



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON FOBIA SOCIAL**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

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

**Autora:**

Abanto Enco, Santos Raquel

**Asesor:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

ORCID: 0000-0000-5748-6126

**Jurado:**

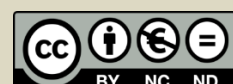
Mayorga Falcón, Elizabeth

Del Rosario Pacherras, Orlando

Mendoza La Rosa, Ana María

**Lima - Perú**

**2024**



# INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON FOBIA SOCIAL

## INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec">repositorio.ucsg.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1%
4	<a href="http://guillermoorozco.com">guillermoorozco.com</a> Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad Católica Nordestana Trabajo del estudiante	<1%
6	Submitted to Universidad de Huanuco Trabajo del estudiante	<1%
7	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Pontificia Universidad Católica del Perú Trabajo del estudiante	<1%



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

# **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON FOBIA SOCIAL**

Línea de Investigación:

Salud Mental

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

### **Autora:**

Abanto Enco, Santos Raquel

### **Asesor:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

ORCID: 0000-0000-5748-6126

### **Jurado:**

Mayorga Falcón, Elizabeth

Del Rosario Pacherras, Orlando

Mendoza La Rosa, Ana María

**Lima- Perú**

**2024**

### **Dedicatoria**

A Dios por guiar mis pasos, darme salud y sabiduría para avanzar día a día a lo largo de mi vida.

A mi madre, aunque ya no estás físicamente a mi lado, mamá, quiero agradecerte Por Tu amor incondicional, tus palabras de aliento.

### **Agradecimiento**

A mis padres, por su amor, comprensión, apoyo incondicional en todo mi desarrollo personal y profesional; a mi hija Aitana Luciana que es parte fundamental

## Índice

Resumen	iv
Abstract	v
I. Introducción	1
1.1 Descripción del Problema	5
1.2 Antecedentes	7
1.2.1 Antecedentes nacionales	7
1.2.2 Antecedentes internacionales	10
1.2.3 Fundamentación teórica	11
1.2.3.1 Terapia cognitivo conductual	11
1.2.3.2 Fobia social	13
1.2.3.3 Intervención cognitivo conductual en fobia social	14
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 Justificación	15
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	16
II. Metodología	17
2.1 Tipo y diseño de investigación	17
2.2 Ámbito temporal y espacial	17
2.3 Variables de la investigación	17
2.3.1 Variable independiente	17
2.3.2 Variable dependiente	17
2.4 Participante	17
2.5 Técnicas e instrumentos	22
2.5.1 Técnicas	22
2.5.2 Instrumentos	23
2.5.3 Evaluación psicológica	24
2.5.4 Informe psicológico integrador	28
2.6 Intervención	33
2.6.1 Plan de intervención y calendarización	33
2.6.2 Programa de intervención	34
2.7 Procedimiento	35

2.8 Consideraciones éticas de la evaluación psicológica	44
III. Resultados	45
3.1 Análisis de los resultados	45
3.2 Seguimiento	49
3.3 Discusión de resultados	49
IV. Conclusiones	52
V. Recomendaciones	53
VI. Referencias	54

## Índice de Tablas

Tabla 1.	Resultados del Cuestionario de Personalidad	24
Tabla 2.	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos	26
Tabla 3.	Análisis funcional de la conducta fóbica	30
Tabla 4.	Diagnóstico funcional de la conducta fóbica	31
Tabla 5.	Diagnóstico cognitivo A-B-C	32
Tabla 6.	Sesión 1: Psicoeducación sobre la problemática y objetivos a cumplir	35
Tabla 7.	Sesión 2: Psicoeducación y aplicación de autorregistros	36
Tabla 8.	Sesión 3: Autorregistros II, introducción a la reestructuración cognitiva	36
Tabla 9.	Sesión 4: Reestructuración cognitiva II	37
Tabla 10.	Sesión 5: Disminución de la ansiosa por medio de la respiración	38
Tabla 11.	Sesión 6: Relajación muscular progresiva y reducción de la ansiedad	38
Tabla 12.	Sesión 7: Exposición por medio de la desensibilización sistemática	39
Tabla 13.	Sesión 8: Desensibilización sistemática II	40
Tabla 14.	Sesión 9: Desensibilización sistemática III	40
Tabla 15.	Sesión 10: Introducción a técnicas para fomentar el afrontamiento	41
Tabla 16.	Sesión 11: Conductas de afrontamiento	41
Tabla 17.	Sesión 12: Consolidación de las conductas de afrontamiento.	42
Tabla 18.	Sesión 13: Postest y establecimiento del seguimiento	42
Tabla 19.	Sesión 14: Confirmación de seguimiento y compromiso de mejora.	43
Tabla 20.	Sesión para padres 1: Psicoeducación y compromiso	43
Tabla 21.	Sesión para padres 2: técnicas de modelado	44
Tabla 22.	Línea Base (Fase A), frecuencia de la fobia social	45
Tabla 23.	Fase B, frecuencia de las conductas de la fobia social en el pre y post test	46
Tabla 24.	Frecuencia de pensamientos distorsionados en el pre y post test	47
Tabla 25.	Frecuencia de respuestas fisiológicas en el pre y post test	48
Tabla 26.	Resultados del pre y post test del cuestionario de Personalidad	48
Tabla 27.	Resultados del inventario de la escala de ansiedad de Zung en el pre y post test	49



## RESUMEN

El presente programa de intervención tuvo como objetivo general reducir los niveles de fobia social desarrolladas en una adolescente de 17 años por medio de la terapia cognitivo conductual; para tal disposición, se empleó un diseño bicondicional A-B, con el fin de presentar una etapa de evaluación y de intervención; dentro de ello se empleó técnicas de recopilación de datos e instrumentos con propiedades psicométricas idóneas. Los resultados muestran que el programa de intervención ha reducido las ideas distorsionadas; asimismo ha bajado los niveles de ansiedad experimentada y ha fomentado conductas incompatibles con la evitación, concluyendo que el programa de intervención es favorable para reducir los niveles de fobia social.

*Palabras clave:* fobia social, intervención cognitivo conductual, adolescente.

## ABSTRACT

The present intervention program aimed to reduce the levels of social phobia developed in a 17-year-old adolescent through cognitive-behavioral therapy. To this end, a biconditional A-B design was employed to present a stage of evaluation and intervention. Within this framework, data collection techniques and instruments with suitable psychometric properties were used. The results show that the intervention program has reduced distorted thoughts; it has also lowered the levels of experienced anxiety and promoted behaviors incompatible with avoidance, concluding that the intervention program is effective in reducing levels of social phobia

*Keywords:* social phobia, cognitive behavioral intervention, adolescent.

## I. INTRODUCCIÓN

Con frecuencia escuchamos decir a las personas que cuando se enfrentan a una situación nueva se sienten ansiosos por lo que pueda suceder, sobre todo cuando se estará ante situaciones en las que antes no ha estado; puede ocurrir que el sujeto esté bien preparado para desempeñarse adecuadamente, pero si es por primera vez es probable que se sienta ansioso porque tiene temor a no responder ante las expectativas que tienen los demás, teme defraudar a quienes confían que puede actuar acertadamente, al extremo que puede buscar alguna justificación para evitar enfrentarse a la situación nueva; otras veces puede ocurrir que estando en el momento puede empezar a sentirse mal y escapar del momento que le provoca el malestar. Si analizamos lo anterior vamos a encontrar tres aspectos. El primero se refiere a que la persona está capacitada, pero como pocas veces ha estado en situaciones nuevas, por ejemplo, en público, teme quedar mal ante las expectativas que los demás tenían, llegando al tener reacciones en su organismo, biológicas y psicológicas, que le generan ansiedad. El segundo aspecto es que ante la probable nueva situación la persona busque una justificación para hacer frente al momento que le genera ansiedad de tal modo que se llega a evitar la incomodidad. Lo tercero se refiere a que cuando la persona ya está en el momento propiamente dicho que le genera el malestar, busca justificar, dice sentirse mal y escapa del momento, cuando se llega a los extremos que con solo pensar que se debe enfrentar a algún momento nuevo puede producirle una serie de respuestas que hasta la pueden incapacitar, es así como se habla de fobia social (Cornejo, 2016).

En estos tres aspectos se presenta temor, con la diferencia que en el primer caso la persona está preparada para para desempeñarse de manera eficaz, pero hay mucha ansiedad social y en los demás hay mucha inseguridad del conocimiento, a pesar de que sí lo puede hacer. Por eso, podemos afirmar que la ansiedad social es tener un gran temor frente a una situación social, a lo cual se añade que la persona tiene muchos síntomas físicos y psicológicos que hacen su situación todavía más aparatosa, lo que se acompaña con frecuentes palpitaciones,

sudoración copiosa, tartamudeo, temblores, ruborización, inseguridad, sentimiento de quedar mal; todo esto lo hace sentir mal de cubrir las expectativas que se tenía de él. Todo lo anterior lo hará evitar enfrentarse a cualquier situación, de ahí en adelante, con solo pensar que más adelante puede ocurrir lo mismo será altamente probable que se vuelva a presentar el momento ansioso. Debemos tener presente que es normal tener reacción ansiosa cuando nos vamos a presentar ante un hecho nuevo, el problema radica cuando esta reacción se presenta en todos y cada uno de los momentos que hasta llega a inutilizar a la persona pudiendo bloquearse el pensamiento y no saber qué hacer. Un dato importante es que cuando la persona está en una situación familiar, o con personas conocidas, no se presenta el problema, sino que ante una situación nueva o ante desconocidos. Otro dato es que cuando está en cualquier reunión donde no va a ser protagonista sí se sentirá bien, tranquilo y hasta pasa desapercibido, el problema radica cuando deberá hacer frente a un grupo de persona, o persona, donde va a ser escuchada, por lo que teme quedar mal; el problema se presenta cuando cada vez que está ante una situación nueva, si le vienen los síntomas, entre otros, antes mencionados, ya estamos hablando de fobia social que se caracteriza por un miedo irracional ante una situación que no justifica actuar de esa forma (Aguilar, 2019).

La fobia social tiene sus raíces en los primeros años de la persona debido a que puede haber pasado por un momento traumático donde han vivenciado un hecho desagradable que les produjo vergüenza o malestar. También se puede deber a demasiada sobreprotección de los adultos porque consideran que el menor no va a responder como desearían por lo que lo hacen sentir inseguros, puede haber habido maltrato físico o verbal cuando ha tenido demasiadas equivocaciones lo que le ha generado inseguridad y baja autoestima, además que haberlo hecho sentir que es un bueno para nada. Con frecuencia se encuentra que estas personas refieren que cuando han sido pequeñas son poco valoradas por los que viven en su entorno, si tienen algún defecto físico a la hora de hablar también existe inseguridad, por la tanto la persona tiende a

aislarse y evitar momentos que se siente observado o valorado negativamente. Sin embargo, cuando la fobia social se presenta en personas adultas es debido a que han pasado por un hecho socialmente complicado para ellos en donde el resultado de su conducta ha sido desagradable.

Todo esto se va agravando al extremo que la persona tiene la impresión que su conducta es inadecuada, o es un inepto, socialmente hablando, llega a tener desconfianza sobre sí mismo respecto a su apariencia o a la manera como interactúa llegando a tener el convencimiento que va a haber un rechazo, reprobación a todo lo que haga o diga, principalmente si se encuentra en público; el problema va más allá cuando su entorno le hace críticas delante de otras personas, algunas de ellas desconocidas por o que la hacen sentir avergonzada. Si la persona no está preparada para enfrentar, o superar estos momentos, paulatinamente va teniendo temor a enfrentarse a situaciones nuevas llegando a evitarlas o, si está en el momento, buscar alguna justificación para salir, o escapar del momento que le produce el malestar; todo lo que escuche en su contra lo va a ser muy sensible, produciéndose un sentimiento de inutilidad social.

Las consecuencias de todos estos sentimientos de la persona es que todo lo que sea una situación social nueva le va a producir un nivel de fobia social que trate de evitarla para sentirse bien. Cuando se presenta el problema, quien padece del problema se siente observado totalmente, no solo por lo que va a decir, sino que puede hasta sospechar que se están fijando en su manera de vestir, de mover las manos, la manera de caminar. Se ha encontrado a personas que cuando el problema se agrava no desean interactuar ni siquiera con su familia, cuando hay visita no desean salir a saludar o prefieren estar callados en todo el momento, también puede ocurrir en reuniones familiares, llegando al extremo de dejar de hacer vida social porque con el solo hecho de pensar que va a interactuar con personas, preferentemente desconocidas, o ante cualquier situación nueva, está convencida que no lo va a hacer bien; sin embargo, cuando hay alguna persona, o familiar, que la comprenda y ayude, será muy probable que paulatinamente vaya saliendo del problema.

Ante esta problemática podemos llegar a decir que lo vivido en los primeros años de vida contribuye mucho en la historia previa de reforzamiento de cada una de las personas, es el hogar el que nos proporciona las primeras experiencias de la vida y nos ayuda a estar siempre fortalecidos, a ser resilientes, a aprender a superar adversidades, cuando se cometen errores inmediatamente nos corrigen de la mejor manera para que no se vuelvan a repetir; por lo tanto decimos que la familia es la primera fuente de aprendizaje. Luego, cuando empezamos a asistir al colegio, se incrementa nuestro círculo social, lo mismo cuando acudimos a reuniones u otros lugares donde seguimos ampliando nuestro círculo social, si tenemos un círculo social, desde la familia, escuela, estudios superiores, centros laborales, etc. donde la interacción no tenga problemas no habrá ningún inconveniente en adaptarnos fácilmente a las circunstancias, que es típico de las personas maduras; sin embargo, si convivimos en un ambiente donde no exista un buen clima lo más probable es que se presenten conductas desadaptadas, llegando a desencadenar en algún problema que afecte nuestro bienestar psíquico y social, con las lamentables consecuencias que esto acarrea Cornejo (2016).

Recordemos que en nuestra conducta no solo está influida por lo psíquico, también interviene lo biológico y social, en el tema de la fobia social, son las tres que están influyendo a la vez, pues se observan cambios en lo biológico porque se presentan taquicardias, sudoración, aumento del pulso, sequedad en la boca, alteraciones estomacales, etc. En cuando a lo psicológico se encuentran problemas emocionales, ansiedad, miedo, sensación de desmayo, deseos de salir, o evitar de manera pronta, el momento que produce malestar, baja autoestima, sensación de ser una persona que no puede aportar nada bueno, inseguridad, desvalorización. En lo social encontramos rechazo y poca tolerancia por parte del entorno, evitar interrelacionarse porque ella misma se aísla y hasta puede perder el empleo u oportunidades para superarse, sentimiento de culpa porque la persona tiene conciencia que no está actuando como debiera, pero se impone lo irracional.

Si sumamos lo que ocurren en estas tres variables, vemos que el pensamiento de la persona que padece la fobia se muestra distorsionado porque, aparentemente, no hay relación entre la situación ansiosa con la manera de comportarse, por tal motivo, es el pensamiento el que se muestra alterado, esto se materializa cuando la persona cree que los demás lo consideran un fracasado, cree que solo se fijan en sus defectos, a esto se suma que tienen sentimientos de culpa, pierden oportunidades de trabajo, otras veces, cuando alguna persona del sexo opuesto lo invita a salir tampoco asiste, busca un pretexto para no acudir a la cita.

El caso que se presenta en el presente trabajo académico se refiere a una intervención cognitivo conductual en una adolescente con fobia social donde se usarán técnicas relacionadas al tema para que la persona evalúe la importancia de la ejecución de tareas para que haga frente a las situaciones que le producen fobia social y tome conciencia que los pensamientos distorsionados que tiene se pueden superar y hacer una vida adaptada a los momentos sociales. Para lograr nuestro objetivo se ha utilizado el diseño experimental univariable bicondicional A-B, donde en la fase A se llevó a cabo el diagnóstico y aplicación de las pruebas psicológicas, en la fase B será la de intervención, para más adelante una fase de seguimiento para verificar el efecto de los resultados (Castro, 1975).

### **1.1. Descripción del problema**

Muchas personas dicen ser tímidas, inseguras, que no son capaces de decir “no”, evitan estar en reuniones con personas desconocidas por temor a que les sucedan momentos donde puedan quedar mal o hacer el ridículo, tal vez esté asociado a algún momento donde le ha generado una situación desagradable y no desea que se repita, de tal manera que con solo pensar en una situación parecida le genera respuestas emocionales acompañadas con malestar físico y psíquico donde predominan distorsiones en su pensamiento porque se imagina momentos peores a los que le podrían suceder, el problema empeora porque a esto se agregan crisis de angustia, es así como teme ser rechazado por su manera de comportarse; así, poco a poco se

van agregando pensamientos que lo llegan a creerse una persona inútil, por tal motivo siempre está buscando alguna justificación para evitar el momento, y si está en esa situación, escapa de ella buscando cualquier pretexto para que las demás personas la puedan comprender. El sujeto que pasa por este momento tiene conciencia que sus miedos son irracionales, no se justifican ni se puede llegar a tanto, por ese motivo quienes son parte de su entorno, además de no tenerle paciencia, los rechazan; es por eso que no desean asistir a lugares donde deben interactuar con personas desconocidas o cuando tienen alguna entrevista de trabajo, exponer algún tema ante sus compañeros, planear una cita telefónica, dar un discurso en público; es así que llegan al extremo de hacerse acompañar por algún conocido cuando tienen que conversar con otras personas porque si van solos no lo podrían hacer. Toda su inseguridad, temores, pensamientos distorsionados, etc. la llevan a tener problemas en sus interacciones con su entorno, sentimiento de culpa porque tiene conciencia que sus reacciones no se justifican. Todo esto le afecta también a sus habilidades sociales, rendimiento académico, pérdida de oportunidades laborales, permanecer callados en las aulas de clase por temor a hacer preguntas que generen risa o burlas en los demás.

Si en algún momento decide superar el problema inmediatamente le sobrevienen conductas ansiosas y mucho malestar llegando a incapacitarlos, así como sufrir y padecer que le viene sucediendo, pensando que todo esto no tiene solución, deteriora su vida diaria, interfiere en todos los momentos donde se encuentra. Si no se interviene en el momento oportuno pueden presentarse problemas mayores, llegado a sufrir y hacer sufrir a los de su entorno, la persona vive continuamente con el sentimiento de culpa, se desvaloriza y difícilmente se adapta a las situaciones, por lo que es preciso, al inicio tenerles mucha tolerancia para, poco a poco, irlos ayudando a salir del problema (Jordán, 2017).

El presente trabajo académico que presento está referido a una adolescente de 17 años, en la actualidad se encuentra en el tercer ciclo de la carrera de educación inicial , llega



acompañada de su mamá porque se siente insegura, duda de todo lo que va a ser, siempre piensa que tal vez las cosas no le salgan bien, por eso cada vez que debe acercarse a persona desconocida, a conversar con un profesor, hacer alguna práctica que los profesores le indican prefiere ir acompañada por la inseguridad que tiene. Ha preferido elegir esa carrera porque la mayor parte de quienes estudian son mujeres y así se siente más en confianza, a pesar de eso es muy insegura al momento de tomar decisiones, le es difícil negarse a hacer algo porque no es capaz de negarse, por ese motivo se siente mal y cree que la toman como una persona que solo la utilizan. Ella es consciente de lo que tiene, sabe que sus pensamientos no tienen fundamentos, decide cambiar, pero cuando se encuentra ante la situación nueva no es capaz de superarla, ha perdido varias oportunidades para trabajar y le interfiere en su rendimiento académico y habilidades sociales (Instituto Nacional de Salud Mental, [INSM, 2021]).

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes nacionales***

Reyes (2020) llevó a cabo una intervención cognitivo conductual en un adulto con fobia social, aplicó un diseño donde se aplicaron dos condiciones, donde había dos fases, la primera (Fase A) consistió en aplicar pruebas psicológicas, tales como el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Cuestionario Multiaxial de Millón-II, Test de Pensamientos Automáticos y los registros conductuales que fueron elaborados por el propio autor. En la Fase de Intervención (Fase B) se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales para lograr el objetivo de disminuir trastorno de pánico asociado a la fobia social. Se aplicaron técnicas complementarias relacionadas a la psicoeducación, relajación, auto instructivas, con la familia y personas ligadas a su entorno.

López (2022) aplicó técnicas cognitivo-conductuales a una paciente de 35 años con trastorno de pánico con agorafobia, utilizó un diseño de caso único con fases ABA, donde en la primera fase se hizo evaluación, en la segunda el tratamiento y en la tercera el seguimiento;

utilizó la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung, el Cuestionario de Pánico y Agorafobia de B. Sandín y P. Chorot, el Cuestionario de Creencias irracionales de Ellis, Inventario de Personalidad de Eysenck, Inventario Clínico Multiaxial de Millón III. Como técnicas conductuales se usó ejercicios de respiración, técnicas de relajación, Modelado, Autorregistros, Psicoeducación. La intervención se llevó a cabo en 19 sesiones. Los resultados indicaron que se logró cumplir con el objetivo propuesto, mejorando notablemente sus habilidades sociales y seguridad consigo misma.

Pesantes (2022) reportó el caso de 32 años con problemas de fobia social con el objetivo de demostrar la efectividad del programa cognitivo conductual que aplicó, utilizando un modelo de caso único multicondicional con diseño ABA donde en la fase A se llevó a cabo la aplicación de pruebas psicológicas, tales como Lista de Chequeo conductual de distorsiones cognitivas, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Inventarios de Pensamientos Automáticos de Beck. En la fase B se llevó a cabo la intervención, la misma que tuvo una duración de doce sesiones donde aplicó técnicas tales como la psicoeducación, respiración, relajación, reestructuración cognitiva. Luego se llevó a cabo una fase de Seguimiento para verificar que los resultados se mantienen a largo plazo. Los resultados indicaron que la intervención fue efectiva, se redujo la respuesta de ansiedad y mejora en las habilidades sociales.

Calonge (2020), desarrolló un programa con enfoque cognitivo conductual para la intervención de ansiedad social en una paciente de 13 años; empleó el análisis funcional para la identificación de comportamiento desadaptativo; asimismo su metodología usó un diseño ABA, con el fin de evaluar los resultados obtenidos en el proceso; destacó el uso de técnicas de relajación y resolución de problemas para disminución de indicadores de ansiedad social en su paciente.

Requena (2019) administró un programa de intervención psicológica a un adulto de 38 años con fobia social, con problemas para interactuar con su entorno, temor a conversar con desconocidos, de asistir a entrevistas, exponer trabajos, renunciaba constantemente a sus trabajos porque cuando le llamaban la atención se desmayaba. Sus compañeros se burlaban. Utilizó un diseño Bicondicional ABA, en la primera fase se hizo el diagnóstico después de aplicar pruebas psicológicas, en la siguiente fase se llevó a cabo la intervención y luego una fase de seguimiento. Los resultados fueron los esperados por el autor, logrando disminuir considerablemente la frecuencia de la conducta fóbica y una buena adaptación hacia las personas con las que interactúa.

Ruiz et al. (2017), exponen un caso de un paciente de 48 años, quien manifestaba tener ansiedad ante la gente. Refería que desde pequeño los niños se burlaban de él y que debido al miedo que le daba la gente, había rechazado trabajos para evitar relacionarse. El paciente mostraba síntomas de ansiedad (sudoración, temblor, rubor, disnea) ante la exposición a situaciones de interacción social, por lo que temía mostrar los síntomas ante las demás personas. Esto le llevó desarrollar conductas de escape y evitación limitando y perjudicando su área social y laboral. Utilizaron técnicas e instrumentos de evaluación como la entrevista clínica, auto informes; la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa de Watson y Friend, la Escala de Inadaptación de Echeburúa y Coral, y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados indicaron que el paciente presentaba fobia social según criterios del DSM IV. La investigación tenía como objetivo reducir significativamente los síntomas de la ansiedad social. Para la intervención, aplicaron un programa Cognitivo Conductual utilizando técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición gradual y entrenamiento en habilidades sociales. Después de tres meses de tratamiento el paciente logra manejar los pensamientos anticipatorios y reducir las conductas de evitación y escape, lo que indicaba la eficacia Los

resultados comprobaron la eficacia del Programa Cognitiva Conductual para tratar la fobia social.

### ***1.2.2. Antecedentes internacionales***

Nisperuza y Orrego (2023) presenta un programa de intervención con el enfoque cognitivo conductual para reducir los niveles de un caso de fobia social en un niño de 10 años; desarrollaron 10 sesiones, las cuales combinaban evaluación e intervención; durante el proceso, destacaron las técnicas de relajación; asimismo, estrategias enfocadas en el entrenamiento de padres para apoyar con la regulación de emociones al menor y fomentar conductas incompatibles con la evitación.

Ponce et al. (2021) desarrollaron un plan terapéutico para la disminución de ansiedad social en un paciente 44 años desde el modelo cognitivo conductual con énfasis en la terapia de aceptación y compromiso; dentro de este trabajo emplearon una metodología ABA, con el fin de analizar los resultados de su programa de intervención; desarrollaron 12 sesiones; estas destacan la importancia del desarrollo de una metodología enfocada en que el paciente comprenda la importancia de sus pensamientos en el desarrollo de sus acciones y la extinción de conductas de evitación.

Mosquera-Gallego (2018), desde España, presentó un trabajo académico de fobia social que era presentada por una paciente de once años, para lo que utilizó un diseño de caso multicondicional ABA, en la fase A empleó instrumentos tales como Lista de chequeo para padres de familia, entrevista y observación. Para la fase B se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales durante doce sesiones entre 90 y 120 minutos cada una, una vez por semana. Entre las técnicas más conocidas que se utilizó tenemos: psicoeducación, focalización de la atención, relajación, reestructuración cognitiva. Los resultados arrojaron la eficacia de las técnicas utilizadas al disminuir la fobia social.

### ***1.2.3 Fundamentación teórica***

Los diferentes problemas psicológicos por los que pasa el ser humano son tratados desde diferentes maneras, algunos son a la luz de las técnicas psicodinámicas, gestálticas, reflexológicas, humanistas, cognitivas, conductuales, terapias alternativas, etc. Cada uno de los profesionales interviene de acuerdo con su formación, a la vez que tiene en cuenta lo que ha venido experimentando en la práctica. En el trabajo académico que presento he creído conveniente utilizar las técnicas cognitivo-conductuales porque mi experiencia, así como el éxito que se tiene al aplicarlas en casos para la fobia social, me ha dado los resultados que esperaba, es una manera de intervenir bien estructurada, se anotan bien los controles. Al ser, la fobia, un problema donde los pensamientos están distorsionados, se ayuda al paciente a razonar y darse cuenta de que los pensamientos predominantes no solo le afectan en sus creencias, sino que también alteran todo el aparato psíquico y social, llevándolo a tomar decisiones que más adelante van a interferir en todos los ambientes donde interactúa, creándose dificultades consigo mismo y con su entorno. Trabajar con sus pensamientos no sólo le permitirá darse cuenta del problema por el que pasa, sino que al superarlo percibirá todo de manera positiva y llegará a ser exitoso en su desarrollo porque se adaptará rápidamente y actuará de manera eficaz; asimismo, le ayudarán a superar y prevenir otras dificultades que se les pueda presentar.

**1.2.3.1. Terapia cognitivo conductual.** Ruiz et al. (2017) indican que esta terapia, debido a sus hallazgos empíricos y experimentales es una de las alternativas para hacer frente a muchos problemas por los que pasan las personas; la diversidad de problemas son superados de manera eficiente donde no solo se producen cambios en la conducta del ser humano sino también en el aspecto personal, mejorar de sus habilidades sociales, se sienten muy bien ayudan a generar un buen clima emocional en el lugar donde se encuentran porque tienen bienestar y lo irradian a todos; es una terapia que presta importancia tanto al aspecto biológico como psicológico y social, lo cual es muy importante porque el ser humano es biopsicosocial; es

decir, que estas tres variables están interviniendo a la vez, cada una de ellas influye sobre las demás, de tal manera que para explicar el comportamiento, así como para hacer la intervención, es preciso enfocar desde esta orientación que la terapia cognitivo conductual lo puede hacer, ahí radica la importancia de aplicarla, sobre todo en pacientes que tienen el problema que estamos atendiendo. Agrega que es una de las técnicas que se usan como terapia en todos los problemas del ser humano, especialmente en ansiedad, depresión, fobias, alteraciones del pensamiento, etc. teniendo sus raíces en la psicología conductual (Estímulo-Respuesta) así como de la psicología cognitiva que enfatiza la necesidad de tener en consideración los procesos mentales que no se pueden observar directamente; es a partir de aquí en que se sostiene que el comportamiento no tiene necesariamente que ser registrado de manera objetiva tal como sostienen los conductistas sino que se basa en su manera de interpretar la realidad que le rodea. La terapia cognitivo conductual busca integrar no solo lo que puede verse (actos, conductas), sino también su mundo interior (conductas no observables), de tal manera que aboga por tener en cuenta sus creencias, opiniones y demás construcciones mentales, tal es así que los pensamientos (inobservables) influyen en el comportamiento, y viceversa, buscando encontrar siempre las motivaciones cognitivas que nos llevan a actuar de un modo u otro.

Gavino (2006) sostiene que las frustraciones que pasa el ser humano a lo largo de su vida se acompañan de sentimientos negativos, llegando al extremo que el sujeto puede pensar que nunca será capaz de alcanzar lo que se propone y nunca logrará; esta frustración influye en la conducta en general donde se puede observar a la persona dejando de insistir en lo que no puede lograr; sin embargo, también estar motivada para buscar soluciones optimistas y pensar que todo se puede conseguir insistiendo o preparándose mejor. Es así como el autor afirma que la influencia de nuestros pensamientos interviene en nuestras acciones; en conclusión, los pensamientos influyen en la conducta.

**1.2.3.2. Fobia social.** Burguillos (2014) indica que en todas las situaciones de la vida cotidiana es normal que tengamos problemas que llamamos “nerviosismo”, producto de enfrentarse a alguna situación nueva que nos genera cierta incomodidad, miedo, o hasta alguna tensión interior; hasta aquí no hay problemas psicopatológicos, pero cuando esa tensión se transforma en pánico y nos paraliza influyendo en las interacciones con nuestro entorno entonces ya estamos hablando de fobia social, la misma que es un miedo excesivo y duradero a la interacción con otras personas o situaciones sociales en general. Es un miedo intenso y persistente a ser juzgados de forma negativa y avergonzados por otros en situaciones cuando la persona está siendo escuchada u observada, ya sea por una persona, varias o un público entero. Son personas que empiezan a sentir ansiedad desde muchos días antes al evento que deben presentarse, cuando estas situaciones se repiten se puede observar que la persona que la padece hasta se puede paralizar, se siente inútil, todo esto las lleva a estar tensos, preocupados y a estar preocupados porque con el solo hecho de pensar que van a estar en situaciones nuevas los llevan a tener respuestas ansiosas.

A partir de aquí se acompañan con problemas biológicos, como estomacales, náuseas, falta de aire, tensión muscular, fatiga, sudoración, sensación de desapego y pérdida de control; no es raro encontrar que estas personas tienen miedos extremos a ser juzgados u observados por otros principalmente cuando se enfrentan a personas desconocidas, tienen inseguridad porque creen que los van a humillar. La situación empeora porque la persona pierde oportunidades de trabajo, evita estar ante las situaciones que le producen fobia; también pueden escapar buscando pretextos para salir o no estar presentes. A veces llegan al extremo de hacerse acompañar, o reemplazar, con amigos, tomar pastillas, bebidas alcohólicas, creen estar enfermos, evitan mostrarse ante los demás y desean pasar desapercibidos. Aunque hay factores predisponentes, lo importante es buscar las causas que la originan.

Esta fobia impide que la persona que la sufre logre oportunidades de trabajo, estudios, superación o que se consolide la visión que tiene de sí misma; se observa dificultades para interactuar con su entorno, desde su familia hasta sus compañeros de estudios o del centro laboral, situación que empeora cuando empieza a depender de otros hasta que le pierden la paciencia; es aquí cuando la situación fóbica empeora porque así como ella evita, o escapa de las situaciones, los demás también hacen lo mismo con ella porque no la soportan, a no ser que sean personas muy tolerantes. Una de las áreas que más se observa afectada es la autoestima, pues se siente incapaz de hacer frente a las adversidades, tiene mucha inseguridad, está convencida que todo le va a salir mal, su pesimismo e inseguridad siempre están presente. Ante la entrevista, responden que se sienten muy mal cuando escuchan comentarios negativos, con lo que refuerzan sus creencias que tienen de sí mismas. Cuando se les dice que eso es producto de sus creencias no están de acuerdo y a veces llegar a evitar estar con personas que no las toleran y buscan apoyo en otras que sí las aceptan.

**1.2.3.3. Intervención cognitivo-conductual en la fobia social.** La presente terapia afirma que la influencia de los pensamientos de las personas influye en las emociones y en el comportamiento en general, el psicólogo busca, utilizando muchas técnicas, un cambio cognitivo tanto en el pensamiento como en el sistema de creencias en el paciente. El paciente, con la orientación del psicólogo, ayuda a identificar los pensamientos desadaptativos, los mismos que serán reemplazados por pensamientos más apropiados, así se busca reducir, o eliminar, la perturbación emocional o conductual. Es importante, primero, identificar los pensamientos que presenta el paciente; en segundo lugar, se identifican las creencias intermedias; luego, las creencias básicas o centrales. Finalmente, luego de aplicar los instrumentos, se aplican las técnicas que se pueden adaptar al problema que tiene el paciente. Entre las técnicas más conocidas tenemos la terapia racional emotiva. Se cuenta con la



reestructuración cognitiva, exposición de tareas, modelamiento, desensibilización sistemática real e imaginaria, psicoeducación.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Reducir los niveles de fobia social en una adolescente utilizando la terapia cognitivo conductual.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

1. Modificar los pensamientos que mantienen las conductas fóbicas por medio de técnicas cognitivo-conductuales
2. Disminuir los síntomas fisiológicos relacionados a la fobia social por medio de técnicas de relajación y exposición.
3. Promover comportamientos incompatibles con la fobia social por medio del modelado y moldeamiento.

### **1.4. Justificación**

La fobia social, es una manifestación de ansiedad intensa que limita las actividades diarias de las personas; asimismo, genera emociones disfóricas e ideas distorsionadas que pueden contribuir a mellar el autoconcepto y autonomía del individuo; ante ello, se requiere de recursos y estrategias para disminuir problemas o situaciones que puedan empeorar el estado de salud mental de las personas.

Asimismo, se conoce que el modelo cognitivo conductual en intervención psicológica presenta evidencia notable sobre su eficacia; asimismo, protocolos estructurados sobre su aplicación; sin embargo, cada persona presenta diferencias individuales únicas que requieren ser conocidas para la adaptación y elaboración de programas de intervención efectivas; por lo cual, el presente programa se ve en la necesidad de atravesar un proceso riguroso de evaluación

de indicadores relacionados a la fobia social, con el fin de elaborar un programa personalizado y eficiente para tratar la problemática de la paciente.

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

Cuando se trabaja con problemas como el que tenemos a la vista no solo es para intervenir en una sola persona sino que es preciso incluir a la familia y a personas que están más cerca de su entorno porque serán ellas las que van a contribuir a superarlo debido a que constantemente estarán reforzando los avances que se vayan observando, a la vez que estarán previniendo la aparición de otros problemas que ocurren pero que no debieron aparecer porque no estamos preparados para hacerlo o nos hemos descuidado, tal vez no se le ha dado la importancia en su tiempo; es así que mientras más personas estén interviniendo de manera asertiva habrá mejor bienestar en la interacción.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de Investigación

En el trabajo académico que se trabajó se ha utilizado un diseño de caso único, referido a que una sola persona actúa, al inicio, como sujeto control y, luego, como sujeto experimental (Hernández et al., 2014), es así que se ha utilizado un diseño bicondicional A-B, donde en la Fase A se realizó la evaluación y en la Fase B la intervención, Más adelante, terminada la intervención, se llevó a cabo una Fase de Seguimiento donde se confirmó que los resultados de la intervención perduran (Castro, 1975).

### 2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente trabajo académico se dio en un periodo de tiempo de 8 meses, en el año 2023, en el departamento de Lima, distrito Surquillo.

### 2.3. Variables de investigación

#### 2.3.1 *Variable independiente*

Fueron técnicas de terapia cognitivo conductual, cuyo objetivo fue disminuir la fobia social en la paciente.

#### 2.3.2. *Variable dependiente*

El cuadro sintomatológico de fobia social es considerada como la variable dependiente.

### 2.4. Participante

Nombre y Apellidos	:	Katia A.T.
Sexo	:	Femenino
Edad	:	17 años
Estado civil	:	Soltera
Número de hermanos	:	3
Fecha de nacimiento.	:	14/01/2006
Grado de instrucción	:	Universitaria

Ocupación : Estudiante  
Dirección : Surquillo  
Fecha de informe : 24/07/2023  
Psicóloga : Santos Raquel Abanto Enco

**Motivo de consulta.** Katia llega a consulta porque se considera una persona nerviosa para todo, cree que cuando está frente a un grupo de personas, sean conocidas o desconocidas, todo le va a salir mal, se siente observada, no desea ir a reuniones buscando justificaciones para no hacerlo; las pocas veces que asiste casi no saluda, se sienta, cuando la sacan a bailar justifica que no sabe, al retirarse lo hace sin despedirse, cuando está frente a personas que no conoce evita conversar, cuando lo hace difícilmente mira a los ojos de la otra persona. Cuando debe exponer algún tema en la universidad no asiste, dice que está enferma, pide a sus compañeros que la reemplacen y hasta les llega a pagar. Si en algún momento algún amigo la invita a salir ella acepta, pero a medida que se acerca la hora de salir de su casa empieza a sentirse mal y no asiste. Las veces que debe acercarse a algún profesor para hacerle alguna consulta, ir al cine, o conversar con alguna persona del sexo opuesto, pide a su mejor amiga que la acompañe y si es posible que sea la otra persona quien hable por ella.

Algunas amigas ya trabajan a medio tiempo, le dicen que ella también lo puede hacer, pero cuando debe ir a la entrevista no lo hace porque se empieza a sentir mal; al tener el apoyo económico de su familia la hace sentir más tranquila porque la ayudan en todos sus gastos. Ha habido oportunidades que todos los compañeros deben asistir a algún lugar que el profesor les ha dejado como tarea siempre busca a alguno de sus compañeros para que la acompañen, cuando nadie puede hacerlo prefiere no salir; si su familia le exige que lo haga ella sale de su casa, pero empieza a caminar cerca a su casa, ingresa a algún local a comprar algo, se sienta en algún parque y calcula la hora de regreso para justificar su salida. En una oportunidad que estaba con sus compañeros ella se distrajo y al sentirse sola se desesperó y los empezó a llamar

a su celular porque empezó a sentirse mal. En otro momento que estaban en el cine empezó a faltarle la respiración y decidió retirarse a su casa. Un día el profesor estaba explicando a los estudiantes el tema de los valores, terminada la exposición cada alumno debería salir al frente a representar, sin hablar, uno de los valores que el profesor le decía al oído y haciendo gestos los demás compañeros deberían decir qué valor era; en esos momentos Katia pidió permiso al profesor para salir a los servicios, pero ya no regresó.

Ante esto los compañeros no le tienen paciencia y solo dos amigas están a su lado, solo ellas van a su casa. Por otro lado, el papá casi no le acepta estas actitudes, le llama la atención, la hace sentir mal, sobre todo porque cuando están en la mesa ella dice que cuando en esos momentos se le pone la mente en blanco, suda, tiene taquicardias y tartamudea.

**Evolución del problema.** Katia manifiesta que cuando tenía cinco años había ido con sus padres de paseo y a comprar al mercado, ocurrió que al momento de cruzar una calle ella, por cruzar rápido, se soltó de las manos de su papá y un carro la golpeó, fue llevada al hospital y felizmente no hubo problemas mayores, de todas maneras la escena que se generó en esos momentos, al ver el llanto de la madre, la discusión entre el papá y el dueño del carro, ser atendida en emergencia por los médicos, hizo que la niña se desespere y difícilmente olvidó el momento. Esa noche tanto ella como sus padres no pudieron dormir, la hicieron dormir junto a ella, escuchaba decir que pudo haber muerto si el golpe hubiese sido fuerte y en la cabeza; todo esto motivó a que estén atentos a todo lo que hagan, la sobreprotegían, quedó asustada, la llevaron a un curioso para que la cure, después a una psicóloga porque tenía temor a estar sola, se acostumbró a dormir junto a sus padres, después pidió que lleven su cama al dormitorio de los padres hasta que poco a poco le fue pasando, sin embargo, los temores no desaparecían, quería que la acompañen siempre a donde vaya, los padres lo hacían pensando que le iba a pasar pronto pero la inseguridad se ha mantenido hasta la actualidad.

Cuando en los noticieros de la televisión informaban de atropellos ella nuevamente

tenía temor y deseaba volver a dormir en la cama de sus padres. Ese mismo año debió presentarse a un colegio para iniciar el primer grado de estudios, pero tenían que evaluarla se puso tan nerviosa que no respondió y en el colegio no la aceptaron. Al ir a otro colegio la mamá debió explicar lo que había ocurrido, la niña pidió que la mamá esté presente mientras daba el examen, respondió acertadamente y fue admitida. Sin embargo, el primer día de clases empezó a llorar porque tenía temor a quedarse sola, al momento de presentarse ante los compañeros se quedó callada, se nubló, no supo qué decir, los demás la miraban y algunos se reían, las veces que debían salir al frente a recitar una poesía que le habían asignado decía que se había olvidado, se ponía nerviosa, en el recreo no deseaba estar sola y buscaba a los amigos que ella consideraba que la estimaban. En una oportunidad la mamá demoró unos minutos en recogerla, al verse sola empezó a llorar hasta que la vio llegar, otras veces se ponía a llorar sin justificar y llamaba a la señora que les cocinaba. Refiere que sus padres siempre la sobreprotegeron. Las veces que la profesora les informaba que debían ir de paseo pedía que la mamá o alguna persona de su familia esté presente porque tenía temor que le pase algo, por lo general era la señora que trabaja en la casa la que iba acompañándola; hubo momentos que le decían que ya era el momento de ir sola, cuando eso ocurría siempre buscaba alguna justificación para no ir, decía que tenía náuseas, poco a poco sus amigos se burlaban de ella, se sentía rechazada, no quería intervenir porque podía equivocarse.

En la actualidad estudia en la Escuela de Educación Inicial de una universidad privada, ha elegido esa especialidad porque no tiene contacto con adultos. Las veces que el profesor solicita que deban exponer sus trabajos ella no asiste y busca cualquier pretexto para no ir, si el profesor la sorprende para que exponga sin haber avisado antes ella dice que no está preparada, pero lo cierto es que no desea sentirse observada porque puede equivocarse, todo esto se acompaña con molestias tales como taquicardia, sudoración se le pone la mente en blanco.

## **Historia Personal**

**Desarrollo inicial.** Katia, es referida por un profesor de la universidad donde ella estudia, al inicio llegaba acompañada de su mamá, quien proporcionó las referencias que se necesitan para comprender mejor el problema de su hija, la mamá dio referencias desde el embarazo hasta la actualidad, informó que todo fue desarrollado de manera normal, fue a raíz del accidente que hubo para que su hija empiece a tener esta conducta que no le permite desempeñarse como ella quisiera, al extremo que cuando tiene que asistir para conseguir trabajo, exponer en la universidad, desde el colegio, ante sus compañeros, le es difícil porque se siente observada, si le insisten empieza a tener reacciones de miedo, parece que se va a morir, evita las situaciones que podrían ser nuevas y a veces escapa del momento porque está segura que los demás la observan, pueden estar atentos a sus errores y hasta se pueden burlar porque se pone nerviosa y tartamudea ante situaciones nuevas.

**Educación.** – Los calificativos que Katia ha obtenido durante sus estudios escolares y superiores han estado dentro de lo regular, ha podido obtener mejores promedios, pero el problema por el que está pasando no ha permitido que mejore. La paciente refiere que tanto en el colegio como en la universidad sus compañeros se burlan de ella por su forma de ser, solo tiene dos compañeras con las que está más tiempo y la acompañan en lo que ella les pide.

**Familia.** - El papá es Hugo, 45 años, obrero, la paciente afirma que es una persona que quiere a toda la familia, se preocupa por ellos, es alegre y comunicativo, sin embargo, a veces no tolera la conducta de su hija y le llama la atención diciéndole que difícilmente va a lograr lo que ella desea siempre y cuando continúe así. La mamá se llama Luz, 43 años, ama de casa, quiere mucho a sus hijos y siempre está al lado de ellos. Katia es la mayor de tres hermanos, luego sigue Noé, 15 años, estudia la secundaria, para la paciente es un buen hermano, lo mismo que el último de ellos, Jaime, 13 años, a quien considera un alumno muy aplicado.

## 2.5. Técnicas e instrumentos

### 2.5.1. Técnicas

Se han utilizado la observación y la entrevista, sirvieron para identificar claramente el problema para una buena intervención porque se descubren los estímulos y consecuencias que acompañan a la conducta.

**a. Autorregistro:** esta técnica se emplea con el fin de registrar las situaciones, emociones, ideas, conductas; ideas racionales y la nueva respuesta; esto con el fin de que exista un conocimiento sobre la relación entre estos indicadores; asimismo, para registrar el avance y cambio de pensamientos (Beck y Clark, 2010).

**b. Descubrimiento guiado:** se emplea esta técnica con el fin de fomentar la reestructuración cognitiva, donde se cuestiona la distorsión cognitiva por medio de tres preguntas enfocadas en encontrar evidencias, ideas alternativas y las repercusiones de las ideas (Díaz et al., 2017)

**c. Conceptualización alternativa:** el objetivo es fomentar pensamientos alternativos y que el paciente sea el actor principal el ejecutarlo (Díaz et al., 2017).

**d. Relajación muscular progresiva:** Díaz et al. (2017) explica que la relajación muscular sigue un procedimiento de tensión y distensión de grupos musculares con el fin de generar una respuesta de relajación; esto puede generarse de manera voluntaria por medio del entrenamiento; se solicita que el paciente pueda tensar músculos específicos para luego destensarlos con el fin de prestar atención a la sensación generada, la cual suele ser de relajación, sugiere el empleo de manos, brazos, rostro, cuello, espalda, etc.

**e. Desensibilización sistemática:** es una técnica de exposición que busca reducir los síntomas de ansiedad por medio de una exposición imaginaria de situaciones ordenadas jerárquicamente; se puede complementar con técnicas de relajación para potenciar la eficacia;



una vez lograda la jerarquía se expone de manera imaginaria a ella hasta que la respuesta ansiógena sea cero (Díaz et al., 2017).

**f. Juego de roles:** esta técnica se realiza para simular situaciones que probablemente se eviten o no se conozcan con el fin de brindar control y un repertorio conductual a la paciente, el terapeuta ayuda al consultante a realizar esta simulación (Díaz et al., 2017).

**g. Modelado:** es una técnica perteneciente al modelo de aprendizaje social de Bandura (1969) siguiendo el principio que considera, que las conductas puedan ser aprendidas por medio de la observación sin ser reforzados en el momento necesariamente; sin embargo, esta conducta observada podrá ser replicada en el futuro en función a la necesidad o interés del observador; ante ello, considera cuatro procesos importantes como la atención, la capacidad para almacenar esa información luego la habilidad para reproducirla y la motivación o interés para ejecutarla ; por lo cual, el terapeuta deberá mostrar la conducta esperada al paciente con el fin de que el paciente pueda aprenderla y emplearla en situaciones específicas.

**h. Moldeamiento:** esta técnica está relacionada con la capacidad del consultante para ejercer conductas que vayan acercándose paulatinamente a la conducta esperada; esto por medio del reforzamiento del terapeuta (Díaz et al., 2017).

**i. Programación de actividades:** esta técnica se emplea para promover conductas nuevas o debilitadas, con el fin de afrontar situaciones que previamente eran evitadas o no planificadas, asimismo, fomenta la sensación de control y satisfacción; especialmente porque se realiza la ejecución de tareas de manera paulatina, iniciando desde lo más sencillo a lo complejo (Díaz et al., 2017).

### ***2.5.2. Instrumentos***

1. Cuestionario de personalidad de Eysenck
2. Inventario de Pensamientos Automáticos
3. Escala de Ansiedad de Zung

## 4. Cuestionario Estado-Rasgo STAI

**2.5.3. Evaluación****1. Informe psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck****Datos de filiación**

Apellidos y Nombres	:	Katia A.T.
Edad	:	17años
Estado civil	:	Soltera
Ocupación	:	Estudiante universitaria
Domicilio	:	Surquillo
Psicóloga	:	Santos Raquel Abanto Enco
Fecha del Informe	:	24/07/2023

**Motivo de evaluación.** Evaluación de la personalidad

**Técnicas e instrumento aplicados.** Entrevista y observación, y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck

**Observación.** Paciente que en todo momento se mostró colaboradora, al momento de la aplicación del instrumento se invitó a la mamá a salir del ambiente de evaluación para observar cuál era la conducta de la evaluada.

**Tabla 1***Resultados del Cuestionario de Personalidad*

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntaje directo</b>	<b>Percentil</b>	<b>Diagnóstico</b>
Extraversión	1	0	Introversión
Neuroticismo	1	0	Neuroticismo

Psicoticismo	3	4	Ajuste de la conducta
	0		
Mentiras	2	3	Se acepta el examen
	0		

**Interpretación.** Katia se caracteriza por ser una persona introvertida, lo que está siendo confirmado por el resultado del cuestionario aplicado, en todo momento evita estar interactuando con personas, solo lo hace con tres amigas muy cercanas, saben su problema y la comprenden; cuando debe entrar en contacto con otras personas se confunde, a veces responde alguna cosa diferente a lo que se le pregunta. Refiere que se siente más segura cuando está en su casa, sola y sin que la interrumpen, le gusta hacer sus tareas de manera individual y evita hacerlas de manera grupal, sobre todo cuando no están sus amigas. También se identifica inseguridad cuando debe tomar decisiones importantes, cuando se le exige a que lo haga se pone ansiosa, no sabe qué hacer; ha habido momentos que cuando no tiene salida inmediatamente huye de la situación en que se encuentra, otras veces prefiere evitarlas. Las veces que debe asistir a hacer prácticas profesionales y debe hablar a padres de familia se muestra muy ansiosa; sin embargo, cuando trabaja con niños está tranquila porque no se siente observada, tampoco que los niños puedan tener mala impresión de ella, ahí juega y se divierte con ellos.

**Conclusión.** Se encuentra una personalidad introvertida, prefiere estar mucho tiempo sola porque no desea que la critiquen o se estén fijando en sus errores, por eso evita interactuar con desconocidos, se mantiene callada, pasa desapercibida. Con tendencia al Neuroticismo, aunque en algunos momentos busca llamar la atención para que comprendan los momentos que pasa.

**Recomendación.** Conversar con sus amigos y familiares para que, de manera progresiva, la inviten a salir y así irse adaptando a otros ambientes donde tenga contacto con

más personas; asimismo, aplicar técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la fobia social.

## 2. Informe del Inventario de Pensamientos Automáticos

### Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	Katia E.T.
Edad	:	17 años
Fecha de evaluación	:	24/07/2023
Ocupación	:	Estudiante universitaria
Psicóloga	:	Santos Raquel Abanto Enco
Fecha del Informe	:	24/07/2023

**Motivo de evaluación.** Evaluación de los pensamientos automáticos.

**Técnicas e instrumentos aplicados.** Inventario de pensamientos automáticos.

**Observación.** Paciente que se mostró colaboradora, se encontró más motivada porque a medida que asiste a consulta va confiando más en la terapeuta.

### Tabla 2

#### *Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos*

Pensamiento automático	Significado
Filtraje	Logra identificar el origen de sus pensamientos negativos, además de las distorsiones de estos.
Debería	Identifica, para ella, la forma rígida cómo es que los demás deberían actuar con ella.
Sobre generalización	Cualquier actitud de los que están en su entorno la afecta, además cuando alguna persona habla de otra piensa que se refieren a ella.
Visión catastrófica	Se observa pesimismo, piensa que lo que ocurre también le puede pasar a ella,
Falacias de control	Refiere no tener apoyo ni soporte de nada, tampoco la acompaña la buena suerte
Tener razón	Se incomoda cuando sus amigos no le dan la razón que los demás la critican.

**Interpretación.** La paciente está constantemente preocupada por lo que ocurre a su alrededor, en una oportunidad, mientras pasaba cerca de un grupo de chicos, uno de ellos dijo algo y los demás se rieron, ella pensó que se estaban burlando de su persona, esto la hace sufrir, se encuentran alteraciones en tener la razón, falacias de control, visión catastrófica, a la vez que para ella se refiere a todo debería ser como ella piensa.

**Conclusión.** Se identifican pensamientos distorsionados referidos a filtraje, debería, Sobregeneralización, visión catastrófica y falacias de control.

**Recomendación.** Aplicar técnicas cognitivo-conductuales para un buen control de sus pensamientos.

### **3. Informe del Inventario de Escala de Ansiedad de Zung**

#### **Datos de filiación**

Apellidos y Nombres : Katia A.T.  
Edad : 17 años  
Fecha de evaluación : junio 2023  
Grado de Instrucción : Estudiante universitaria  
Psicólogo : Santos Raquel Abanto Enco  
Fecha del Informe : 24/07/2023

**Motivo de evaluación.** Medir el grado de ansiedad.

**Técnicas e Instrumentos Aplicados.** La entrevista psicológica y el Inventario de escala de ansiedad de Zung

**Resultados.** La paciente ha obtenido un puntaje de 71, presentando un grado muy elevado de ansiedad.

**Recomendación.** Aplicar técnicas de relajación.

### **4. Informe psicológico del Cuestionario Estado-Rasgo STAI**

**Datos de filiación**

Apellidos y Nombres : Katia A.T.  
Edad : 17 años  
Fecha de evaluación : junio 2023  
Grado de Instrucción : Estudiante universitaria  
Psicólogo : Santos Raquel Abanto Enco  
Fecha del Informe : 24/07/2023

**Motivo de evaluación.** Aplicación del cuestionario Estado-Rasgo STAI

**Técnicas e instrumentos aplicados.** Entrevista psicológica y cuestionario de estado-rasgo STAI.

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

**Conclusiones.** Katia presenta en la actualidad un estado de ansiedad moderado, tanto en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo, se detecta que cualquier situación nueva a la que se enfrenta la percibe como un momento de amenaza, la misma que debe eliminar, por ese motivo la evita y a veces llega a escapar de la situación; se ha detectado que estos estados son permanentes, siempre se presentan ante eventos nuevos y que les producen estrés, todo esto confirma que es la manera como ha sido criada hacen que actúe de esta forma. Al encontrarse una ansiedad-estado de manera moderada se puede ayudar a superarla. En cuanto a la ansiedad-rasgo se encuentran sentimientos de culpa y mucha preocupación, lo que la lleva a estar en constante tensión y ansiedad en todos los momentos por los que interactúa con los demás.

**Recomendación.** Aplicar técnicas de relajación para superar el problema.

**2.5.4. Informe psicológico integrador**

Se encuentra en la paciente características de introversión, encontrándose en la prueba que se le aplicó, prefiere dejar de reunirse con los demás, con frecuencia afirma que ha tenido

oportunidades laborales por temor a una mala opinión que puedan tener los demás; tampoco asiste a reuniones porque al no saber bailar teme quedar mal y que los demás se burlen de ella, cuando, a insistencia asiste a una reunión, prefiere estar sola, callada y no se queda demasiado tiempo a pesar que sus amigas se lo piden. Cuando llega a su casa está muy tranquila, los fines de semana se dedica a hacer sus actividades del hogar y no le llama la atención las reuniones, menos salir de paseo; cuando tenía clases los últimos años de la pandemia del covid lo hacía desde su casa, era ahí donde estaba más cómoda, a veces piensa estudiar una carrera de manera virtual. Las veces que algún chico la ha invitado a salir ella acepta, pero cuando llega el momento de acudir a la cita empieza a sentirse mal, llama por teléfono a la otra persona, buscando siempre una justificación para no asistir. Hay un curso que lleva en la universidad donde estudia, el profesor la obliga asistir a un colegio de educación inicial, le pide que organice charlas a los padres de familia, pero cuando debe estar al frente se siente mal, no asiste al colegio y pide a algunos de sus compañeros que la reemplacen, algunas veces les ha pagado para que lo hagan. Cuando debe exponer en alguno de los cursos en la universidad ocurre lo mismo, otras veces termina faltando ese día.

En cuanto a sus pensamientos, encontramos que se siente observada las veces que sale a la calle, está ante personas que conoce por primera vez o ante momentos que debe estar frente a un público, ella cree que los demás pueden estar teniendo una opinión de burla y que le están observando todos los defectos que tiene; cuando observa que los demás la miran y conversan entre ellos cree que se están refiriendo mal de ella; todo esto genera que mejor se quede en su casa o cuando está ante un grupo mejor trate de pasar desapercibida.

Su nivel de ansiedad tiene un rango de 71 puntos, que indica un nivel de ansiedad elevado.

**Interpretación de los resultados de las pruebas aplicadas.** Katia es una joven en quien se identifica alto nivel de introversión, caracterizándose por su retraimiento, dice que

prefiere pasar desapercibida, como si no existiera, se siente mejor si no preguntan por ella, considera que sus estudios están por encima de asistir a reuniones o estar cerca a personas que no conoce. También se identifica ansiedad, temor a enfrentarse a situaciones nuevas porque se siente que solo se van a fijar en sus defectos, la misma que se incrementa cuando debe estar ante grupos de personas desconocidas o ante sus compañeros de clase, y el profesor, porque tiene la seguridad que van a hablar mal de ella y se van a fijar en sus defectos. Todo esto se acompaña cuando dice que no es capaz de hacerlo porque está segura de que va a fracasar, o hacer el ridículo. Todo esto le genera ansiedad, sudoración, temor, alteración de la respiración, taquicardia, temor a morir, a desmayarse. Finalmente, se cree que no es buena para salir adelante ni a superar los problemas que se le puedan presentar.

**Conclusión.** Introversión, desea mantenerse sola, evita las reuniones y estar frente a personas, cuando debe hacerlo inmediatamente le sobreviene la ansiedad y temor a que todo le salga mal, por tal motivo evita o escapa de las situaciones que le producen el temor y que sus pensamientos infundados se impongan sobre ella.

**Recomendación.** Conversar con sus amigos y familiares para que, de manera progresiva, la inviten a salir y así irse adaptando a otros ambientes donde tenga contacto con más personas; asimismo, aplicar técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la fobia social.

### **Análisis funcional de la conducta fóbica**

**Tabla 3**

#### *Análisis funcional de la conducta fóbica*

<b>Estimulo discriminativo (E-D)</b>	<b>Conducta (R)</b>	<b>Estímulo consecuente (E-C). Reforzador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exponer trabajos en el aula</li> <li>● Pensamientos de sentirse incapaz de enfrentarse a su realidad.</li> <li>● Ser invitada para una entrevista laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pedir a sus compañeros la reemplacen.</li> <li>● Buscar justificación para no asistir.</li> <li>● Aceleración del ritmo cardiaco, alteración de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aceptación de los compañeros de aula.</li> <li>● Baja el nivel de ansiedad y se queda tranquila.</li> <li>● Elimina las respuestas fisiológicas que se acompañan a la ansiedad.</li> <li>● Disminuye las conductas de</li> </ul>



Estímulo discriminativo (E-D)	Conducta (R)	Estímulo consecuente (E-C). Reforzador
	respiración.	incomodidad y vergüenza.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo, vergüenza de no hacer las cosas bien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se presenta al trabajo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exponer ante los padres de familia para capacitarlos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar pretextos para no asistir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedarse tranquila en su casa, con la disminución de la ansiedad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión con profesores</li> <li>• Pensamiento de inseguridad, no saber qué responder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificar inasistencia.</li> <li>• Salir del aula buscando pretextos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse tranquila.</li> <li>• Disminución de la ansiedad.</li> <li>• Desaparecen las respuestas fisiológicas de incomodidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistir a una reunión social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llamar por teléfono porque se siente indispuesta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuye la ansiedad.</li> <li>• Desaparición de las respuestas fisiológicas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar en un lugar junto a personas que no conoce.</li> <li>• Estar en un lugar con otras esperando que la atiendan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salir del lugar.</li> <li>• Ponerse a leer un libro para evitar conversar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse aliviada.</li> <li>• Desaparece su malestar.</li> <li>• Experimenta sensación de agrado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener que conversar con un desconocido</li> <li>• Tener que acercarse al profesor para alguna información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir a una amiga que la acompañe y que hablen por ella.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse segura con la amiga.</li> <li>• Sensación de tranquilidad</li> </ul>

## Diagnóstico funcional

**Tabla 4**

### *Diagnóstico funcional de la conducta fóbica*

Conductas en exceso	Conductas debilitadas	Conductas en déficit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faltar a clases cuando debe exponer</li> <li>• Acudir a los servicios higiénicos cuando debe exponer en el aula.</li> <li>• Justificar inasistencias ante estímulos que le producen ansiedad.</li> <li>• Evitar asistir a lugares donde hay personas extrañas.</li> <li>• Evitar acercarse a los profesores por temor a equivocarse.</li> <li>• Pensamientos de no ser capaz de lograr lo que desea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para enfrentar momentos nuevos.</li> <li>• Poca capacidad de enfrentarse a las adversidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca autocontrol</li> <li>• Pobre capacidad de resiliencia.</li> <li>• Pobre capacidad de expresarse libremente.</li> </ul>

- 
- Ansiedad ante situaciones nuevas.
  - Pensamientos de fracaso.
  - Inseguridad de enfrentarse a situaciones nuevas.
  - Inseguridad al conversar con personas desconocidas.
  - Pensamientos de sentirse observada expone o está ante padres de familia
  - Respuestas emocionales con solo pensar que va a estar ante situaciones nuevas.
  - Temor a morir si hace frente al momento ansioso.
- 

### Análisis cognitivo

**Tabla 5**

*Diagnóstico Cognitivo A-B-C*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
● Invitarla a capacitar a padres de familia.	● “Se darán cuenta que soy insegura”	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad (10)</li> <li>● Inseguridad (10)</li> <li>● Pide a sus compañeros que la reemplacen. Reparte folletos para no hablar.</li> </ul>
● Demostrar capacidad de enseñanza frente a los niños o padres de familia.	● “Se van a dar cuenta que no estoy bien preparada”	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad (10)</li> <li>● Inseguridad (10)</li> <li>● Evita asistir a la práctica del curso.</li> </ul>
● Invitación de un amigo a salir de paseo	● “Se va a dar cuenta que soy nerviosa” “Va a creer que soy una tonta”	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad (10)</li> <li>● Inseguridad (9)</li> <li>● Vergüenza (9)</li> <li>● Busca pretexto para no asistir</li> </ul>
● Invitarla a asistir a una reunión social.	● “Me van a invitar a hablar y voy a quedar mal”	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad (10)</li> <li>● Miedo (9)</li> <li>● Vergüenza (10)</li> </ul>
● Buscar una fuente laboral.	● “Van a darse cuenta que soy insegura y estoy mal preparad”	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad (10)</li> <li>● Temor (9)</li> <li>● vergüenza (9)</li> </ul>
● Estar sola frente una persona que no conoce.	● “Mejor no hablo porque no sé qué decir”	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad (10)</li> <li>● vergüenza (9)</li> </ul>

---

## **2.6. Intervención**

Ante todo, lo encontrado después de la entrevista, observación, aplicación de pruebas psicológicas, creemos conveniente empezar la etapa de intervención de acuerdo con lo planificado, que a continuación se propone como objetivo general: Reducir los niveles de fobia social en una adolescente utilizando la terapia cognitivo conductual. Los objetivos específicos fueron:

- Identificar los pensamientos distorsionados que desencadenan en fobia social en la adolescente.
- Modificar la conducta fóbica usando la técnica de la psicoeducación.
- Aplicar técnicas cognitivo-conductuales para controlar la fobia social.
- Disminuir las conductas de dependencia usando la técnica de reestructuración cognitiva.

### ***2.6.1. Plan de intervención y calendarización***

Desde que se empezó con la entrevista, y conocido el problema a profundidad, se conversó con la paciente, y con la mamá, para explicarles la manera cómo se va a llevar a cabo la intervención, desde las pruebas que se iban a aplicar, pasando por manera cómo se va a llevar a cabo la intervención, las técnicas a aplicarse. Del mismo modo, se le explicó la manera cómo se ha llevado a cabo la conducta fóbica, que tanto malestar le genera, para que tenga conciencia de cómo se adquirió. Se le explicó, paso a paso, cómo sería la intervención, qué debería hacer tanto ella como la mamá, los resultados que se esperan lograr, el trabajo, y esfuerzo, que ella debe hacer. Todo esto se complementó al decirle que los resultados van a ayudarla no solo a superar la fobia social sino también a prevenir otras conductas, mejorar sus habilidades sociales, terminar sus estudios superiores para que empiece a trabajar con mucha seguridad y que aporte bastante a los niños y sus recomendaciones a los padres de familia serán importantes. Finalmente, fueron respondidas todas las preguntas que hizo la paciente acerca de la intervención que se iba a llevar a cabo.

### **2.6.2. Programa de intervención**

**Programa cognitivo Conductual.** Después de la aplicación de la Fase A, que consistió en la evaluación a la paciente, se ubica sintomatología donde se encuentra ansiedad, la misma que está visualizada al tener temor a estar frente a sus profesores, compañeros de clases, padres de familia, tiene la convicción que le va a ser imposible desempeñarse como quisiera, lo que se agrava porque se siente observada y que solo se van a fijar en todos sus defectos; asimismo, cuando debe asistir a una reunión que le ha invitado algún amigo busca pretextos para no ir porque se siente insegura de lo que va a decir, refiere no tener tema de conversación para que la otra persona no tenga mal concepto. Ante esto, empieza a tener manifestaciones como: sudoración en manos y frente, taquicardia, alteración de la respiración, sensación de mareos y náuseas. Todas estas sensaciones de malestar le desaparecen cuando alguno de sus compañeros de clase se compromete a hacer lo que ella debió haber hecho; de igual modo, cuando la persona que la invitó a salir le responde que “la comprende” y desea que le pase el “malestar” que supuestamente tiene, le empieza a desaparecer la sensación que tenía. Ha habido oportunidades que los profesores están evaluando a los estudiantes de manera verbal, o los saca a pizarra para que expliquen alguna tarea que en esos momentos le presentan, inmediatamente se retira del aula buscando cualquier justificación; al respecto, en una oportunidad el profesor le dijo que no demore porque la va a esperar para que sea evaluada, la respuesta de la paciente fue salir del local, empezar a caminar hasta calcular que había terminado la clase, cuando el profesor, a la siguiente clase, le preguntó qué había pasado ella respondió que había recibido una llamada desde su casa que su mamá se había puesto mal. El profesor le dijo que en ese momento la iba a evaluar, ella le respondió que no estaba preparada, se puso pálida y empezó a sudar. Al finalizar el curso el profesor la aprobó con la mínima nota, sobre todo porque había asistido y presentado sus trabajos.

En otras palabras, cuando logra satisfacer, y justificar, ya sea evitando o escapando de la situación, empieza a sentirse. Algo que nos preocupa es que más adelante la paciente tiene sentimientos de culpa y dice que por ser así está perdiendo grandes oportunidades de desarrollarse mejor y salir adelante. Fue a partir de este momento que pudimos apoyarnos para animarla porque al menos reconocía que estaba equivocada con lo que venía haciendo. Se inició con el moldeamiento por aproximaciones sucesivas para que paulatinamente se vaya enfrentando ante los estímulos que le producían la respuesta fóbica, la misma que se materializa a través de la ansiedad y en las respuestas emocionales que tenía.

## 2.7. Procedimiento

La intervención se realizó en 16 sesiones entre 50 a 70 minutos, dependiendo de la actividad que se llevaba a cabo dos veces por semana; serán consideradas 14 sesiones exclusivamente para la paciente y 2 con la familia. En este número de sesiones no se incluyó las dos que fueron dedicadas a la entrevista y evaluación; aquí se tomaron los datos generales, motivo de consulta, evolución del problema y los momentos que le produjeron el malestar por el que llega a consulta. Se le explicó cómo iba a ser la intervención y que se comprometía a seguir las instrucciones que se van a dar, además se conversó con la mamá para explicarle cuál iba a ser su labor acerca de los progresos de su hija.

### Tabla 6

Sesión 1: Psicoeducación sobre la problemática y objetivos a cumplir.

Objetivo	Técnica	Actividad	Recursos
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se brinda un saludo acogedor con el fin de fomentar un ambiente cálido y así promover la seguridad en el paciente.	Psicólogo
Brindar información sobre la problemática y el plan de intervención	Psicoeducación	Por medio de recursos audiovisuales se explica acerca del problema a través de un enfoque cognitivo conductual, su relación entre las ideas, emociones y conducta; asimismo, cómo el contexto tiene relevancia al momento	Material audiovisual (imágenes, flujograma)

Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	de generar o mantener ciertos comportamientos; asimismo, se establecen los objetivos de las sesiones e intervención en general Por medio de preguntas se resuelvan las dudas, asimismo, se promueve a buscar información sobre el tema.	Psicólogo
Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Tareas para el hogar	Se solicita al paciente que pueda buscar información sobre la terapia cognitivo conductual y sobre la fobia social	Cuaderno de tareas

**Tabla 7**

## Sesión 2: Psicoeducación y aplicación de autorregistros

Objetivo	Técnica	Actividad	Recursos
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Cuaderno de tareas
Identificar la relación entre las ideas y conductas con la ansiedad	Psicoeducación Autorregistro	Por medio de recursos visuales, se explica el autorregistro como instrumento fundamental para registrar sus ideas, emociones, conductas; con el fin de determinar las emociones disfóricas y su relación pensamientos distorsionados; asimismo, colocar un puntaje del 1 al 10	Material visual Autorregistro
Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	Por medio de preguntas se resuelvan las dudas, asimismo, se promueve a buscar información sobre el tema.	Psicólogo
Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Tareas para el hogar	Se solicita al paciente que registre los pensamientos que surgen ante emociones intensas de ansiedad; asimismo, las situaciones y su comportamiento.	Autorregistro

**Tabla 8**

## Sesión 3: Autorregistros II, introducción a la reestructuración cognitiva

Objetivo	Técnica	Actividad	Recursos
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre	Psicólogo Autorregistro

Reestructuración cognitiva	Autorregistro Descubrimiento guiado	la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso. Se identifica las ideas distorsionadas con el fin de debatirlas y generar ideas nuevas por medio de tres preguntas (¿cuál es la evidencia que se tiene sobre lo que se está pensando?; ¿Qué otra idea podemos considerar? Y ¿qué consecuencias tiene pensar así? Posterior a ello se realiza el nuevo registro de estas ideas y la nueva emoción con su intensidad de 1 al 10, que podría experimentar.	Autorregistro
Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	Por medio de preguntas se resuelvan las dudas, asimismo, se promueve a buscar información sobre el tema.	Psicólogo
Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Tareas para el hogar	Se solicita al paciente que aplique lo aprendido y genere el autorregistro con las consideraciones planteadas.	Autorregistro

**Tabla 9**

## Sesión 4: Reestructuración cognitiva II

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Reestructuración cognitiva	Conceptualización alternativa	Se busca que el paciente genere ideas alternativas sobre las situaciones más intensas que le limitan la socialización, por ejemplo, debatir por qué las personas se reirían de ella; dificultades al momento de evitar situaciones, entre otras.	Autorregistro
Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	Por medio de preguntas se resuelvan las dudas, asimismo, se promueve a buscar información sobre el tema.	Psicólogo
Reforzar el conocimiento	Tareas para el hogar	Se solicita al paciente que aplique lo aprendido y genere el	Autorregistro

fuera de la  
consulta

autorregistro con las  
consideraciones planteadas.

**Tabla 10**

Sesión 5: Disminución de la ansiosa por medio de la respiración

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Relajación por respiración.	Psicoeducación Respiración profunda Contra condicionamiento	Se brinda información sobre el principio de inhibición recíproca y el contra condicionamiento; se pide al paciente que se siente en la silla lo más cómoda que ella pueda; asimismo, se solicita que inhale de manera profunda por 5 segundos, luego retenga por 5 segundos y luego expulse por 5 segundo, esto por lo menos durante 3 minutos.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido. Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Retroalimentación  Tareas para el hogar	Por medio de preguntas se resuelvan las dudas. Se solicita al paciente que aplique lo aprendido durante la semana, al menos 3 o 4 veces por día.	Psicólogo

**Tabla 11**

Sesión 6: Relajación muscular progresiva y reducción de la ansiedad

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Consolidar la relajación.	Psicoeducación Relajación muscular progresiva Contra condicionamiento	Se brinda información sobre la relajación muscular, asimismo, por medio del modelado se enseña esta técnica, se vuelve a establecer una postura cómoda y se inicia con la explicación de la tensión y distensión de los músculos, los cuales se	Psicólogo



Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	realizaron por grupos; primero rostro, luego espalda y cuello, brazo derecho e izquierdo; finalmente pierna derecha e izquierda; esto se realizará dos veces por grupo muscular. Se pide al paciente que replique la actividad y señale la experiencia experimentada	Psicólogo
Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Tareas para el hogar	Se solicita al paciente que aplique lo aprendido durante la semana, dos veces por día.	

**Tabla 12**

## Sesión 7: Exposición por medio de la desensibilización sistemática

Objetivo	Técnica	Actividad	Recursos
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Introducir al paciente a la desensibilización sistemática	Psicoeducación Entrenamiento en imaginación Desensibilización sistemática	Se solicita al paciente que pueda imaginar escenarios específicos, especialmente los ansiógenos y pueda brindar la mayor cantidad de detalles sensoriales posibles; posterior a ello, se realizará una lista de situaciones ansiógenas relacionadas a la fobia social, las cuales estarán en jerarquía del 1 al 10, donde 1 es la que menos ansiedad genera y la 10 la que mayor ansiedad genera.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido.	Relajación muscular Desensibilización sistemática	Se pide al paciente que imagine el primer escenario y simultáneamente realice la técnica de relajación con el fin de reducir los niveles hasta cero; asimismo se realizará con el segundo y tercer escenario	Psicólogo
Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Tareas para el hogar	Se solicita al paciente que aplique lo aprendido durante la semana y luego lo registre.	Autorregistro

**Tabla 13**

## Sesión 8: Desensibilización sistemática II

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Promover la desensibilización sistemática	Psicoeducación Desensibilización sistemática	Se solicita al paciente que replique la actividad de la sesión pasada del escenario 3 y reducir la reacción ansiosa hasta 0, asimismo, se continúa con los escenarios hasta el 8	Psicólogo
Consolidar lo aprendido. Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Retroalimentación  Tareas para el hogar	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas. Se solicita al paciente que aplique lo aprendido durante la semana y luego lo registre.	Psicólogo  Autorregistro

**Tabla 14**

## Sesión 9: Desensibilización sistemática III

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Promover la desensibilización sistemática	Psicoeducación Desensibilización sistemática	Se solicita al paciente que replique la actividad de la sesión pasada del escenario 8 y reducir la reacción ansiosa hasta 0, asimismo, se continúa con los escenarios hasta el 10.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido. Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Retroalimentación  Tareas para el hogar	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas. Se solicita al paciente que aplique lo aprendido durante la semana y luego lo registre.	Psicólogo  Autorregistro

**Tabla 15**

## Sesión 10: Introducción a técnicas para fomentar el afrontamiento

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Generar conductas de afrontamiento	Juego de roles Modelado	Se establecerán situaciones simuladas identificadas previamente el paciente evita con el fin de afrontarlas, asimismo, se guiará el comportamiento por medio de un juego de roles donde se establecerá el comportamiento esperado y luego la paciente tendrá que ejecutarlo.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido. Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Retroalimentación Tareas para el hogar	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas. Se solicita al paciente que aplique lo aprendido durante la semana con el apoyo de su familia, la cual estará instruida (sesión 2 de la familia).	Psicólogo Autorregistro

**Tabla 16**

## Sesión 11: Conductas de afrontamiento

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Generar conductas de afrontamiento	Programación de actividades Moldeamiento	Se establecerán las situaciones ansiógenas de evitación, por medio de una jerarquía, se establecerán las que generen intensidad baja y media, durante la sesión se ensaya las posibles respuestas con apoyo de la familia y el terapeuta regula el comportamiento por medio de instigación verbal.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido. Reforzar el conocimiento	Retroalimentación Tareas para el hogar	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas. Se solicita al paciente que aplique lo acordado durante la sesión	Psicólogo Autorregistro

fuera de la  
consulta

**Tabla 17**

Sesión 12: Consolidación de las conductas de afrontamiento.

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Generar conductas de afrontamiento	Programación de actividades Moldeamiento	Se establecerán las situaciones ansiógenas de evitación, por medio de una jerarquía, se establecerán las que generen ansiedad media e intensa, durante la sesión se ensaya las posibles respuestas con apoyo de la familia y el terapeuta regula el comportamiento por medio de instigación verbal.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido. Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Retroalimentación Tareas para el hogar	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas. Se solicita al paciente que aplique lo acordado durante la sesión	Psicólogo Autorregistro

**Tabla 18**

Sesión 13: Postest y establecimiento del seguimiento

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos</b>
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Evaluar el progreso	Evaluación por medio del postest	Se realizará el postest, asimismo, una entrevista sobre los avances percibidos en el proceso de recuperación; además reforzar el progreso que ha tenido la paciente; asimismo, se establecerán objetivos para el seguimiento de la próxima sesión.	Psicólogo

Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas.	Psicólogo
Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Tareas para el hogar	Se solicita al paciente que aplique los conocimientos generados en el proceso terapéutico.	

**Tabla 19**

Sesión 14: Confirmación de seguimiento y compromiso de mejora.

Objetivo	Técnica	Actividad	Recursos
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre la tarea realizada; asimismo, se solucionan dudas surgidas en el proceso.	Psicólogo Autorregistro
Establecer el mantenimiento de conductas aprendidas	Programación de actividades	Por medio de un compromiso se promueve el establecimiento y mantenimiento de las conductas aprendidas.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas.	Psicólogo
Cierre y compromiso	Diálogo	Se informa al paciente sobre su progreso e insta a regresar ante una situación similar fuera de su manejo.	

**Tabla 20**

Sesión para padres 1: Psicoeducación y compromiso.

Objetivo	Técnica	Actividad	Recursos
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se brinda un saludo acogedor con el fin de fomentar un ambiente cálido y así promover la seguridad en el paciente.	Psicólogo
Brindar información sobre la problemática y el plan de intervención	Psicoeducación	Por medio de recursos audiovisuales se explica acerca del problema a través de un enfoque cognitivo conductual a los padres; asimismo su relación entre las ideas, emociones y conducta; asimismo, el rol fundamental para el monitoreo y motivación de las actividades fomentando la comunicación asertiva	Material audiovisual (imágenes, flujograma)

Consolidar lo aprendido.	Retroalimentación	Por medio de preguntas se resuelvan las dudas, asimismo, se promueve a buscar información sobre el tema.	Psicólogo
Cierre y compromiso	Diálogo	Se insta a los padres de familia mantener el compromiso establecido.	

**Tabla 21**

Sesión para padres 2: técnicas de modelado

Objetivo	Técnica	Actividad	Recursos
Promover un acogedor	Diálogo	A través del diálogo se fomenta un clima acogedor y se consulta sobre los avances que percibe la familia.	Psicólogo Autorregistro
Generar conductas de afrontamiento	Juego de roles Modelado	Se explica acerca de la importancia de las simulaciones para afrontar situaciones ansiógenas; asimismo, se motiva al establecimiento de juegos de rol.	Psicólogo
Consolidar lo aprendido. Reforzar el conocimiento fuera de la consulta	Retroalimentación Tareas para el hogar	Se realiza consultas sobre lo tratado en la sesión y soluciona dudas. Se solicita a los padres de familia practicar en casa y motivar a la hija a la ejecución.	Psicólogo Autorregistro

## 2.8. Consideraciones éticas de la evaluación psicológica

Luego de terminar la entrevista y evaluación se le informó los resultados, a continuación, se le explicó, tanto a la paciente como a la mamá, la manera cómo se iba a llevar a cabo la intervención. Katia estuvo de acuerdo, en todo momento se respetó las normas del código de ética del colegio de psicólogo. No se le hizo firmar consentimientos porque la paciente tiene la edad, y lucidez, suficiente para darse cuenta de lo que se le estaba explicando. Finalmente, se comprometió a cumplir las indicaciones que se le dieron y la manera cómo se iba a beneficiar del programa de intervención.



La Tabla 22 está indicando cada una de las características de la fobia social que se presentaba en la paciente, en la Fase A, prueba de entrada, que fue registrada durante una semana, la conducta problema se presentó durante 16 veces, siendo las que más se presentaron, 4 veces en la semana, las de conversar con sus compañeros para que sean ellos los que la reemplacen al momento de exponer las tareas; lo mismo que cada vez que el profesor la invita a salir a la pizarra, o ser evaluada de manera oral, pide permiso para ir a los servicios; del mismo modo, cuando está callada cada vez que está en una reunión ante personas desconocidas, en una oportunidad se inscribió en un seminario, ella llegó primero al lugar, luego otro estudiante que no conocía, estuvieron 15 minutos, los dos solos, sin atreverse a iniciar una conversación. Dos veces le comunicaron que había la posibilidad de trabajar a medio tiempo en un lugar para trabajar con niños de educación inicial, ella no asistió porque dijo no estar preparada. Finalmente, una vez se le presentó la oportunidad de ir a una reunión con uno de sus compañeros y tener una invitación para salir a pasear, ella, al inicio aceptó, pero después lo llamó por teléfono para decirle que se sentía mal y no fue.

**Tabla 23**

*Fase B, frecuencia de las conductas de la fobia social en el pre y post test*

Conductas	Pre Test	Post Test
Conversar con sus compañeros de grupo para que sean ellos los que expongan las tareas, ella solo escribirá.	4	0
Evitar asistir a entrevista personal para un trabajo.	2	0
Decir al profesor que va a los servicios cuando se le dice que va a ser evaluada delante de sus compañeros.	4	0
Justificar estar enferma para no asistir a una invitación de un amigo.	1	0
Estar callada ante personas desconocidas.	4	1
No asistir a fiestas con sus amigas.	1	0

La Tabla 23 está registrando la Fase B, de intervención, post test, se registra que se ha registrado una vez la conducta de estar callada ante personas desconocidas, al preguntarle por



qué no se había arriesgado a conversar, ella respondió que si la otra persona hubiese iniciado la conversación sí le hubiese respondido. En la actualidad, en la etapa de seguimiento, nos dijo que estando en la biblioteca esperando que la atiendan había un chico de otra facultad y ella le preguntó qué libro estaba buscando, el alumno le respondió y siguieron conversando.

**Tabla 24**

*Frecuencia de pensamientos distorsionados en el pre y post test*

Pensamiento	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
"No me siento capaz".	Pre	2	1	3	2	2	3		13
	Post	0	0	0	0	2	0		2
"No debo insistir en lo que fracasé".	Pre	2	2	2	3	2	1		12
	Post	1	0	0	0	0	0		1
"No quiero molestar a los demás".	Pre	3	2	3	1	2	2		13
	Post	0	0	0	1	0	1		2
"Se van a fijar en mis defectos"	Pre	2	3	2	3	3	2		15
	Post	1	0	0	0	1	0		2
"Creerán que no estoy bien preparada".	Pre	3	1	3	2	2	2		13
	Post	1	1	1	0	0	0		3
"No voy a las entrevistas porque se darán cuenta que sa".	Pre	0	0	1	1	1	0		3
	Post	0	0	0	0	0	0		0
"No asistiré a la reunión porque me avergüenzo".	Pre	1	1	1	0	2	2		7
	Post	1	0	0	0	0	0		1

La Tabla 24 nos muestra la frecuencia de pensamientos distorsionados en el pre y post test, la expresión "se van a fijar en mis defectos" es la que más se presenta con una frecuencia de 15 veces en una semana. Por otro lado, se ha detectado que las expresiones "no me siento capaz", "no quiero molestar a los demás", y "creerán que no estoy bien preparada" se ha presentado 13 veces cada una; mientras que las expresiones "no debo insistir en lo que fracasé", así como "no asistiré porque me avergüenzo", con 12 y 7 veces respectivamente. En cuanto al post test, observamos que ha habido una disminución de los pensamientos distorsionados, sin embargo, la disminución de la frecuencia es considerable. Igual que lo anterior, en la etapa de

seguimiento se observa mejoría.

**Tabla 25**

*Frecuencia de respuestas fisiológicas en el pre y post test*

Tipo de respuesta	Periodo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
Taquicardia	Pre	3	2	2	3	2	3	2	17
	Post	1	0	0	1	0	0	1	3
Sudoración	Pre	6	4	5	4	6	5	3	33
	Post	0	0	2	0	1	2	1	6
Alteración de la respiración	Pre	6	6	5	4	4	6	9	40
	Post	2	1	1	2	0	1	2	9
Deseos de ir a los servicios	Pre	3	2	1	2	2	3	0	13
	Post	0	0	0	0	0	0	1	1

La Tabla 25 muestra la frecuencia de las respuestas fisiológicas que tenía la paciente en el pre y post test; aquí se puede registrar una alta frecuencia en las alteraciones de la respiración cuando está ante los estímulos aversivos, donde se pudo registrar que se produjo en 40 oportunidades; seguido por la sudoración, 33 veces; terminando con taquicardia y deseos de ir a los servicios, con 17 y 13 veces respectivamente. En el post test se continúa manteniendo la tasa de frecuencia, pero de manera baja.

**Tabla 26**

*Resultados del pre y post test del cuestionario de Personalidad*

Dimensión	Pre test	Post test
Extraversión	28	7
Neuroticismo	66	6
Psicoticismo	28	4
Mentiras	10	5

La Tabla 26 indica los resultados del pre y post test del cuestionario de personalidad, se encuentra disminución en las dimensiones, lo que indica un proceso de adaptación a su

entorno, esto también se puede entender como una manera de controlar los pensamientos distorsionados y de mejorar su aspecto psicológico referido al mejoramiento de sus habilidades sociales, mejor autoestima y relaciones con los demás.

### **Tabla 27**

*Resultados del inventario de la escala de ansiedad de Zung en el pre y post test*

<b>Evaluación</b>	<b>Resultados</b>
Pre test	71 Ansiedad Máxima
Post test	34 Ansiedad Mínima

La Tabla 27 indica los resultados de la aplicación del inventario de la escala de ansiedad de Zung, en el pre y post test, se observa que primero obtuvo 71 puntos que la ubican en un grado de ansiedad máxima; luego de la intervención se encontró 34 puntos, con ansiedad mínima. Igual que lo anterior, ha habido cambios importantes.

### **3.2. Seguimiento**

Terminada la intervención, al cabo de 14 sesiones, podemos darnos cuenta de que el programa ha tenido éxito; si bien no se ha llegado a ubicar que Katia tiene un éxito que haya disminuido al cero por ciento, sí se ha encontrado mucha mejoría. Mientras se está redactando, dos meses después, la mejora continua, además la paciente refiere sentirse mejor y que hace frente a los momentos que anteriormente le molestaban.

### **3.3. Discusión de resultados**

Luego de llevada a cabo la entrevista, evaluación y llegado a un acuerdo acerca de la manera cómo se llevaría a cabo la intervención, así como con el compromiso que asumió Katia, siempre con la escucha de la mamá, y luego de analizar los resultados podemos informar que se ha cumplido con el objetivo general. Existe reducción de sus ideas distorsionadas; asimismo los niveles de ansiedad se han reducido; finalmente se han generado conductas de afrontamiento que ha empleado para mejorar el problema descrito; esta investigación está en

consonancia con la de Aguilar (2019), quien aplicó un programa de intervención cognitivo conductual en un adolescente de edad similar; destacando la técnica de desensibilización sistemática como una eficiente a estos problemas; por ello, Wolpe (1958) desarrolló esta técnica con el fin de reducir factores ansiógenos en las personas, considerando importante el principio de inhibición recíproca, el cual sugiere que un estímulo no puede generar dos respuestas opuestas; por lo tanto, una persona no podría experimentar ansiedad y relajación ante una misma situación en un momento determinado (Diaz et al., 2017); asimismo, este modelo de intervención ha sido corroborado en diferentes poblaciones, Calonge (2020) aplicó su programa en una mejor de 13 años; Ita (2020); Feria (2020) y Requena (2019) desarrollaron el mismo modelo en adultos mostrando resultados favorables.

Con respecto al objetivo específico uno, se ha obtenido una reducción significativa de las ideas distorsionadas; esto producto de técnicas que tuvieron como objetivo la reestructuración cognitiva; estudios como los de Ita (2020); Requena (2019) y Calonge (2020); destacan la importancia de técnicas cognitivas para cambiar las ideas que sostienen la ansiedad; Beck y Clark (2010); señalan que las emociones y comportamientos están íntimamente relacionados con las ideas que uno presenta; por lo cual, las emociones intensas que generan malestar suelen estar sujetas a distorsiones cognitivas; por lo cual, la modificación de estas es importante para predisponer emociones y comportamientos adaptativos.

Asimismo, en relación al objetivo específico dos, se ha conseguido una reducción de la respuesta ansiógena, estos resultados son coherentes con los de Reyes (2020) y Pesantes (2020) quienes emplearon técnicas de relajación con el objetivo de reducir la predisposición a experimentar ataques de pánico en consultantes con ansiedad social.

Finalmente, con respecto al objetivo específico número tres; se ha desarrollado conductas alternativas incompatibles con las respuestas de evitación; esto es coherente con lo

expuesto por Pesantes (2020) quien manifiesta que el desarrollo de habilidades sociales suele disminuir las respuestas de evitación y la experimentación de ansiedad.

#### **IV. CONCLUSIONES**

- 4.1. El programa ha dado resultados favorables en la reducción de los niveles de fobia social de la paciente, esto por medio de la aplicación de un programa con enfoque cognitivo conductual.
- 4.2. Existe reducción significativa de las ideas distorsionadas de la paciente, esto por medio de la reestructuración cognitiva las cuales surtieron efecto empleando técnicas cognitivo conductuales.
- 4.3. Se redujo la sintomatología ansiosa a través de las técnicas de relajación y exposición.
- 4.4. El programa de intervención promovió conductas incompatibles con las de evitación y potenció conductas debilitadas empleando técnicas de modelado y moldeamiento.

## V. RECOMENDACIONES

- 5.1. Emplear las técnicas aprendidas durante el proceso de intervención con el fin de mantener las conductas de afrontamiento y reducción de ansiedad.
- 5.2. Participar en talleres para el desarrollo de habilidades sociales propuesto por profesionales en psicología.
- 5.3. Realizar controles periódicos para evaluar la eficacia del programa aplicado.
- 5.4. Sugerir a los docentes de su I.E. actividades que fomentan la participación y comunicación activa de los estudiantes sin temor a ser criticados.

## VI. REFERENCIAS

- Aguilar, O. (2019). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad social en una adolescente de 17 años* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3442/UNFV\\_AGUILAR\\_CONDE\\_OMAR\\_JOSUE\\_SEGUNDA\\_ESPECIALIDAD\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3442/UNFV_AGUILAR_CONDE_OMAR_JOSUE_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Beck, A. y Clark, D. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brower S.A.
- Burguillos, A. (2014). Sentido de coherencia e inteligencia emocional: Efecto en la ansiedad social de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 295-302. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.615>
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Vol. 1, Siglo XXI.
- Calonge, D.M. (2020). *Intervención cognitiva conductual para la ansiedad social en una adolescente de 13 años*. [Trabajo de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4495>
- Castro, L. (1975). *Diseño experimental sin estadística*. Trillas
- Cornejo, M. (2016). *Efectos de un programa cognitivo conductual en las habilidades sociales de alumnos de secundaria de organizaciones estudiantiles de la institución educativa Corazón De Jesús de Lima* [Tesis de Postgrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].



Repositorio                      Institucional                      Universidad                      Garcilaso  
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2123>

Feria, M. E. (2020) *Intervención cognitivo conductual para la fobia a leer en público en una mujer adulta* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4073>

Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Ediciones Pirámide.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.). McGraw-Hill.

Ita, H. (2020). *Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4129>

Instituto Nacional de Salud Mental (2021). Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la Covid-19. *Anales de Salud Mental*, XXXVII (2), 43-52  
[https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/\\_notes/EESM\\_Ninos\\_y\\_Adolscientes\\_en\\_LM\\_ContextoCOVID19-2020.pdf](https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/EESM_Ninos_y_Adolscientes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf)

Jordán, A. (2017). *Estudio de caso clínico: Terapia racional emotiva en un caso de fobia social* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3048>

López, M. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con trastorno de pánico con agorafobia*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5897>

- López, J. y Lozano, J. (2016). *Niveles de Ansiedad y Estrategias de Afrontamiento de un Grupo de Estudiantes Universitarios en el Valle de Aburrá* [Proyecto de Grado vinculado al Macro Proyecto de investigación para el Título de Psicólogas, Corporación Universitaria Minuto de Dios-Sede Bello, Antioquía]. Repositorio [https://repository.uniminuto.edu/xmlui/bitstream/handle/10656/5164/TP\\_LopezRestrepoJannyJohana\\_2016.pdf](https://repository.uniminuto.edu/xmlui/bitstream/handle/10656/5164/TP_LopezRestrepoJannyJohana_2016.pdf)Estrategias%20de
- Malca, J. (2018). *Ansiedad social y pensamientos automáticos en estudiantes universitarios de una Institución Pública de Lima Metropolitana*. [Trabajo de posgrado, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2599?show=full>
- Mosquera-Gallego, L. (2018). Tratamiento cognitivo conductual de la ansiedad social y acosos escolar en una niña con capacidad intelectual límite. *Revista de Psicología Clínica con niños y Adolescentes* 5(1), 50-56. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.1.7
- Nisperuza, J. y Orrego, L. M. (2023). Intervención cognitivo-conductual por medio de la telepsicología en un caso clínico de Fobia Social. *Experiencias exitosas: de práctica y extensión*, (1), 296 – 235. [https://www.uajs.edu.co/sites/default/files/Libro%20Proyecci%C3%B3n%20Social%202020-2021\\_ISBN.pdf#page=296](https://www.uajs.edu.co/sites/default/files/Libro%20Proyecci%C3%B3n%20Social%202020-2021_ISBN.pdf#page=296)
- Pesantes, K. (2022). *Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad social en un varón adulto*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5714>
- Ponce-Alencastro, J.; Arredondo-Aldana, K. y Mera-Posligua, M. (2021). Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. *Revista*

*Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR.*, 4(8), 104-129.

<https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>

- Requena, F. (2019). *Intervención Cognitivo Conductual para la fobia social en un varón adulto*. [Trabajo Académico, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3450>
- Reyes, V. (2020). *Intervención cognitivo conductual en un varón adulto con trastorno de pánico*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/3450>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.