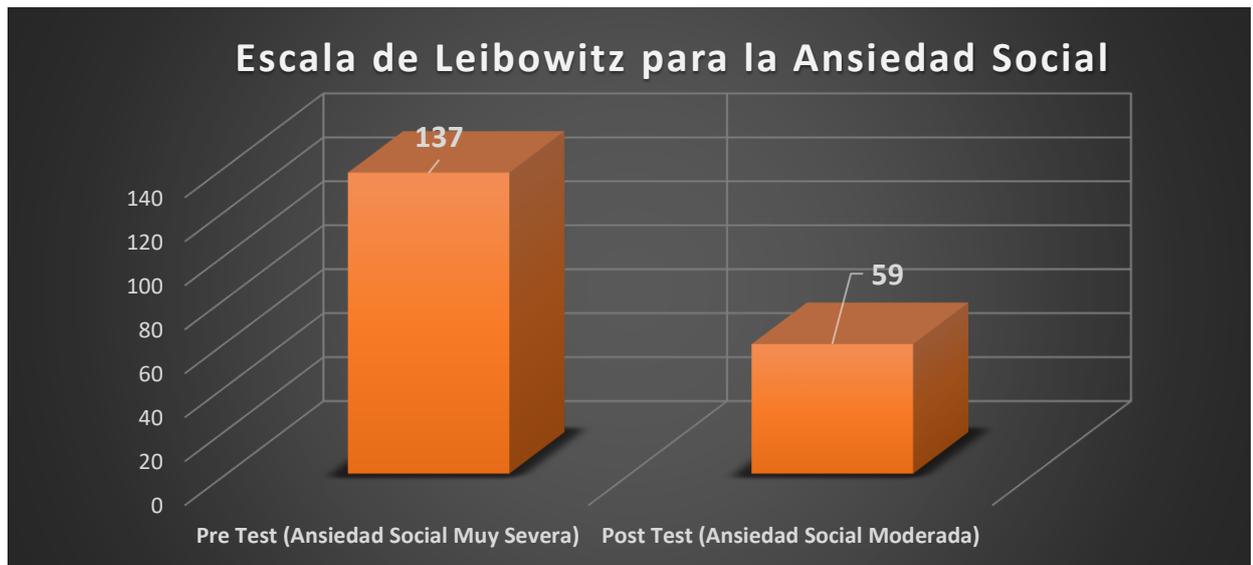


Figura N° 5. Fobia social; Se observa los resultados del pre test, con puntuación de 137 correspondiente según la escala de LSAS a una ansiedad social muy severa y en el post test con puntuación de 59 ubicándose en el rango ansiedad social moderada, lo cual indica la considerable mejoría de la paciente al término del tratamiento.

3.5 Puntuación general de creencias irracionales Pre y Post tratamiento

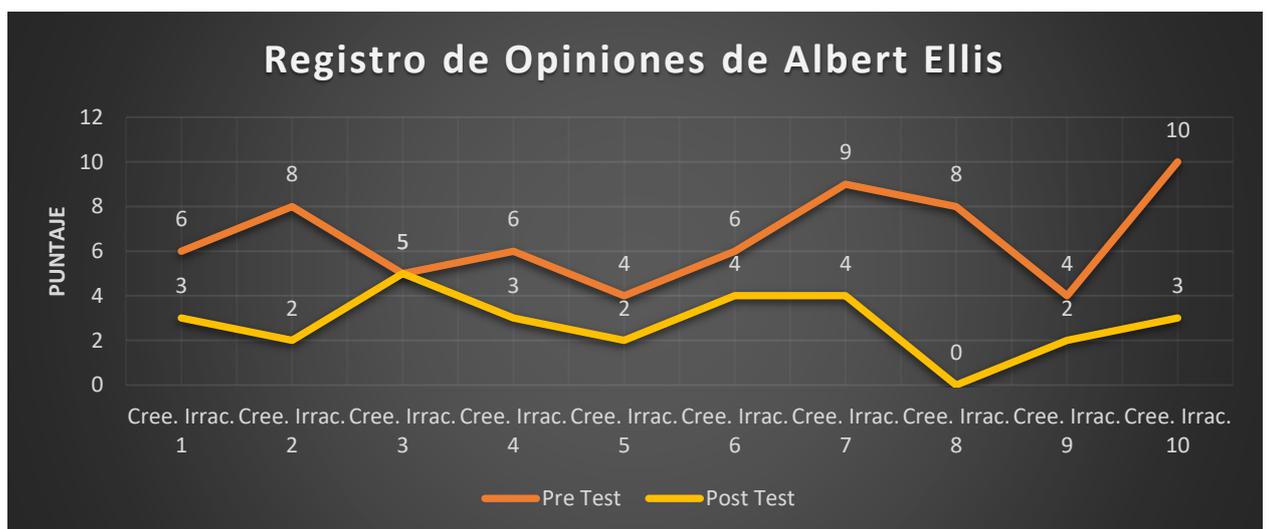


Figura N° 6. Pensamientos e ideas irracionales; Se puede observar que en el pre test los niveles de pensamientos irracionales alcanzaron niveles altos en su máximo rango (10) y en el post test se observa que los niveles de pensamientos irracionales disminuyeron considerablemente en rangos menores.

IV. Conclusiones

- Al término de la aplicación del presente programa de intervención cognitivo conductual, considerando los resultados obtenidos bajo el criterio clínico y psicométrico de la paciente, se ha mostrado eficaz en cuanto al objetivo principal cual fue: Al término de la intervención cognitivo – conductual, la paciente participará emitiendo conductas de interacción social en situaciones sociales y expondrá en el aula de clases, minimizando los pensamientos contraproducentes.
- Aplicando la técnica de la Desensibilización Sistemática se logró que la paciente pueda exponer en el aula de clase minimizando sus pensamientos contraproducentes.
- Aplicando la técnica de Reestructuración Cognitiva Elsa logro modificar sus pensamientos distorsionados de generalización, catastróficos y minimización de lo positivo.
- Observamos en los resultados obtenidos de pre y post test aplicados que los niveles de ansiedad social y pensamientos irracionales disminuyeron considerablemente lo cual confirma la efectividad del programa de intervención Cognitivo conductual.
- Logró incorporar a su vida cotidiana las técnicas aprendidas en la terapia canalizando adecuadamente sus pensamientos e ideas irracionales.
- Disminuye los malestares fisiológicos frente a situaciones académicas y sociales, a través de la exposición gradual de la desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva.

- Disminuye significativamente los niveles de ansiedad ante situaciones sociales, incorporando respuestas de comunicación asertiva y manejo de críticas.
- En la línea de seguimiento se observa la mejoría y desarrollo significativo de la funcionalidad y adaptación en situaciones sociales y académicas ya que logro exponer frente a su clase controlando sus malestares fisiológicos a causa de la ansiedad.

V. Recomendaciones

- Fomentar mediante réplicas de la presente investigación con personas de características similares a la paciente del caso, con el objetivo de validar la eficacia del programa de intervención cognitivo-conductual.
- Promover programas de prevención en salud mental y el ejercicio profesional del psicólogo en la población.
- Fomentar la investigación de instrumentos psicológicos adaptados a nuestra realidad con la finalidad de recolectar datos más específicos.
- La aplicación de técnicas cognitivas conductuales como la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática son favorables para la reducción de pensamientos disfuncionales que logran modificar la conducta inadecuada por una apropiada, controlando las reacciones fisiológicas ante situaciones ansiógenas.
- Es necesario que la paciente continúe aplicando las técnicas aprendidas en la terapia en su día a día para continuar su mejoría y desarrollo, evitando así posibles recaídas.
- Mantener y seguir ejecutando habilidades aprendidas de comunicación asertiva y manejo de críticas.
- Continuar con las actividades físicas, entre otras para mantener el contacto físico con otras personas de distintos géneros
- Es necesario realizar el seguimiento de la paciente mediante la reevaluación y retroalimentación cada 4 meses respecto a la ideación paranoide, con el objetivo

de identificar posibles activaciones de pensamientos recurrentes relacionados al qué dirán o burlas de los demás.

VI. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Baeza, C., Fénétrier, C. (2012). *Diferencias en ansiedad social auto-informada entre estudiantes universitarios chilenos y franceses*. In Panamerican Journal of Neuropsychology.
- Beck, J., Sha., B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, Desclée De Brouwer.
- Bulacio, J., Vieyra, C., y Mongiolo, E. (2004.) *Uso de la psicoeducación como estrategia como estrategia terapéutica*. XI jornadas de investigación Recuperado el 3 de agosto del 2019, de:http://fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf.
- Caballo, V. E., Salazar, I., y Carrobles, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos / Handbook of psychopathology and psychological disorders Assessment and treatment of personality disorders View project Cross-cultural assessment of social skills View project* (Vol. 19).
- Cabanillas, A. (2017). *Análisis psicométrico preliminar de la escala de timidez revisada de check y buss en adolescentes y jóvenes peruano*. Lima, Perú.
- Caycho, T., Castilla, H., Urrutia, C., Valdivia, A., y Shimabukuro, M. (2013). *Análisis psicométrico preliminar de la escala de timidez revisada de check y buss en adolescentes y jóvenes peruano*. Psychologia.

- Delgado, A. (2017). *Ansiedad estado/rasgo y miedo de hablar en público en estudiantes de la institución idea-Perú – Huaraz 2017* (Tesis pregrado). Universidad Privada San Pedro, Huaraz-Perú.
- Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. ed. Arabella Villalobos Crespo. Madrid, España: Desclée De Brouwer, S.A.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. NY: Lyle Stuart. Desclée De Brouwer.
- Huamán, L. (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a fobia social en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria* (Tesis de pregrado). Recuperado el 15 de Agosto del 2019, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4299>.
- Inglés, C., Piqueras, J., García, J., Garcia, L., Delgado, B., y Ruiz, E. (2010). *Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia* (Vol. 22).
- Korman, G., y Sarudiansky, M. (2011). *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión theoretical and clinical models for the conceptualization and treatment of depression*. Subjetividad y procesos cognitivos.
- Lega, L., Caballo, V., y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid: Siglo XX.
- Mahoney, M., y Arnkoff, D. (1978). *Cognitive and self-control therapies*. En S.L. Garfield y A.E Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. NY: Wiley

- Meichenbaum, D., y Goodman, J. (1971). *Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Meichenbaum, D. (1995). *Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva*. En M.J. Mahoney (Ed.), Bilbao: Desclée De Brouwer
- Mitjans, M., y Arias, B. (2012). *The genetics of depression: What information can new methodologic approaches provide?.* In Actas Esp Psiquiatr (Vol. 40).
- Monserat, O. N. (2010). *Desensibilización Sistemática y su aplicación para reducir la Ansiedad*. Mexico : Ciudad de Hidalgo.
- Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. España: Ediciones Pirámide.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos. A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. In S. A. Desclée De Brouwer.
- Segrin, G. (2009). *Social Skill Training*. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.). *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy* , New York NJ:Wiley, (p. 600-607).
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista mal-estar e subjetividad, 10-59
- Vallés, A., Olivares, J., y Alcazar, I. (2014). *Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social*. Liberabit. Revista de Psicología, 41–53.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). *Los trastornos de ansiedad*. Revista Digital Unive.

Ward, C., Brinkman, T., Slifer, K., y Paranjape, S. (2010). *Using behavioral interventions to assist with routine producers in the children with cystic fibrosis*, Journal of Cystic Fibrosis, 9, 150-153.

VII. Anexos

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)

Identificación **Fecha**

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

Miedo o ansiedad:

- 0** Nulo
- 1** Leve
- 2** Moderado
- 3** Severo

Evitación:

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

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

TOTAL miedo o ansiedad:

TOTAL Evitación:

REGISTROS DE OPINIONES DE ALBERT ELLIS			
Nº ITEM	IDEA O SITUACION	SI	NO
*1	Es importante para mi el que otras personas me aprueben.		
*2	Yo odio el fallar en cualquier cosa.		
*3	Las personas que se equivocan merecen lo que les sucede.		
**4	Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.		
**5	Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.		
*6	Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.		
*7	Usualmente hago a un lado decisiones importantes.		
*8	Todo el mundo necesita a alguien de quien pueda depender para ayuda y consejo.		
*9	“Una cebra no puede cambiar sus rayas”.		
*10	Prefiero la tranquilidad del ocio sobre todas las cosas.		
**11	Me gusta tener el respeto de los demás, pero no tengo que tenerlo.		
*12	Yo evito las cosas que no hago bien.		
*13	Muchas personas salvadas escapan al castigo que ellas merecen.		
**14	Las frustraciones no me perturban.		
**15	Las personas se perturban no por las situaciones sino por la visión que tienen de ellas.		
**16	Yo siento poca ansiedad respecto de los peligros no esperados o eventos futuros.		
**17	Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen.		
*18	Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes.		
*19	Es casi imposible vencer la influencia del pasado.		
**20	Me agrada dedicarme a muchas cosas a la vez.		
Nº ITEM	IDEA O SITUACION	SI	NO
*21	Yo quiero agradecerle a todo el mundo.		
*22	No me importa el competir en actividades en las cuales los demás son mejores que yo.		
*23	Aquellos que se equivocan o cometen errores merecen ser culpados o castigados.		
*24	Las cosas deberían ser diferentes de la manera en que ellas son.		
**25	Yo produzco mis propias emociones.		
*26	Frecuentemente no puedo apartar mi mente de algunas preocupaciones.		
*27	Yo evito el enfrentar mis problemas.		
*28	Las personas necesitan una fuente de fortaleza fuera de sí mismas.		

**29	Solamente por que alguna cosa en una ocasión afectó fuertemente mi vida, eso no quiere decir		
	que tiene que hacerlo en el futuro.		
**30	Yo estoy más realizado (a) cuando tengo muchas cosas que hacer.		
**31	Yo puedo gustar de mí mismo (a) aún cuando otras personas no lo hagan.		
**32	Me agrada tener éxito en algunas cosas, pero no siento que tengo que tenerlo.		
*33	La inmoralidad debería ser fuertemente castigada.		
*34	Frecuentemente me perturbo por situaciones que no me agradan.		
**35	Las personas que son miserables usualmente se han hecho a sí mismas de esa manera.		
**36	Si no puedo evitar que algo suceda no me preocupo acerca de eso.		
**37	Usualmente hago las decisiones tan pronto como puedo.		
*38	Hay personas de las cuales dependo grandemente.		
**39	Las personas sobrevaloran la influencia del pasado.		
**40	Yo disfruto mucho más el involucrarse en un proyecto creativo.		
Nº ITEM	IDEA O SITUACION	SI	NO
**41	Si no le agrado a los demás, ese es su problema, no el mío.		
*42	Es grandemente importante para mí el ser exitoso (a) en todo lo que hago.		
**43	Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones.		
**44	Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aún si ellas no me agradan.		
**45	Una persona no estaría enojada o deprimida por mucho tiempo a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.		
*46	No puedo tolerar el tomar riesgos.		
*47	La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables.		
**48	Me agrada mantenerme firme sobre mí mismo(a).		
*49	Si hubiere tenido diferentes experiencias podría ser más como me gustaría ser.		
*50	Me agradaría retirarme y dejar de trabajar por completo.		
*51	Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás.		
**52	Disfruto las actividades por el placer de realizarlas sin importar cuan bueno (a) yo sea en ellas.		
*53	El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas.		
**54	Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro.		
*55	Entre más problemas tiene una persona, menos feliz será.		
**56	Casi nunca estoy ansioso(a) acerca del futuro.		
**57	Casi nunca dejo las cosas sin hacer.		

**58	Yo soy el único (a) que realmente puede entender y enfrentar mis problemas.		
**59	Casi nunca pienso en las experiencias pasadas como afectándome en el presente.		
**60	Demasiado tiempo libre es aburrido.		
Nº ITEM	IDEA O SITUACION	SI	NO
**61	Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí.		
*62	Me perturba cuando los demás son mejores que yo en alguna cosa.		
*63	Todo el mundo es básicamente bueno.		
**64	Yo hago lo que puedo para obtener lo que quiero y luego no me preocupo acerca de eso.		
**65	Ninguna cosa es perturbadora en sí misma, solamente en la manera en que las interpretamos.		
*66	Yo me preocupo mucho respecto de ciertas cosas en el futuro.		
*67	Es difícil para mí el llevar a cabo ciertas tareas no placenteras.		
**68	Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.		
*69	Nosotros somos esclavos de nuestras historias personales.		
*70	En ocasiones desearía poder ir a una isla tropical y únicamente descansar en la playa para siempre.		
*71	Frecuentemente me preocupo acerca de cuantas personas me aprueban y me aceptan.		
*72	Me perturba cometer errores.		
*73	Es una injusticia el que "la lluvia caiga sobre el justo y el injusto".		
**74	Yo "tomo las cosas como vienen".		
*75	La mayoría de las personas deberían enfrentar las incomodidades de la vida.		
*76	En ocasiones no puedo apartar un temor de mi mente.		
**77	Una vida de comodidades es raras veces muy recompensante.		
*78	Yo encuentro fácil el buscar consejo.		
*79	Si algo afectó fuertemente tu vida, siempre será de esa manera.		
*80	Me agrada estar sin hacer nada.		
Nº ITEM	IDEA O SITUACION	SI	NO
*81	Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sientan acerca de mí.		
*82	Frecuentemente me incomodo bastante por cosas pequeñas.		
**83	Usualmente le doy a alguien que me ha hecho una mala jugada una segunda oportunidad.		
*84	Las personas son más felices cuando tienen desafíos y problemas que superar.		

**85	No hay nunca razón alguna para permanecer apesadumbrado por mucho tiempo.		
**86	Yo casi nunca pienso en cosas tales como la muerte o la guerra atómica.		
**87	Me desagrada la responsabilidad.		
**88	Me desagrada tener que depender de los demás.		
*89	Realmente las personas nunca cambian en sus raíces.		
*90	La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente.		
**91	Es incómodo pero no perturbador el ser criticado.		
**92	Yo no tengo temor de hacer cosas las cuales no puedo hacer bien.		
**93	Nadie es perverso o malvado, aún cuando sus actos puedan serlo.		
**94	Casi nunca me perturbo por los errores de los demás.		
**95	Las personas hacen su propio infierno dentro de sí mismos.		
*96	Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) planificando lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.		
**97	Si alguna cosa es necesaria, la llevo a cabo aún cuando no sea placentera.		
**98	Yo he aprendido a no esperar que los demás se hallen muy interesados acerca de mi bienestar.		
**99	No me incomoda lo que he hecho en el pasado.		
*100	Yo no puedo sentirme realmente contento (a) a menos que me encuentre relajado (a) y sin hacer nada.		