



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación: Salud mental

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

Autor

Amaro Berrios, Henry Jonathan

Asesor

Vallejos Flores, Miguel Angel

ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Campana Cruzado, Frey Antonio

Girón Sánchez, Rosario Norma

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL EN UNA MUJER ADULTA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	8%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	6%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	2%
4	idoc.pub Fuente de Internet	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	revistas.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Dr. José Matías Delgado Trabajo del estudiante	<1%
8	dspace.uvaq.edu.mx:8080 Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA
ANSIEDAD SOCIAL EN UNA MUJER ADULTA

Línea de Investigación:
Salud mental

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

Autor:
Amaro Berrios, Henry Jonathan

Asesor:
Vallejos Flores, Miguel Angel
ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado:
Mayorga Falcón, Luz Elizabeth
Campana Cruzado, Frey Antonio
Girón Sánchez, Rosario Norma

Lima – Perú
2024

“Y todas las cosas las timonea el rayo”.

Heráclito

Dedicatoria

En memoria de mi padre.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por acogerme por segunda vez en mi proceso de formación.

A mis seres más queridos, por su presencia y motivación para continuar con mis aprendizajes.

A mi asesor, el profesor. Miguel Angel Vallejos Flores, por la asesoría brindada.

A los docentes involucrados en mi proceso de formación.

ÍNDICE

Resumen.....	9
Abstract	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. <i>Antecedentes Nacionales</i>	13
1.2.2. <i>Antecedentes Internacionales</i>	15
1.2.3. <i>Fundamentación Teórica</i>	17
1.3. Objetivos	21
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	21
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	21
1.4. Justificación	22
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	22
II. METODOLOGÍA.....	23
2.1. Tipo y diseño de investigación	23
2.2. Ámbito temporal y espacial	23

2.3.	Variables de investigación	23
2.3.1	<i>Variable independiente: Terapia cognitiva conductual (TCC)</i>	23
2.3.2	<i>Variable dependiente: Ansiedad social.....</i>	23
2.4.	Participante	24
2.5.	Técnicas e instrumentos de la evaluación psicológica.....	24
2.6.	Intervención	58
2.7.	Procedimiento	60
2.8.	Consideraciones éticas	65
III.	RESULTADOS.....	66
3.1.	Análisis de resultados	66
3.2.	Discusión de resultados.....	70
3.3.	Seguimiento	72
IV.	CONCLUSIONES	73
V.	RECOMENDACIONES.....	74
VI.	REFERENCIAS.....	75
VII.	ANEXOS	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Registro de conductas motoras: frecuencia durante 2 semanas (pre test)	36
Tabla 2: Registro de conductas cognitivas: frecuencia durante 2 semanas (pre test)	38
Tabla 3: Registro de conductas cognitivas: promedio durante 2 semanas (pre test)	39
Tabla 4: Criterios comparativos según DSM-5 para la ansiedad social en la paciente.....	55
Tabla 5: Plan de tratamiento cognitivo conductual por sesiones.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Indicadores de ansiedad estado pre y post tratamiento según IDARE.....	66
Figura 2: Distorsiones cognitivas pre y post tratamiento según Inventario de Pensamientos Automáticos.....	67
Figura 3: Frecuencias de pensamientos automáticos negativos según pre y post tratamiento.	68
Figura 4: Frecuencias de conductas motoras pre y post tratamiento	69
Figura 5: Promedio de ansiedad pre y post tratamiento.....	70

Resumen

El presente estudio clínico tuvo como objetivo principal disminuir el nivel de ansiedad social mediante terapia cognitivo conductual en una mujer adulta. Se estableció un diseño experimental de caso único ABA. La paciente evaluada fue una mujer adulta de 31 años de edad, con educación superior técnica que presentó problemas compatibles a un cuadro de ansiedad social. La evaluación se estableció en 5 sesiones mediante entrevista clínica, técnicas conductuales e instrumentos psicométricos para confirmar el diagnóstico. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, el Inventory de Pensamiento Automáticos y el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. El diseño del programa de tratamiento se estableció en 18 sesiones y se utilizó principalmente las técnicas conductuales como la reestructuración cognitiva, en entrenamiento en habilidades sociales, la psicoeducación y la relajación. Lo reportado demuestra una disminución significativa en los niveles de ansiedad estado, disminución de la intensidad de la ansiedad generada por las distorsiones cognitivas, restructuración de dichos pensamientos y reducción en la frecuencia de conductas motoras de evitación luego del entrenamiento en habilidades sociales. En conclusión, el programa cognitivo conductual fue eficiente.

Palabras clave: ansiedad social, terapia cognitivo conductual, caso clínico.

Abstract

The main objective of this clinical study was to reduce the level of social anxiety through cognitive behavioral therapy in an adult woman. An ABA single-case experimental design was established. The patient evaluated was a 31-year-old adult woman with higher technical education who presented problems compatible with social anxiety. The evaluation consisted of 5 sessions using a clinical interview, behavioral techniques, and psychometric instruments to confirm the diagnosis. The instruments used were the Eysenck Personality Questionnaire, the Automatic Thinking Inventory and the State-Trait Anxiety Questionnaire. The design of the treatment program was established in 18 sessions and mainly used behavioral techniques such as cognitive restructuring, social skills training, psychoeducation and relaxation. The results demonstrate a significant decrease in the levels of state anxiety, decrease in the intensity of anxiety generated by cognitive distortions, restructuring of said thoughts and reduction in the frequency of avoidance motor behaviors after social skills training. In conclusion, the cognitive behavioral program was effective.

Keywords: social anxiety, cognitive behavioral therapy, clinical case.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad social es un temor a las posibles relaciones en el medio en el que se vive, donde el individuo teme al escrutinio generándole conductas disfuncionales. Las personas que presentan ansiedad social verán una merma en sus actividades al no poder llevarlas a cabo, desarrollando mecanismos de huida.

Los principales síntomas según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2023), se asocian al miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones básicamente de índole social, miedo a las valoraciones negativas por parte de su medio, generándoles conductas de huida o evitación. Este problema se perpetúa durante más de 6 meses, generando notorio deterioro social.

En ese sentido, el presente estudio abordó un caso único en el cual se implementó un programa de terapia cognitivo conductual (TCC) en una mujer adulta y tiene como finalidad mostrar las evidencias del tratamiento planteado en el caso elegido. Se ha estructurado de la siguiente manera:

En primer apartado se contextualiza el problema de la ansiedad social, los estudios que antecedieron a nivel nacional e internacional con abordaje cognitivo conductual, los fundamentos relacionados con las variables ansiedad social y terapia cognitiva conductual, los objetivo que sustentan el programa, la justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

En el segundo apartado se expone la metodológica del estudio de caso en el contexto de la paciente, describiendo las variables a trabajar, las técnicas, instrumentos y otros mecanismos utilizados en proceso de evaluación a fin de obtener un informe psicológico. Con el material recabado, es posible la implementación de un programa de intervención establecido en un periodo de tiempo con objetivos y técnicas específicas a desarrollar.

En el tercer apartado se detallan los resultados del programa para el análisis pertinente a fin de utilizar dichos productos para la elaboración de la discusión de los resultados.

En el cuarto apartado se precisan las conclusiones llegadas luego de la aplicación del programa cognitivo conductual.

Finalmente, en el quinto apartado se presentan recomendaciones para la paciente.

1.1. Descripción del problema

La ansiedad social es un miedo o temor intenso generado por situaciones sociales en las que la persona va a percibirse expuesta a una evaluación o al escrutinio de los demás en su medio. La persona puede estar o no bajo el escrutinio de los demás y casi siempre genera un desajuste conductual al experimentar la preocupación de ser juzgado negativamente por su medio. Es por ello que la evitación hacia las personas va ir deteriorando sus relaciones interpersonales (Belloch et al., 2009; Rose y Tadi, 2022). Para el DSM-5 (APA, 2023) el Trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un miedo o la ansiedad intensa ante una o más situaciones de connotación social en la que el individuo queda expuesto. En ese sentido, la Clasificación Internacional de Enfermedades Para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad, décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) señala que ansiedad social como un temor o ansiedad marcada y excesiva que sucede regularmente en una o varias situaciones como las interacciones sociales. Es preciso en adelante nominar como ansiedad social y no como fobia social dado que este último término limitaba el diagnóstico como se indicaba en el DSM-III y previene la minimización de su severidad. Ya para desde el DSM-IV hasta su actual edición, mantiene la denominación de ansiedad social (Rose y Tadi, 2022). En la actualidad, se observa que tanto para el DSM-5, los contenidos de la ansiedad social se orientan hacia el miedo persistente a causa de la exposición a situaciones sociales percibidas como embarazosas frente a contextos sociales (APA, 2023; OMS, 2012).

Los estudios epidemiológicos, indican que la ansiedad social, es un problema por sobre la depresión dentro de la región de las Américas, provocando una discapacidad por encima del promedio en casi todos los países de la región. Mientras que Brasil tiene 7.8 %, Perú se halla en 5.3 % en relación a la discapacidad total que generan los trastornos de ansiedad (Organización Panamericana de la Salud, 2017). La revisión realizada por Koyuncu et al. (2019) indica que el trastorno de ansiedad social tiene una prevalencia mundial del 5 al 10% y una prevalencia a lo largo de la vida del 8,4 al 15%. En ese sentido, el presente trabajo ha propuesto un programa de tratamiento cognitivo conductual la una mujer adulta con ansiedad social. El objetivo fue disminuir la ansiedad social mediante dicho programa. Se utilizó principalmente técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, entre otras técnicas conductuales. El programa tiene un diseño ABA, iniciando con la elaboración de una línea base, el posterior tratamiento y finalmente la corroboración de la efectividad del programa.

1.2. Antecedentes

Se realizaron búsquedas en repositorios, revistas, tesis y artículos de investigación en diferentes sitios web tales como Google Scholar, Scielo, National Library of Medicine, Medline, Dialnet, Redalyc y otros. A partir de esta indagación se halló la siguiente información:

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Rojas (2022) llevo a cabo un estudio de caso de una mujer soltera de 28 años, quien presenta fobia social, teniendo como objetivo lograr que la paciente sea capaz de emitir conductas cognitivas adecuadas que permitan desarrollarse óptimamente en su área personal, social y laboral. Para ello utilizó un diseño univariable bicondicional de caso único A - B con la finalidad de reestructurar los pensamientos desencadenantes de emociones y comportamientos perjudiciales. La evaluación utilizó la entrevista psicológica, autorregistros,

el Cuestionario de Personalidad de Eysenck – Revisado EPQ-R, el Inventory de Pensamientos Automáticos y el Inventory de Escala de Ansiedad de Zung. El programa constó de 10 sesiones e incluyó técnicas como psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática. Al término se logró la disminución del nivel de ansiedad, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales para la paciente.

Martínez (2021) en la tesis denominada relacionada a la Ansiedad estado y la ansiedad rasgo asociada a la ansiedad social en estudiantes de una universidad, cuyo objetivo fue determinar la relación existente, entre los cinco componentes de la ansiedad social, con la ansiedad estado (eventos estresantes) y con la ansiedad rasgo (carga hereditaria o biológica), presentó una muestra de 449 jóvenes de ambos sexos, utilizando el Inventory de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) y el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30). La investigación correspondió a una investigación descriptiva correlacional de enfoque cuantitativo y corte transversal. Se halló como resultado que el grado de asociación entre ambas variables del estudio. De tal modo, se concluyó que existe correlación positiva y altamente significativa entre ansiedad estado y ansiedad social, en comparación con la ansiedad rasgo y ansiedad social.

Rodríguez (2020) reportó el caso psicológico de un hombre adulto de 26 años con formación universitaria que presenta ansiedad social. El caso clínico tuvo un diseño experimental de caso único A-B-A. La evaluación aplicó el inventario de creencia de Ellis, el Inventory de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz. Se utilizó la TCC en 17 sesiones, comenzando con el proceso de Psicoeducación: sobre los pensamientos, emociones, conducta y los objetivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual. En el tratamiento se incidió en la detección y debate de creencias irracionales y el cumplimiento de tareas conductuales de exposición y evitación al escape. Los resultados obtenidos demostraron la efectividad de la TCC en el tratamiento para la ansiedad social.

Ita (2020) describió la efectividad de un programa de TCC en un caso de fobia social. La paciente de 29 años, fue evaluada con una entrevista psicológica y con la aplicación de escalas de Liebowitz para la Ansiedad Social, Registro de Opiniones de Albert Ellis y hojas de control y registro sobre la conducta de evitación. Los resultados permitieron demostrar la observación y conceptualización de la conducta evitativa de la paciente. El diseño de intervención del programa correspondió a un programa de TCC para la reducción de la sintomatología de la paciente. Se concluyó que mediante las sesiones psicológicas las conductas evitativas disminuyeron en sus frecuencias y puntuaciones respectivamente.

Arroyo y Millán (2020) realizaron una investigación en estudiantes universitarios. Tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad social en los estudiantes del primer ciclo de la escuela profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes en la ciudad de Huancayo, durante el periodo académico 2020 – I. La población del estudio fue de 94 estudiantes del primer ciclo. Se utilizaron instrumentos de recolección de datos como la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, recolección de datos, mediante el formulario Google. La metodología utilizada correspondió a una investigación de nivel descriptivo con un diseño descriptivo simple y corte transversal. Los resultados obtenidos demostraron que 26% de los estudiantes tienen ansiedad social leve, 25 % moderado y 49 % grave, evidenciando la presencia de ansiedad social en dicha institución.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Gómez (2023) desarrolló un tratamiento a pacientes vía online en la Ciudad de Morelia, México, aplicando un programa de TCC a pacientes con un diagnóstico de ansiedad social. Utilizó un modelo de investigación mixto y tuvo un diseño de pretest y postest a 30 pacientes adultos. Su criterio de inclusión incluyó a pacientes con ansiedad social. Utilizó técnicas conductuales, principalmente restructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en habilidades sociales y exposición. Luego de la evaluación de ansiedad social con el Inventario

de Ansiedad y Fobia Social, se encontró que el nivel de ansiedad social de aquellos pacientes que terminaron el programa disminuyó considerablemente.

Molino et al. (2022) presentó el caso de Jennifer, estudiante universitaria con un diagnóstico de ansiedad social, tratada con intervenciones de TCC durante 18 sesiones individuales en el transcurso de aproximadamente 6 meses vía telesalud, tanto antes como durante la pandemia de COVID-19. Jennifer respondió bien al tratamiento, como lo demuestran su autoinforme y las disminuciones en las puntuaciones de las medidas de la sintomatología y pudo utilizar estrategias aprendidas durante el tratamiento.

Oliva (2022) presentó una investigación que tuvo como objetivo principal evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en una mujer de 28 años con ansiedad que se vio incrementada por la COVID-19. La evaluación y aplicación del tratamiento duró 3 meses, en 13 sesiones, pautadas semanalmente de una hora. Para la evaluación, se realizó una entrevista semiestructurada ad hoc y se emplearon los autoinformes Escala de Adaptabilidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, inventario de Asertividad de Rathus, Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg. El tratamiento utilizó psicoeducación emocional, técnicas de respiración y relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas y toma de decisiones, activación conductual, exposición y técnicas de control de la impulsividad. Los resultados sugieren que la terapia ayuda a la reducción de los niveles de ansiedad, la mejora en las habilidades sociales, el apoyo social, estado de ánimo, hábitos de estilo de vida saludable, autoestima y adaptación general. Esta intervención basada en TCC ha sido eficaz para el tratamiento contra un caso de ansiedad durante la COVID-19.

Llinás (2020) en un estudio de caso único en Colombia, siguió el caso de una paciente femenina de 19 años con trastorno de fobia social y estrés postraumático estableciendo como objetivo analizar un caso clínico de trastorno de ansiedad social y estrés postraumático a través

de un estudio de caso único aplicado desde la Terapia Cognitivo - Conductual que posibilite la comprensión del fenómeno y su intervención clínica. Para la evaluación se utilizó el Inventario de ansiedad de Beck, la Escala de Evitación y Malestar Social, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, la Escala heteroaplicada para la evaluación de la Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Esquemas de Young. Se realizaron 36 sesiones y siendo algunas de las técnicas utilizadas: Entrenamiento en relajación abdominal, reestructuración cognitiva, exposición imaginada, role playing, habilidades sociales y mindfulness. Los resultados obtenidos evidencian un incremento en la capacidad para abordar situaciones temidas como exponer y hablar con hombres sin la emisión de pensamientos desadaptados.

Martínez y Neyra (2019) realizaron un estudio publicado en la Revista Casos Clínicos de Salud Mental, España, reportando el caso clínico de una mujer de 22 años con diagnóstico de fobia social y tuvo como objetivo la aplicación de un programa cognitivo conductual en 14 sesiones, utilizando técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y exposición, obteniendo como resultado una evolución favorable tanto de la sintomatología general como de la fobia social.

Fernández-Ballesteros y Labrador (2018) presentaron un estudio con una muestra de 51 pacientes adultos en el que se indagó en el tratamiento psicológico para la fobia social, teniendo como objetivo identificar los niveles de efectividad, técnicas de intervención utilizadas, duración y costes del tratamiento, teniendo como técnicas utilizadas con el éxito: el control de la activación, exposición, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1 Ansiedad social. La ansiedad es una emoción adaptativa que permite permanecer alertas y sensibles al medio para afrontar situaciones difíciles; sin embargo, la ansiedad social está entendida como un miedo excesivo a la vergüenza en el entorno en el que

vive el individuo y se da en situaciones sociales, donde la persona se expone a una posible evaluación negativa por parte de otros, temiendo evaluaciones negativas y presentando dificultades al interactuar socialmente (Belloch et al., 2009). La ansiedad social se define como un cuadro caracterizado por la presencia predominante de respuestas de ansiedad excesiva, persistente e intensa frente a situaciones en las que hay interacción social en las que el escrutinio probable de las personas va generar escape o huida (Caballo, 1991).

Mientras que para el DSM-5 (APA, 2023) este trastorno está dentro de los trastornos de ansiedad, para el caso de la CIE-10 (OMS, 2012) este trastorno se enmarca en la categoría de trastornos de ansiedad fóbica. Dichas conductas dadas en esas situaciones van alterar significativamente la posibilidad de establecer relaciones funcionales, evitándolas o soportándolas bajo el costo del incremento de los niveles de ansiedad, entre otras emociones incrementadas que perturben a la persona (Bados, 2017). Para fines del presente trabajo y como se describió anteriormente, se utilizará el concepto ansiedad social fobia social (APA, 2023) en similitud a la fobia social (OMS, 2012). De igual modo, utilizar el concepto de fobia social para hacer referencia al trastorno de ansiedad social se puede entender como un sistema complejo de respuestas conductuales que se activan bajo situaciones de anticipación juzgadas como hostiles, impredecibles, incontrolables, amenazantes arraigado y caracterizado por un aumento de la intensa e la ansiedad que puede desencadenar episodios de angustia en situaciones sociales en las que la evaluación negativa genera desajuste conductual. (Clark y Beck, 2012).

Tiene un inicio temprano, generalmente en la infancia tardía o adolescencia, mostrándose progresivamente a lo largo de la vida de la persona, más aún si no se aborda con tratamiento psicológico especializado (Fernández-Ballesteros y Labrador, 2018). Puede mostrarse con un curso crónico perjudicando significativamente el funcionamiento de la persona, manteniéndose a través de respuestas de ansiedad anticipatoria y aumento de

respuestas de evitación a situaciones sociales interpretadas como peligrosas (Clark y Beck, 2012). La ansiedad en general implica un incremento de la vulnerabilidad de la persona, siendo más propensa a elaborar pensamientos que la predisponga a situaciones interpretadas como peligrosas o dañinas (Belloch et al., 2009). En caso de las personas que presentan ansiedad social van a tener un repertorio disfuncional al interactuar en grupos, evitando participar en actividades sociales. (Clark y Beck, 2012).

Calderón y Blázquez (2016) identifican tres aspectos que podrían generar la aparición de la ansiedad social bajo procesos de condicionamiento en la infancia tardía y adolescencia, los cuales son: posibilidad de heredar una vulnerabilidad biológica hallarse bajo una situación de tensión (en espacios sociales), y la exposición a traumas sociales. Por otro lado, Bados (2017) hace una revisión en la literatura y observa que la vulnerabilidad biológica como una teoría limitada, a diferencia de asumir la posibilidad que sean factores biológico y psicológico los que intervengan en interacción con otros aspectos involucrados en la aparición de la ansiedad social, los cuales se relacionan con un aumento en la capacidad innata para reconocer la amenaza social y responder sumisamente a la misma y un bajo umbral de activación fisiológica y lentitud en la reducción de la activación, además de otros factores propios del aprendizaje que puedan interactuar con elementos innatos.

De cualquier modo, es importante que dentro de los procesos de evaluación se consideren los aspectos más relevantes para su identificación. Caballo (2021) señala que, para la evaluación de la ansiedad social, las escalas usualmente utilizadas no evalúan los constructos relacionados con cinco dimensiones básicas identificadas por estos investigadores las cuales son: interacción con desconocidos, interacción con el sexo opuesto, expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, quedar en evidencia/hacer el ridículo, y hablar en público/interacción con personas de autoridad.

1.2.3.2 Terapia cognitivo conductual. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental para el tratamiento de la mayoría de problemas y trastornos psicológicos dado que aglutina diferentes técnicas (Ruiz et al., 2012). La División 12 de la APA reconoce como tratamientos de intervención eficaces para el trastorno de ansiedad social tanto la terapia cognitiva como la terapia conductual (Llobell, et al., 2004). Los niveles de evidencia para los trastornos de ansiedad en general presentan la TCC como una elección para este conjunto de trastornos, dado que las principales guías de tratamiento reconocen su eficacia a través de técnicas como a terapia de exposición, la terapia de autoayuda y el entrenamiento en habilidades sociales (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

De tal modo, la TCC guarda un alto nivel de evidencia y de recomendación para el abordaje de la ansiedad social describiendo los puntos clave de la TCC sobre la ansiedad, indican que es importante la psicoeducación nivel de los tres componentes de la ansiedad: componente cognitivo, componente fisiológico y componente motor (Amodeo y Escribano, 2013; Fonseca-Pedrero et al., 2021).

Así mismo, abarca el tratamiento de diversos trastornos psicológicos y es la estrategia clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo, opera sobre conductas, pensamientos, emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales (Ruiz et al., 2012).

Los supuestos básicos de la TCC indican que la conducta de una persona está determinada en gran medida por el modo que esta estructura su mundo, de tal modo que el individuo responde a las representaciones cognoscitivas de las situaciones más que a los hechos en sí mismo, la cognición media la funcionalidad conductual, algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas y cuando se altera la cognición podemos modificar los patrones conductuales (Labrador et al., 2006).

El objetivo en la TCC es el cambio conductual, modificando o eliminando la conducta desadaptada y adiestrando al paciente a construir conductas adaptadas cuando éstas no se producen (Labrador et al., 2006). Por ello es importante la intervención dirigida a modificar los procesos cognitivos que explican en gran parte el comportamiento de la persona (Caballo, 1991; Ruiz et al., 2012).

Dentro de las técnicas aplicadas por la TCC, es necesario poner en relevancia los postulados de la Terapia racional emotiva conductual planteada por Albert Ellis, quien propone una explicación de naturaleza biológica, psicológica y social referida a la conducta y emociones humanas, planteando que casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado de las autopercepciones personales (Ellis y Grieger, 1992). Este abordaje terapéutico propone algunas fases indispensables para un proceso terapéutico: la exposición de la terapia racional emotiva conductual, la identificación de las creencias irracionales y la confrontación entre creencias irracionales y el paciente (Ellis y Grieger, 1992). Para Clark y Beck (2012) la ansiedad implica mayor vulnerabilidad en la persona cuando existe una valoración alterada acerca de actitudes u opiniones de las personas, las mismas que son interpretadas como dañinas para su persona.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir el nivel de ansiedad social mediante un programa de terapia cognitivo conductual en una mujer adulta.

1.3.2. Objetivos específicos

- Modificar las distorsiones cognitivas mediante restructuración cognitiva.
- Reducir la frecuencia de las conductas motoras de evitación mediante el entrenamiento en habilidades sociales.

- Disminuir los niveles de ansiedad desencadenados por pensamientos automáticos con la implementación de técnicas conductuales.
- Disminuir la ansiedad estado con la implementación de técnicas conductuales.

1.4. Justificación

El presente trabajo utiliza un programa de intervención con técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad social para la modificación de conductas disfuncionales de una mujer adulta. Inicialmente se busca aplicar dicho programa para modificar el repertorio conductual actual de la paciente y que esta acceda a respuestas funcionales en diferentes contextos, utilizando las técnicas aprendidas y ampliándolas a otras situaciones problemáticas. Además, se utilizará como contraste para verificar el uso de las técnicas aplicadas e incrementará la casuística relacionada a las variables tratadas en los contextos del sector público y en un hospital especializado en el abordaje de problemas y trastornos de índole psicológica.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El presente trabajo busca la recuperación de la paciente a través de un programa basado en evidencias con técnicas cognitivo conductuales, cumpliendo los objetivos establecidos. Así mismo, el programa puede ser adaptado por profesionales psicólogos que laboren en el sector salud y para ampliar el conocimiento de las variables tratadas para profesionales no psicólogos del mismo sector.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio es una investigación aplicada. Tiene un diseño experimental de caso único. Es un estudio de análisis conductual aplicado (Applied behavior analysis), también denominado A-B-A por su abreviación en inglés (Hernández et al., 2014; Montero y León, 2007) y responde a las siguientes fases:

Fase A: Elaboración de la línea base de la ansiedad social (pre test), a través de registros conductuales y cuestionarios.

Fase B: Mediante la aplicación del programa de TCC, utilizando técnicas conductuales.

Fase A: A través de la evaluación post tratamiento (post test), utilizando los registros conductuales y cuestionarios usados en la evaluación inicial (pre test) para determinar el efecto del programa cognitivo conductual en el caso de una mujer adulta con ansiedad social.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso se realizó en el Hospital Víctor Larco Herrera, distrito de Magdalena del Mar en el Servicio de Consulta Externa - Adulos, de manera presencial durante el año 2023.

2.3. Variables de investigación

2.3.1 *Variable independiente: Terapia cognitiva conductual (TCC)*

Los niveles de evidencia para los trastornos de ansiedad en general presentan la TCC como una elección para este conjunto de trastornos, dado que las principales guías de tratamiento reconocen su eficacia a través de técnicas como a terapia de exposición, la terapia de autoayuda y el entrenamiento en habilidades sociales (Fonseca-Pedrero et al., 2021). Así mismo, la División 12 de la APA reconoce la evidencia de la TCC como terapia a usar en los trastornos de ansiedad (Llobell et al., 2004).

2.3.2 *Variable dependiente: Ansiedad social*

La ansiedad social se define como un miedo excesivo a la vergüenza en el entorno en el que vive el individuo. Se da en situaciones sociales, donde la persona se expone a una posible evaluación negativa por parte de otros, temiendo estimaciones negativas. Presentará dificultades cuando participa e interactuar socialmente. (Belloch et al., 2009; Rose y Tadi, 2022). La operacionalización de esta variable estará dada por los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (IDARE).

2.4. Participante

Paciente adulta de 31 años, sexo femenino, estado civil soltera, natural de Lima, con educación superior técnica. Actualmente vive con su madre y hermana.

2.5. Técnicas e instrumentos de la evaluación psicológica

2.5.1 Técnicas

Entrevista. Técnica utilizada para la recolección de información. Se tomó como referencia la estructura de la Entrevista Conductual de Fernández-Ballesteros (2013). Dicha entrevista es semiestructurada y busca explorar el motivo de consulta, la historia del problema y para el caso particular, la sintomatología relacionada a la ansiedad social, la historia de condicionamiento en las etapas de vida y la interferencia en su funcionalidad.

Observación de conducta. Técnica directa y sistemática utilizada en psicología para analizar las conductas manifiestas de un individuo en un entorno determinado de manera objetiva y va estar determinada por diferentes métodos de medición como son la frecuencia, duración, intervalo, proporción productos permanente y secuencias de las conductas del paciente (Fernández-Ballesteros, 2013).

Autorregistros. Técnica utilizada por el paciente a fin de poder recabar conductas disfuncionales, previo proceso de psicoeducación, a fin de poder medirlas en diferentes contextos utilizando principalmente unidades básicas subjetivas (SUD)., teniendo doble

funcionalidad: conocer la progresión del malestar y contribuir con la elaboración de la línea base (Ruiz et al., 2012).

Psicoeducación. Basado en un modelo educativo para generar un cambio a través de un proceso de aprendizaje en la paciente. A partir de esta técnica, la paciente es educada en los principios básicos de la TCC, qué es la ansiedad, enfatizando en su condición de emoción, sus respuestas de adaptación/desadaptación, cómo aprendemos dicha respuesta, la intensidad en la que se manifiesta y cómo repercute en espacios sociales. Bajo este proceso, se facilita que la adherencia al programa sea óptima (Ruiz et al., 2012).

Técnicas de relajación (respiración): La aplicación de este tipo de técnicas busca disminuir el nivel de activación conductual de la paciente, regulando el intercambio de gases durante la respiración. Reduce la actividad fisiológica y es funcional para ser aplicada en diferentes contextos. Tiene la intención de poder desarrollar la capacidad de control modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática, los cuales generan los síntomas más característicos de la ansiedad y el estrés como son la hiperventilación y la alta frecuencia cardíaca. Se desarrolla a través de la inspiración, pausa respiratoria, espiración y pausa espiratoria. Se utiliza 6 fases: la inspiración abdominal, inspiración abdominal y ventral, inspiración abdominal, ventral y pectoral, espiración, ritmo inspiración-espiración y sobregeneralización en diferentes circunstancias (Amodeo y Escribano, 2013; Ruiz et al., 2012).

Reestructuración cognitiva. Se busca detectar las cogniciones (pensamientos automáticos) que están manteniendo el problema (esquema cognitivo aprendido), afectando la funcionalidad de la paciente (Ruiz et al., 2012). Se enseña en la identificación del sesgo atencional y cómo estos pensamientos se aprenden, se mantienen en el tiempo y hacen que la paciente seleccione información amenazante, a fin de poder implementar pensamientos más flexibles y funcionales (Labrador et al., 2006)

Entrenamiento en habilidades sociales. Técnica que busca incrementar la capacidad del individuo para involucrarse en relaciones interpersonales en diferentes contextos de su vida a través del aprendizaje de conductas específicas y se van integrar en el repertorio conductual de la paciente utilizando procesos como las instrucciones, el modelado, el ensayo conductual, la retroalimentación, y el reforzamiento (Caballo, 2021; Ruíz et al., 2012).

Técnicas de distracción. De forma complementaria a la técnica de respiración diafragmática, esta técnica busca focalizar la atención hacia otros estímulos. El desplazamiento hacia estímulos neutrales o positivos disminuirá el exceso de hipervigilancia de la paciente. Se entrenan variantes de distracción como la externalización simple, los ejercicios mentales y las actividades absorbentes para ser empleadas en diferentes contextos (Buela-Casal y Sierra, 2004).

Técnica de visualización. Busca ayudar a la paciente con el control conductual y las respuestas a través de la imaginación, aprendiendo a obtener estados de relajación e imaginando situaciones que le causan malestar (McKay et al., 1985).

Prevención de recaídas. Repaso de objetivos terapéuticos a fin de evidenciar situaciones en las que la paciente pueda hallarse vulnerable afectado, identificación posibles situaciones disfuncionales a las que la se pueda exponer y recordando las técnicas aprendidas para priorizar mecanismos de respuesta y un afrontamiento funcional (Buela-Casal y Sierra, 2004).

2.5.2 *Instrumentos*

2.5.2.1 Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (IDARE) desarrollado por Charles Spielberger, Gorsuch y Lushene, evalúa la ansiedad en estado y rasgo. Tiene una aplicación individual y colectiva. De aplicación a adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones. La Escala Ansiedad-Estado evalúa un estado transitorio de ansiedad, mientras que la Escala Ansiedad-

Rasgo hace referencia a un comportamiento con más permanencia en el individuo al percibir un amplio número de situaciones como amenazantes, duraderas en el tiempo. La Escala Ansiedad-Estado consta de 20 ítems, mientras que la Escala Ansiedad-Rasgo consta de 20 ítems. La confiabilidad se obtuvo calculando el coeficiente alfa de Cronbach = 0.86 y el coeficiente omega de McDonald = 0.89. Así mismo, en la confiabilidad por mitades de Guttman encontraron valores entre 0.76 a 0.89. Se recoge la adaptación de Anicama et al. (2021).

2.5.2.2 Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan. Inicialmente fue creado como screening, con ausencia de evidencias de validez y fiabilidad. Es una escala auto aplicada que está compuesta por 45 ítems. Los tipos de distorsiones en el inventario son: Filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación de pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad, los deberías, falacia de razón y falacia de recompensa divina. Su discrepancia con la versión original de Ruiz y Luján, señala la necesidad de renombrar los factores e ir hacia una nueva estructura interna del IPA, la misma que revela valores aceptables entre .76 a .91 (Gamarra y Vela, 2020).

2.5.2.3 Inventario de Personalidad Eysenck, forma B (EPI). Inventario creado por Hans Jürgen Eysenck y su esposa Sybil B. Eysenck, está constituido por 57 ítems cuyas respuestas son dicotómicas (verdadero o falso), con el propósito de medir los niveles de neuroticismo (estabilidad- inestabilidad) (N) introversión- extroversión (E) y psicoticismo, dimensiones de personalidad flemático, melancólico, sanguíneo, colérico. Tiene una aplicación individual y colectiva y fue adaptada en 1974 con baremos en Perú por Anicama (citado en Estupiñán, 2020). Se halló una validez del 93,6% y su confiabilidad test retest presenta los siguientes resultados de coeficiente de correlación E= 0,68; N=0,71 y L= 0,61 demostrando su confiabilidad.

2.5.3 Evaluación psicológica

Historia psicológica

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos: Lisbeth S.G.
- Edad: 31.
- Lugar y fecha de nacimiento: Pueblo Libre, 10/02/1992.
- Grado de instrucción: Superior técnica completa.
- Ocupación: Diseñadora gráfica.
- Residencia: Magdalena del Mar.
- Estado civil: Soltera.
- Derivado por : Médico psiquiatra.
- Informante: Paciente.
- Fechas de evaluación: 14/03/2023; 29/03/2023; 17/04/2023; 29/04/2023.
- Lugar de entrevista : Servicio de Consulta Externa - Adultos, Hospital Víctor Larco Herrera.
- Psicólogo: Ps. Henry Jonathan Amaro Berrios.

Observación psicológica

Paciente de sexo femenino, de biotipo leptosómico, de aproximadamente 50 kilos, 1.60 mt. de estatura, tez trigueña, cabellos lacios, higiene y aliño conservados, viste acorde a la estación y aparenta su edad cronológica. Presenta uso de aparato de ortodoncia en piezas dentales. Durante la entrevista inicial presentó una actitud con respuestas de inquietud y ansiedad al contar sus problemas. Con el transcurrir de las sesiones iniciales, se mostró progresivamente colaboradora. El proceso de empatía se fue generando de forma gradual, puesto que fue derivada de psiquiatría para continuar tratamiento con psicología.

Examinada despierta, lúcida, orientada en persona, tiempo y espacio. Mantiene el foco de atención durante las sesiones, presenta un lenguaje fluido, por momentos con parcial incremento en la velocidad de producción, comprensible, discurso coherente y con tono de voz medio. Presenta un pensamiento coherente con contenidos relacionados con distorsiones cognitivas. Impresiona pensamiento abstracto. Su estado de ánimo evidencia preocupación y miedo al hablar de sus síntomas. Posee parcial comprensión del problema.

Motivo de Consulta

Paciente refiere: “Tengo problemas para hablar con la gente. Cuando voy al trabajo o cuando hago alguna gestión me pongo muy nerviosa, tengo miedo y trato de pasar inadvertida. Doy mi opinión, pero siento vergüenza de lo que estoy diciendo y de estar diciendo algo mal o muy rápido. Este problema se ha ido incrementando y empiezo trato de ya no estar con la gente. Cuando estoy nerviosa, prefiero quedarme callada, si me ven, me pongo más nerviosa prefiero salir de donde esté”.

Problema actual

Lisbeth de 31 años, experimenta ansiedad (9/10), miedo (8/10) y vergüenza (8/10) cuando interactúa con la gente en el trabajo. Así mismo, presenta sudoración en la palma de las manos, ruborización, respiración acelerada, taquicardia y sensación de ahogo, debido a pensamientos tales como: “soy una tonta por no ser capaz de hablar frente a ellos, siempre me pongo nerviosa”, generando aumento en sus respuestas fisiológicas. Esto se genera aproximadamente 5 veces el mismo día de la reunión y 3 veces cada quince día. Producto de ello, baja la cabeza para tratar de controlarse, evitar mirar a sus compañeros, evita dar su opinión en las reuniones de equipo y sale de la sala de reuniones rápidamente. Lisbeth señala que este problema va aumentando en cada reunión, por ello, en los últimos meses pidió a su única amiga en la oficina que esté a su lado en las reuniones, hecho que la tranquiliza.

Cuando Lisbeth debe presentar los avances de su trabajo frente a los compañeros de la oficina y jefe, piensa: “Es muy difícil hacer esto cada semana”. Experimenta miedo (8/10), vergüenza (9/10) y ansiedad (9/10). En este momento, comienza a experimentar sudoración en el rostro, palma de las manos y axilas, ruborización, respiración acelerada y dolor estomacal (dolor estomacal intenso). Durante este momento surgen pensamientos: “ellos saben que a mí me pasa algo malo, que soy una inútil, seguro piensan que soy una tonta porque no hablo”. Entonces, cuando termina la reunión, sale del ambiente por la puerta posterior mirando hacia el suelo y evitando mirar a sus compañeros y jefe, después, camina hacia el baño para evacuar y mojarse la cara, luego llama a su amiga por WhatsApp para que le lleve agua y la acompañe, lo cual la logra tranquilizar y la hace sentirse mejor.

Además, cuando la paciente necesita tramitar una cita en el hospital y necesita pasar por triaje antes de entrar al consultorio, siente vergüenza (9/10), miedo (7/10) y ansiedad (7/10). A continuación, experimenta temblor en las manos, tensión muscular, sudoración en la palma de las manos, ruborización, respiración acelerada, taquicardia y dolor estomacal y piensa: “me da vergüenza que las técnicas me vean temblar porque soy una persona nerviosa y no puedo soportar un mal mostrarme así frente a ellas porque si me ven nerviosa van a pensar que estoy enferma”. Por tal motivo, evita las miradas de las personas del hospital y empieza a escribir por WhatsApp a su amiga o su hermana para que se tranquilice. Luego, sale de traje e ingresa al fondo de la sala de espera mientras llama por celular a su amiga o hermana. “Ellas saben que cuando me pongo mal puedo llamarlas”.

Las veces que necesita realizar gestiones para obtener su Formato Único de Atención (FUA) y debe hablar con el encargado piensa: “Porqué debo hacer lo mismo cada vez que vengo y Es muy incómodo las veces que me toca hacer cola”. Luego siente vergüenza (9/10), miedo (7/10) y ansiedad (7/10) por tener que preguntar y dar sus datos. Experimenta sudoración en la palma de las manos, axilas y rostro, además de ruborización, respiración acelerada,

taquicardia y dolor estomacal. Durante ese momento piensa: “la gente siempre se da cuenta que soy nerviosa y siempre me trabo cuando tengo que pedir esta hoja”, aumentando sus respuestas fisiológicas. Luego evita la mirada del señor y sale de la oficina y sale de la oficina e ingresa al fondo de la sala de espera mientras llama por celular a su amiga o hermana, pensando “es bueno contar siempre con ellas”.

Generalmente cuando Lisbeth sale una vez a la semana con gente de su oficina por pauta del jefe, piensa que es algo que debe hacer para evitar problemas en su trabajo y no parecer muy rara experimenta miedo (7/10), vergüenza (8/10) y ansiedad (9/10), experimentando sudoración en el rostro, palma de las manos y axilas, ruborización, respiración acelerada, taquicardia y dolor estomacal. En estos momentos piensa: “algo malo siempre me pasa cuando salimos en grupo porque me pongo ansiosa”. En esos momentos, ingresa con rapidez para evitar estar en un lado de la mesa donde tenga que hablar mucho y busca estar cerca de su amiga para sentirse más tranquila y segura.

Cuando Liseth va a otra área de su trabajo para reunirse con otros equipos de trabajo con el que 2 veces al mes debe trabajar piensa en porqué el jefe tiene que pedirle a ella y no a otros esa labor. Siente vergüenza (9/10), miedo (8/10), ansiedad (8/10), experimentando sudoración en manos, axilas y rostro, ruborización. respiración acelerada taquicardia y dolor estomacal y piensa: “me voy a poner nerviosa cuando haga tengo que coordinar con ellos, me voy a trabar hablando rápido”. Por ello, evita esas reuniones presenciales bajo alguna excusa y suele hacer las coordinaciones vía Google Meet a cámara apagada. Cuando los compañeros del otro equipo de trabajo aceptan se siente más tranquila y aliviada.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 7 años experimentó temor cuando su hermana la asustaba cuando se ponía el sombrero de su abuela y la imitaba. Como respuesta, empezó a evitar las visitas a casa de su

abuela y lloraba si esta alzaba el tono de voz para llamarle la atención por alguna travesura. Señala que progresivamente fue evitando estar en presencia de ella cuando podía.

A la edad de 12 años, recuerda dificultad para establecer relaciones interpersonales con sus pares en el colegio. Tuvo dificultades para hacer 2 amigas. Percibía que no encajaba en los grupos grandes porque experimentaba temor por no hacer amigos dado que venía de otro colegio y por no saber de qué temas tratar.

A la edad de 14 años, empieza a tener más frecuencia en sus actividades sociales. Sin embargo, empieza a tener más restricciones por parte de sus padres porque recuerda que tuvo una prima que tuvo un problema de acosos sexual por parte de un chofer de mototaxi. No recuerda muy bien los detalles. Desde ese entonces, sus padres fueron más restrictivos y solían decirle que tenga cuidado cuando salía o volvía del colegio. Este comportamiento de los padres le generaba molestia.

A la edad de 15 años, durante el 5º año de secundaria tuvo dificultades con 2 profesores durante algunas exposiciones en clase. Refiere que experimentaba parcial temor a que el profesor le llame la atención por presentar un mal trabajo. Tuvo observaciones y percibió que el tono de voz era de llamado de atención. La vergüenza se acentuó cuando los compañeros de clase se reían de ella. Ello la llevó a pensar acerca de su incapacidad para exponer. Luego el problema empezó a generalizarse a otros cursos. Empezó a tener pensamientos relacionados al temor de decir no dar una buena impresión a los profesores y a sentirse incapaz de soportar la presión con los compañeros observándola y tener que expresar sus ideas a modo de exposición u otra intervención de forma oral. Aproximadamente al término del año, recuerda que evitaba exponer en clases, aunque ello le generará dificultades en sus calificaciones. Los problemas se fueron incrementando cuando notaba que había aumento de sudoración, temblor en sus manos y pensaba que sus compañeros la iban a criticar. Generalmente utilizaba excusas para faltar a clases o procuraba salir al baño o participar en alguna otra actividad para evadir la exposición.

Cuando debía exponer, refiere que se enfocaba mucho en las cosas que los profesores pensarían sobre su desempeño y en lo que sus demás compañeros sentirían. Además, los compañeros que la antecedían en el orden de la lista tenían buenas aptitudes a nivel de exposición y por lo que pensaba que no podría competir con ellos.

A la edad de 19 años, abandona sus intentos de postulación a una universidad dado que experimentaba excesos de respuestas fisiológicas producto de la ansiedad durante los simulacros en las academias y en los exámenes de admisión. Este hecho la lleva a tener conductas evitativas frente a la familia extensa dado que pensaba que no era suficiente comparándose con primas con edades similares que ya empezaban estudios universitarios. Recuerda que empezaba a cuestionar sus habilidades y no comprendía porqué podía estudiar y resolver los problemas en la biblioteca y no lograba tener buen desempeño cuando los profesores eran exigentes. Le costaba expresar sus ideas y se siente cuestionada por ellos.

A la edad de 20 años comienza sus estudios en el Instituto San Ignacio de Loyola la carrera de diseño gráfico. Comienza con motivación por la temática. Durante las clases empieza a notar las dificultades que tenía al realizar trabajos en grupos. Percibía que le costaba dar opiniones a sus compañeros, los cuales, bajo su percepción, tenían mejor posición económica. Logra mantener notas estables bajo exceso de estrés ya que solía acumularse de trabajos y asumir más responsabilidades cuando sus compañeros le pedía que haga más trabajo que el acordado. Este patrón solía repetirse dado que prefería mantener sus deberes con un mismo grupo base. Pensaba que no podría funcionar bien en otros grupos, aún a costa de la sobre exigencia académica.

A la edad de 24 años reconoce dificultades cuando tenía prácticas profesionales. Percibía el temor de ser evaluada y juzgada por las personas de su entorno y asumía más responsabilidades con la finalidad de no ser reprendida. Luego de 6 meses aproximadamente tuvo un desmayo en el trabajo. Señala que se sentía con exceso de carga laboral, presentaba

dificultades para concentrarse y empezaba a tener bloqueos en sus actividades. Cuando esto sucedía sentía que sudaba y dejaba húmedo el teclado y el mouse de la computadora. Cuando tuvo el desmayo, previamente recuerda haber sido presionada por el coordinador del área a quien le tenía temor por cómo trataba a los practicantes.

A la edad de 26 años tenía un desempeño medianamente estable en una empresa en la cual tenía contacto social disminuido. Renuncia al trabajo a los 28 años luego de un cambio en la jefatura y la sobreexigencia laboral. A los 3 meses aproximadamente de dicho cambio, empieza a tener exceso de ansiedad, vergüenza y miedo por no poder cumplir sus exigencias. Empieza a tener falta al trabajo por temor a tener que enfrentar la falta de avances en el trabajo dado que no lograba concentrarse y tenía excesos de preocupación por los síntomas como el exceso de sudoración y la aceleración en los latidos de su corazón. Los padres deciden llevarla a consulta en un Hospital de la Solidaridad. Recibe un diagnóstico de ansiedad no especificada y un tratamiento farmacológico con Zatrix de 0.25 mg. Tuvo un tratamiento oscilante de 6 meses aproximadamente hasta iniciada la pandemia de la COVID 19. Durante este periodo suspende el tratamiento y tiene labores freelance en casa.

A la edad de 29 años ingresa a una empresa en la que percibe mejor clima laboral. Sin embargo, necesita interactuar más con los compañeros de la oficina presencialmente. Las conductas problema se mantienen y aumentan a través de las cogniciones desajustadas que se focalizan sobre las respuestas fisiológicas activadas luego de presentados los estímulos aversivos como las relaciones con personas de autoridad y labores con equipos de trabajo. Estas respuestas disminuyen al evitar los estímulos detectados como peligrosos a través de estímulos que mantienen y aumentan el problema.

Historia personal

Desarrollo inicial

La evaluada refiere poca información relativa a su infancia. Fue planificada por sus padres. Niega alguna alteración a considerar.

Actitudes de la familia

Lisbeth recibió una crianza con ambos padres. Estos empezaron a tener mayor control aprensivo a partir de la adolescencia. Padre con mayor autoridad y restrictivo. Madre con conductas ambivalentes entre permisiva y restrictiva. A los 16 años percibe menos trato con su madre dado que los padres se separan. Lisbeth se queda con su hermana y padre en casa. La madre vive próxima a la vivienda con otra pareja.

Educación

Lisbeth refiere haber sido un estudiante con rendimiento promedio alto. Comenzó a experimentar parcial mengua en su rendimiento escolar a mediados del 4º año de secundaria, cuando empieza a experimentar dificultades en las exposiciones en clase, siendo esto una conducta que progresivamente fueron deteriorando sus calificaciones. Para paliar las dificultades en las exposiciones o intervenciones orales opta por presentar trabajos individuales por escrito con mayor cuidado y dedicación. De ese modo pudo sopesar sus calificaciones. Luego de postular a ciencias de la comunicación en universidades públicas y no poder ingresar, opta por estudios en un instituto los cuales son concluidos. Presentó problemas de adaptación principalmente en la secundaria y en menor intensidad durante los estudios en el instituto. Sus calificaciones estuvieron en promedio alto, a excepción de la secundaria en la que se halló en el promedio bajo.

Historia Familiar

Datos familiares

Pablo de 66 años, padre de paciente, con instrucción técnica completa (mecánica) y actualmente jubilado.

Lisbeth de 60 año, madre de paciente, con instrucción superior técnica incompleta

(secretariado), actualmente ama de casa.

Pamela de 37 años, hermana de paciente, con instrucción superior universitaria (contadora).

Relaciones familiares:

Lisbeth es hija de padres separados y la segunda de dos hermanas. Vive con su papá y hermana. Frecuenta quincenalmente a su madre aproximadamente. Niega dificultades en el trato con sus padres. Sin embargo, menciona que su padre es más restrictivo en relación a hora de llegada a casa y la recrimina cuando puede salir con alguna amiga. Hay presencia de cogniciones disfuncionales que repercuten en los problemas: “Él siempre quiere que llegue a la hora y me siento de lo peor cuando tengo que quedarme en casa y podía salir”. El trato con Pamela es cordial.

Antecedentes familiares

La madre tiene un diagnóstico de bipolaridad reciente y cuenta con tratamiento psicológico y psiquiátrico en un centro de salud mental comunitario. La paciente recuerda que luego de la separación, aparentemente su madre estaba deprimida, aunque no puede precisar si fue diagnosticada. También señala que ambos padres son aprehensivos en el trato y cuidado hacia ambas hijas. Desconoce si su padre presentó algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico. Este presenta rechazo hacia las atenciones que Lisbeth recibe. Si bien logra tolerar la atención psicológica, presentó más quejas respecto al tratamiento farmacológico.

Repertorio de Entrada

Tabla 1

Registro de conductas motoras: frecuencia durante 2 semanas (pre test)

Frecuencia de conductas motoras

Conductas	Semana	L	M	M	J	V	S	D	Total
		1	3	2	3	2	2	0	13
Bajar la cabeza para tratar de controlarse.		2	2	2	1	1	1	0	8
		1	5	3	3	4	2	0	17
Evitar mirar a sus compañeros.		2	5	2	2	1	2	0	12
		1	3	3	3	2	2	0	13
Evita dar su opinión en las reuniones de equipo.		2	2	3	2	1	2	0	10
		1	2	1	1	1	1	0	6
Salir de la sala de reuniones rápidamente.		2	1	1	1	1	1	0	5
		1	0	7	0	0	0	0	7
Evita las miradas de las personas del hospital.		2	0	0	0	0	0	5	5
		1	3	1	1	0	2	0	7
Escribir por WhatsApp a su amiga o su hermana		2	2	1	1	0	1	0	5
para que se tranquilice.		1	0	5	0	0	0	0	5
Evita la mirada del señor (del SIS) y salir de la		2	0	0	0	0	0	4	4
oficina		1	3	2	3	1	1	0	10

Ingresar con rapidez para evitar estar en un lado de la mesa donde tenga que hablar mucho.	2	1	1	2	1	0	0	0	5
Evitar esas reuniones presenciales bajo alguna excusa y hacer las coordinaciones vía Meet a cámara apagada.	1	1	0	0	0	0	1	0	2

Tabla 2*Registro de conductas cognitivas: frecuencia durante 2 semanas (pre test)*

Frecuencia de conductas cognitivas									
Pensamientos	Semana	L	M	M	J	V	S	D	Total
Soy una tonta por no ser capaz de hablar frente a ellos	1	5	2	5	4	5	0	0	21
	2	3	2	2	4	2	1	1	16
Siempre me pongo nerviosa	1	4	2	4	3	3	2	2	20
	2	4	3	3	2	3	1	2	18
Ellos saben que a mí me pasa algo malo, que soy una inútil.	1	4	1	3	3	2	2	2	17
	2	4	2	2	3	2	1	2	16
Seguro piensan que soy una tonta	1	5	1	3	4	2	2	2	19
	2	4	2	2	3	2	1	2	16

	1	10	2	6	2	3	1	5	29
Soy una persona nerviosa	2	8	2	5	1	3	0	2	21
	1	5	2	3	1	5	2	2	20
No puedo soportar un mal momento frente a la gente	2	4	1	2	2	4	1	1	15
	1	0	5	0	0	0	0	0	5
Si me ven nerviosa van a pensar que estoy enferma	2	0	0	0	0	0	6	0	6
	1	5	2	6	2	3	0	1	19
La gente siempre se da cuenta que soy nerviosa	2	5	2	4	2	3	0	2	18
	1	0	4	0	0	0	0	0	4
Siempre me trabo cuando tengo que pedir esta hoja (FUA)	2	0	0	0	0	0	4	0	4
	1	6	2	6	2	3	1	1	21
Me voy a equivocar porque siempre me pongo muy nerviosa	2	6	1	5	1	3	0	2	18
	1	6	4	3	3	3	2	3	24
Me voy a poner nerviosa cuando tenga que coordinar con ellos	2	5	3	3	3	2	1	1	18

Tabla 3

Registro de conductas cognitivas: promedio de respuesta emocional durante 2 semanas (pre test)

Intensidad de conductas emocionales

Ansiedad (1-10)	Semana	L	M	M	J	V	S	D	Promedio
Ansiedad cuando piensa: Soy una tonta por no ser capaz de hablar frente a ellos.	1	8	4	8	6	8	4	6	6.3
	2	7	4	3	7	3	3	6	4.8
Ansiedad cuando piensa: Siempre me pongo nerviosa.	1	8	4	8	7	8	4	6	6.4
	2	8	4	3	7	3	3	6	4.9
Ansiedad cuando piensa: Ellos saben que a mí me pasa algo malo, que soy una inútil.	1	9	5	8	8	3	3	7	6.1
	2	8	5	7	6	5	3	7	5.9
Ansiedad cuando piensa: Seguro piensan que soy una tonta.	1	8	4	7	8	3	3	7	5.7
	2	7	4	6	6	5	3	6	5.2
Ansiedad cuando piensa: Soy una persona nerviosa.	1	9	9	6	5	6	3	6	6.2
	2	9	3	7	5	8	9	6	6.7
Ansiedad cuando piensa: No puedo soportar un mal momento frente a la gente.	1	9	9	7	5	7	7	1	6.4
	2	8	5	6	7	8	3	1	5.4
Ansiedad cuando piensa: Si me ven nerviosa van a pensar que estoy enferma.	1	8	9	6	5	6	3	4	5.9
	2	8	3	7	5	8	9	4	6.3

Ansiedad cuando piensa: La gente siempre se da cuenta que soy nerviosa.	1	7	7	6	6	6	6	7	6.4
	2	7	7	7	7	7	7	7	7
Ansiedad cuando piensa: Siempre me trabo cuando tengo que pedir esta hoja (FUA).	1	5	7	3	1	1	1	1	2.7
	2	1	1	1	1	5	7	1	2.4
Ansiedad cuando piensa: Me voy a equivocar porque siempre me pongo muy nerviosa.	1	3	7	1	1	1	1	1	2.1
	2	1	1	1	1	3	7	1	2.1
Ansiedad cuando piensa: Me voy a poner nerviosa cuando tenga que coordinar con ellos.	1	8	4	8	8	8	3	6	6.4
	2	8	4	3	7	3	3	6	4.9

Evaluación psicométrica

Informe psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Datos de filiación

- Apellidos y Nombres : Lisbeth G.S
- Edad : 31 años
- Fecha de evaluación : 29/03/2023.
- Psicólogo : Ps. Henry Jonathan Amaro Berrios
- Fecha del Informe : 11/05/2023

Motivo de evaluación

- Perfil psicológico

Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Resultados

En la escala de Extraversión obtuvo un puntaje directo de 2 y un puntaje percentilar de 5 (Introversión). En la escala de Neuroticismo obtuvo un puntaje directo de 12 y un puntaje percentilar de 75 (Neuroticismo). En la escala de Psicoticismo obtuvo un puntaje directo de 3 y un puntaje percentilar de 35 (Tendencia al ajuste conductual). La prueba es válida al tener un puntaje directo de 5 y un puntaje percentilar de 35.

Interpretación

Lisbeth, presenta características de personalidad de tipo introvertida. Evidencia conductas de retraimiento. Tiende a la planificación de sus actividades antes de realizarlas. Presenta ideas de inseguridad, muestra vulnerabilidad hacia los estímulos externos y tiene rápido condicionamiento. Presenta tendencia a la evitación conductual.

A nivel interpersonal, presenta dificultades para relacionarse con las personas de su medio, tendencia a la inhibición y a mostrar respuestas ansiosas cuando se encuentra en situaciones sociales, generando temor en cómo relacionarse con la mayoría de las personas, especialmente aquellas que tienen una connotación de autoridad. En dichas situaciones, tiende a bloquearse y a presentar rápida activación fisiológica, evitando los lugares y las personas.

Sus niveles de ansiedad se incrementan con facilidad debido a que la actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil. Es decir, biológicamente presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad, evidenciando con frecuencia tensión, indecisión e inquietud.

Procura ajustarse a las reglas sociales y familiares. Sin embargo, puede presentar dificultades en el trato con algunas personas, especialmente las representadas como autoridad y posee una tendencia a fantasear acerca de cómo quisiera comportarse socialmente.

Conclusiones

- Características de personalidad introvertida.
- Neuroticismo con sistema nervioso central lábil.
- Ajuste a reglas sociales y familiares con tendencia a la fantasía.

Recomendaciones

- Psicoterapia individual.

Informe psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos

Datos de filiación

- Apellidos y Nombres : Lisbeth G.S
- Edad : 31 años
- Fecha de evaluación : 29/03/2023.
- Psicólogo : Ps. Henry Jonathan Amaro Berrios
- Fecha del Informe : 11/05/2023

Motivo de evaluación

- Perfil psicológico

Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica.
- Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991)

Resultados

Los principales pensamientos automáticos según su grado de afectación y distorsión son los siguientes:

- Filtraje: 7
- Pensamiento polarizado: 2
- Sobregeneralización: 6
- Interpretación del pensamiento: 4

- Visión catastrófica: 3
- Personalización: 6
- Falacia de control: 5
- Falacia de justicia: 1
- Razonamiento emocional: 5
- Falacia de cambio: 4
- Etiquetas globales 5
- Culpabilidad: 0
- Los debería: 5
- Falacia de razón: 1
- Falacia de recompensa divina: 3

Interpretación

Se observa que la examinada interpreta las situaciones con un punto de vista selectivo desfavorable, enfocándose y amplificando sobre los desaciertos de sí misma, es decir defectos y errores. Así mismo, tiende a relacionar hechos de su entorno consigo misma, sacando conclusiones generales a partir de hechos particulares, los cuales no tienen una base suficiente. Así mismo, existe parcial necesidad de control de las situaciones, un exceso de valoración de las situaciones en función a sus desajustes emocionales y una tendencia a categorizar las situaciones con una visión estereotipada e inflexible. En general, la discriminación de los eventos negativos produce respuestas fisiológicas, las cuales generan más pensamientos orientados a percibir las situaciones con mayor desajuste.

Conclusiones

La examinada presenta principalmente las siguientes distorsiones cognitivas:

- Filtraje.
- Sobregeneralización.

- Personalización

Recomendaciones

- Terapia psicológica con énfasis en entrenamiento en reestructuración cognitiva.

Informe psicológico del IDARE

Datos de filiación

- Apellidos y Nombres : Lisbeth G.S
- Edad : 31 años
- Fecha de evaluación : 17/04/2023.
- Psicólogo : Ps. Henry Jonathan Amaro Berrios
- Fecha del Informe : 11/05/2023

Motivo de evaluación

- Perfil psicológico.

Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica.
- Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (IDARE).

Resultados

- Ansiedad Estado: 52, Categoría alta.
- Ansiedad Rasgo: 42, Categoría media.

Interpretación

La ansiedad como estado se presenta como tendencia al promedio y la ansiedad como rasgo se presenta en la categoría baja.

Conclusiones

- La examinada presenta síntomas relacionados con la Ansiedad Estado en una Categoría Alta y Ansiedad Rasgo en una Categoría Media.

Recomendaciones

- Psicoterapia individual para Ansiedad Estado actual.

Informe psicológico integrado

Datos de filiación

- Nombre y Apellidos: Lisbeth S.G.
- Edad: 31
- Lugar y fecha de nacimiento: Pueblo Libre, 10/02/1992
- Grado de instrucción: Superior técnica completa
- Ocupación: Diseñadora gráfica.
- Residencia: Magdalena del Mar.
- Estado civil: Soltera.
- Derivado por : Médico psiquiatra
- Fecha de entrevista : 14/03/2023; 29/03/2023; 17/04/2023; 29/04/2023.
- Lugar de entrevista : Servicio de Consulta Externa, Hospital Víctor Larco Herrera.
- Psicólogo: Ps. Henry Jonathan Amaro Berrios
- Fecha del Informe: 11/05/2023

Motivo de evaluación

- Perfil psicológico

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista Psicológica
- Observación de conducta.
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck.
- Inventario de Pensamientos Automáticos.
- Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo – IDARE

Resultados

- Personalidad de tipo introvertida, con presencia de un sistema nervioso central lábil, buen ajuste a reglas sociales - familiares y tendencia a la fantasía.
- Pensamientos automáticos con alto grado de distorsión: Filtraje, sobregeneralización, y personalización.
- La examinada presenta síntomas relacionados con la Ansiedad Estado en una Categoría Alta y Ansiedad Rasgo en una Categoría Media.

Interpretación

A nivel de personalidad, Lisbeth, presenta características de personalidad de tipo introvertida. Evidencia conductas de retraimiento, ideas de inseguridad, dificultades en el afrontamiento en situaciones sociales, especialmente en aquellas con una connotación de autoridad. Presenta rápido condicionamiento, un sistema nervioso central lábil, siendo sensible al estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad, evidenciando con frecuencia tensión, indecisión e inquietud.

A nivel cognitivo, se observa facilidad para la interpretación selectiva desfavorable, enfocándose sobre sus desaciertos, tiende a relacionar hechos de su entorno consigo misma, sacando conclusiones generales a partir de hechos particulares cuando experimenta tensión. En general, la discriminación de los eventos interpretados como negativos, le generan aumento de respuestas disfuncionales y mayor desajuste conductual.

A nivel de Ansiedad Estado, se encuentra actualmente en una Categoría Alta. Sin embargo, a nivel de Ansiedad Rasgo, evidencia una Categoría Media.

Presunción diagnóstica

- Ansiedad social

Diagnóstico Funcional

Problema: La ansiedad social en la paciente se entiende como un comportamiento que se manifiesta a través de estimaciones que la paciente interpreta cuando experimenta ansiedad, miedo y vergüenza al escrutinio de las personas en algunos espacios sociales principalmente el trabajo y cuando tiene sus consultas en salud. Ello se expresa a través de diferentes conductas presentadas en exceso:

Conductas motoras

- Exceso en la ansiedad social manifestado por
- Bajar la cabeza para tratar de controlarse.
- Evitar mirar a sus compañeros.
- Evita dar su opinión en las reuniones de equipo.
- Sale de la sala de reuniones rápidamente.
- Salir del ambiente por la puerta posterior mirando hacia el suelo y evitando mirar a sus compañeros y jefe.
- Evita las miradas de las personas del hospital.
- Evita la mirada del señor y sale de la oficina.
- Evita la mirada del señor y sale de la oficina (del SIS).
- Ingresar con rapidez para evitar estar en un lado de la mesa donde tenga que hablar mucho.
- Evitar esas reuniones presenciales bajo alguna excusa y suele hacer las coordinaciones vía Meet a cámara apagada.

Conductas cognitivas.

- Soy una tonta por no ser capaz de hablar frente a ellos.
- Siempre me pongo nerviosa.
- Ellos saben que a mí me pasa algo malo, que soy una inútil.
- Seguro piensan que soy una tonta.
- Soy una persona nerviosa.

- No puedo soportar un mal mostrarme así frente a ellas.
- Si me ven nerviosa van a pensar que estoy enferma.
- La gente siempre se da cuenta que soy nerviosa.
- Siempre me trabo cuando tengo que pedir esta hoja (FUA).
- El señor se va dar cuenta que me pongo ansiosa.
- Me voy a equivocar porque siempre me pongo muy nerviosa.
- Me voy a poner nerviosa cuando tenga que coordinar con ellos.
- Me voy a trabar hablando rápido.

Conductas fisiológicas

- Sudoración en el rostro, palma de las manos y axilas.
- Ruborización.
- Respiración acelerada.
- Taquicardia y sensación de ahogo
- Dolor estomacal /dolor estomacal intenso.

Conductas emocionales

- Ansiedad
- Miedo
- Vergüenza

Análisis funcional de la conducta

Análisis funcional de la ansiedad social en Lisbeth

1. Estímulos Discriminativos

Externo

- Cuando debe reunirse con su equipo.
- Reunirse 3 veces en promedio.
- Interactuar con gente del trabajo.

- Presentar los avances de su trabajo frente a los compañeros de la oficina y jefe,
- Cuando va tramitar una cita en el hospital y necesita pasar por triaje antes de entrar al consultorio.
- Cuando va hacer gestiones en la oficina del seguro (SIS).
- Cuando Lisbeth sale una vez a la semana con gente de su oficina por pauta del jefe
- Ir a otra área de su trabajo para reunirse con un equipo con el que 2 veces al mes debe trabajar.

Interno (Cognición)

- No me gusta estas reuniones.
- Es muy difícil hacer esto cada semana.
- Me da vergüenza que las técnicas me vean temblar (a triaje).
- Porqué debo hacer lo mismo cada vez que vengo.
- Es muy incómodo las veces que me toca hacer cola.
- Es algo que debe hacer para evitar problemas en su trabajo y no parecer muy rara.
- Porqué el jefe tiene que pedirle a ella y no a otros esa labor.

1. Variables organísmicas (Organizar)

Variables biológicas:

- Del pasado: Vulnerabilidad biológica debido a tener un sistema nervioso central lábil que la predispone a generar respuestas de estrés.
- Del presente: Antecedentes de tratamiento farmacológico (benzodiazepina).

Condiciones ambientales históricas responsables de aprendizaje y constitución de la personalidad:

- Historia de aprendizaje: Presencia de un repertorio conductual relacionado con episodios de estrés, temor, miedo y ansiedad en relaciones interpersonales y al escrutinio por personas de autoridad.

- Personalidad introvertida, retraída, insegura y vulnerable a estímulos externos con rápido condicionamiento.
- Proclive al aumento de respuestas de ansiedad.
- Ansiedad estado en una categoría alta.

Variables cognitivas

- Prevalencia de distorsiones cognitivas: Pensamiento catastrófico, filtraje, sobregeneralización y personalización.

2. Conducta problema

Motor:

- Bajar la cabeza para tratar de controlarse.
- Evitar mirar a sus compañeros.
- Evita dar su opinión en las reuniones de equipo.
- Sale de la sala de reuniones rápidamente.
- Salir del ambiente por la puerta posterior mirando hacia el suelo y evitando mirar a sus compañeros y jefe.
- Evita las miradas de las personas del hospital.
- Evita la mirada del señor y sale de la oficina (del SIS).
- Ingresar con rapidez para evitar estar en un lado de la mesa donde tenga que hablar mucho.
- Evitar esas reuniones presenciales bajo alguna excusa y suele hacer las coordinaciones vía Meet a cámara apagada.

Cogniciones:

- Soy una tonta por no ser capaz de hablar frente a ellos.
- Siempre me pongo nerviosa.
- Ellos saben que a mí me pasa algo malo, que soy una inútil.
- Seguro piensan que soy una tonta.

- Soy una persona nerviosa.
- No puedo soportar un mal mostrarme así frente a ellas.
- Si me ven nerviosa van a pensar que estoy enferma.
- La gente siempre se da cuenta que soy nerviosa.
- Siempre me trabo cuando tengo que pedir esta hoja (FUA).
- El señor se va dar cuenta que me pongo ansiosa.
- Me voy a equivocar porque siempre me pongo muy nerviosa.
- Me voy a poner nerviosa cuando tenga que coordinar con ellos.
- Me voy a trabar hablando rápido.

Fisiológica:

- Sudoración en el rostro, palma de las manos y axilas.
- Ruborización.
- Respiración acelerada.
- Taquicardia y sensación de ahogo
- Dolor estomacal /dolor estomacal intenso.

Emoción:

- Ansiedad
- Miedo
- Vergüenza

Magnitud de la conducta

- Frecuencia: Diaria
- Intensidad: Variable (En SUDs, 7/10 min. – 9/10 máx.).
- Duración: Promedio 7 min.

3. Estímulos Reforzadores.

Externo.

- Pide a su única amiga en la oficina que esté a su lado en las reuniones, hecho que la tranquiliza.
- Camina hacia el baño para evacuar y mojarse la cara y llamar a su amiga por WhatsApp para que le lleve agua y la acompañe. lo cual la logra tranquilizar y la hace sentirse mejor.
- Camina hacia el baño para evacuar y mojarse la cara y llamar a su amiga por WhatsApp para que le lleve agua y la acompañe. hecho que la logra tranquilizar y le hace sentirse mejor.
- Salir de traje e ingresar al fondo de la sala de espera mientras llama por celular a su amiga o hermana.
- Escribir por WhatsApp a su amiga o su hermana para que se tranquilice.
- Salir de la oficina e ingresa al fondo de la sala de espera mientras llama por celular a su amiga o hermana.
- Busca estar cerca de su amiga para sentirse más tranquila y segura.
- Cuando los compañeros del otro equipo de trabajo aceptan se siente más tranquila y aliviada.

Interno

- Ellas saben que cuando me pongo mal puedo llamarlas.
- Es bueno contar siempre con ellas.

Análisis cognitivo de la ansiedad social en Lisbeth

Acontecimiento Activador (A)

- Cuando debe reunirse con su equipo.
- Reunirse 3 veces en promedio.
- Interactuar con gente del trabajo.
- Presentar los avances de su trabajo frente a los compañeros de la oficina y jefe.

- Cuando va tramitar una cita en el hospital y necesita pasar por triaje antes de entrar al consultorio.
- Cuando va hacer gestiones en la oficina del seguro (SIS).
- Cuando Lisbeth sale una vez a la semana con gente de su oficina por pauta del jefe.
- Ir a otra área de su trabajo para reunirse con otros equipos de trabajo con el que 2 veces al mes debe trabajar.

Sistema de Creencias (B)

- Soy una tonta por no ser capaz de hablar frente a ellos.
- Siempre me pongo nerviosa.
- Ellos saben que a mí me pasa algo malo, que soy una inútil.
- Seguro piensan que soy una tonta.
- Soy una persona nerviosa.
- No puedo soportar un mal mostrarme así frente a ellas.
- Si me ven nerviosa van a pensar que estoy enferma.
- La gente siempre se da cuenta que soy nerviosa.
- Siempre me trabo cuando tengo que pedir esta hoja (FUA).
- El señor se va dar cuenta que me pongo ansiosa.
- Me voy a equivocar porque siempre me pongo muy nerviosa.
- Me voy a poner nerviosa cuando tenga que coordinar con ellos.
- Me voy a trabar hablando rápido.

Consecuencia conductual (C)

- Ansiedad.
- Miedo.
- Vergüenza.
- Bajar la cabeza para tratar de controlarse.

- Evitar mirar a sus compañeros.
- Evita dar su opinión en las reuniones de equipo.
- Sale de la sala de reuniones rápidamente.
- Salir del ambiente por la puerta posterior mirando hacia el suelo y evitando mirar a sus compañeros y jefe.
- Evita las miradas de las personas del hospital.
- Evita la mirada del señor y sale de la oficina.
- Evita la mirada del señor y sale de la oficina (del SIS).
- Ingresar con rapidez para evitar estar en un lado de la mesa donde tenga que hablar mucho.
- Evitar esas reuniones presenciales bajo alguna excusa y suele hacer las coordinaciones vía Meet a cámara apagada.

Diagnóstico tradicional

Según el DSM-5, el presente caso encuadraría como un trastorno de ansiedad social, codificado como 300.23 y en el CIE 10, como F40.10 (APA, 2023). A continuación, utilizaremos los criterios según DSM-5 para identificar los síntomas que la paciente del estudio presenta:

Tabla 4

Criterios comparativos según DSM-5 para la ansiedad social en la paciente

Criterios DSM-5	Presentes en la paciente
A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las	– Miedo, ansiedad y vergüenza cuando está en ambientes en los que necesita interactuar (trabajo, hospital, etc.). Especialmente en el trabajo, cuando

interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

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

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

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

debe hacer coordinaciones con su equipo de trabajo o estar presente en los trabajos de equipo semanales. Ocasionalmente las veces que necesitaba ir al hospital y hacer trámites.

– En los contextos disfuncionales, la paciente teme la valoración de las personas que, bajo su percepción, tienen autoridad

– En la mayoría de situaciones en las que interactúa hay presencia de miedo, ansiedad y vergüenza.

– En las interacciones sociales hay presencia de conductas de escape/huida.

-
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro
- En las situaciones sociales en las que no hay un peligro, presenta una interpretación catastrófica.
 - Las respuestas de ansiedad iniciaron en su etapa educativa y continuaron agudizándose al inicio de su periodo laboral.
 - Sus conductas desadaptadas, si bien no han generado aparentes problemas laborales, empieza a desarrollar limitaciones interpersonales, impidiéndole un desarrollo funcional en coordinaciones con su equipo de trabajo.
 - No presenta antecedentes recientes de consumos de fármacos que puedan alterar sus respuestas emocionales o consumo de sustancias psicoactivas
 - No presenta signos y/o síntomas asociados.
-

trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.
- No presenta signos y/o síntomas asociados.

Nota. Criterios diagnósticos del DSM-5 en relación con los síntomas asociados a la paciente.

Tomado del DSM-5, 5^a ed.

Recomendaciones

Iniciar un programa de TCC a fin de abordar el exceso de conductas que generan problemas, implementando un repertorio conductual funcional.

2.6. Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización.

El programa se desarrolló a lo largo de 19 sesiones, cada una con una duración en rango de 45 a 60 minutos de duración. La periodicidad fue en rango de 1 semana a 15 días. La aplicación del programa terapéutico tuvo una duración aproximada de 7 meses con una interrupción de 26 días aproximadamente entre julio y agosto (motivos familiares), añadiendo una sesión adicional para actualizar y retomar el proceso terapéutico. Las sesiones se dividieron entre la evaluación psicológica, contemplando la elaboración del problema actual, historia psicológica, desarrollo cronológico del problema, historia personal, elaboración de autorregistros, evaluación psicométrica, elaboración de la línea base y el diagnóstico

enmarcado en un informe psicológico, para finalmente proceder con la intervención. (ver anexo A).

2.6.2 Programa de intervención

A continuación, en la tabla 5 se detalla el esquema cómo se establecieron actividades y objetivos a desarrollar, las sesiones utilizadas y las técnicas utilizadas.

Tabla 5

Plan de tratamiento cognitivo conductual por sesiones

Fases de la intervención	Sesiones	Técnicas
		Motivo de consulta y problema actual
		Ánalisis funcional de la conducta
		Entrevista
Evaluación	1, 2, 3, 4 y 5	semiestructurada
		Psicoeducación introductoria
		Autorregistros para línea base
		Informe de resultados según informe psicológico

Modificar las distorsiones cognitivas mediante la reestructuración cognitiva	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11
Reducir la frecuencia de las conductas motoras de evitación mediante el entrenamiento en habilidades sociales	11, 12, 13, 14, 15 y 16
Tratamiento	Psicoeducación TCC y respuestas de ansiedad
Disminuir la ansiedad estado con la implementación de técnicas conductuales	Técnicas de relajación (respiración)
	Entrenamiento en técnicas de distracción
Disminuir los niveles de ansiedad desencadenados por pensamientos automáticos con la implementación de técnicas conductuales.	Técnicas de visualización
	Prevención de recaídas

2.7. Procedimiento

Para alcanzar el objetivo general: Disminuir el nivel de ansiedad social mediante un programa de terapia cognitivo conductual en una mujer adulta se establecieron 4 objetivos específicos detallados a continuación:

Para alcanzar el objetivo específico 1: Modificar las distorsiones cognitivas mediante restructuración cognitiva, se realizaron los siguientes pasos:

- Se inicia la psicoeducación a fin de explicar el concepto de pensamientos automáticos y su identificación, a fin de detectar las cogniciones (pensamientos son automáticos) que están manteniendo el problema (esquema cognitivo aprendido. A continuación, se le explicará al paciente la relación entre pensamiento – emoción – consecuencia y la identificación del sesgo atencional y cómo estos pensamientos se aprenden, se mantienen en el tiempo.
- Instruir en la elaboración de autorregistros a fin de identificar las situaciones (trabajo y hospital) en las que se generan dichos pensamientos, con qué emoción surgen y de qué modo interactúan a nivel conductual. Se le indica que la detección de los pensamientos automáticos es el primer paso para conseguir el control de la ansiedad.
- Luego que Lisbeth haya identificado los pensamientos automáticos negativos que produjeron un aumento en los niveles de ansiedad, se explica la relación entre pensamiento, emoción y consecuencia a través de la relación del ABC para luego reestructurar las distorsiones cognitivas y luego someterlas a debate.
- Contrastar las distorsiones cognitivas emitidas frente a las situaciones que le son percibidas como desadaptativas (conducta de escape del trabajo y hospital) frente a las evidencias lógicas para cada situación problemática a fin de identificar los errores cognitivos.
- Finalmente, cuando Lisbeth haya identificado las distorsiones cognitivas, se procede a detectar las creencias nucleares para reestructurar cognitivamente y comenzar a generalizar las nuevas cogniciones.

Para alcanzar el objetivo específico 2: Reducir la frecuencia de las conductas motoras de evitación mediante el entrenamiento en habilidades sociales, se realizaron los siguientes pasos:

- Psicoeducar a fin de explicar y determinar qué son las habilidades sociales y cómo su ejecución genera respuestas saludables.
- Se inicia por brindar instrucciones para hallar las motivaciones a favor y en contra para adquirir habilidades específicas identificadas.
- Elaboración de los principales puntos a abordar: Iniciar conversaciones, relección de temas para conversar, iniciar y cambiar temas de conversación, establecer conversaciones y aumento de compañerismo, habilidades asertivas, culminar una conversación.
- Se enseña la identificación del ambiente en el que se va desenvolver, especificando cómo, cuándo y dónde dar inicio y fin las interacciones que la paciente tiene en los contextos señalados.
- Evaluar la complejidad de las conductas a modelar cuando se halla frente a las personas en el trabajo y el hospital.
- Iniciar el modelado de la forma específica en la que necesita realizar la conducta aprendiendo aspectos verbales y no verbales de la interacción social planificada.
- Se realiza el ensayo de las conductas recientes de evitación a fin de modelar utilizando la técnica del role-playing en un entorno controlado, centrándose en las áreas identificadas con mayor problema ya vistos en el proceso de evaluación.
- Fijadas las nuevas conductas, se procede a realizar la retroalimentación luego de la realización de la conducta, resaltando los aciertos y debilidades en la actuación y cómo mejorar éstas últimas.

- Se procede a reforzar el incremento de conductas sociales hasta que sean fijadas. Posteriormente se va llevando el mantenimiento a través de un reforzamiento refuerzo positivo.
- Mantener y generalizar la conducta adquirida en el entrenamiento a diferentes contextos elegidos en sesión a fin de generalizar la conducta.

Para alcanzar el Objetivo específico 3: Disminuir los niveles de ansiedad desencadenados por pensamientos automáticos con la implementación de técnicas conductuales, se realizaron los siguientes pasos:

- Retomar psicoeducación brindada en relación a los principios básicos de la TCC, enfatizando la relación de pensamientos, emociones, acciones y cómo la ansiedad genera respuestas de adaptación/desadaptación y se mantiene a través del repertorio identificado de distorsiones cognitivas.
- Psicoeducación en relajación, específicamente en cómo la respiración ayuda en la capacidad de controlar y modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática. Se desarrolla progresivamente la inspiración abdominal, inspiración abdominal y ventral, inspiración abdominal, ventral y pectoral, espiración, ritmo inspiración-espiración y sobregeneralización.
- Entrenar en la detección de síntomas, valoración escala de unidades subjetivas de ansiedad SUDs y entrenamiento en autorregistros asociados a relacionar la ansiedad cuando emite los pensamientos automáticos ya identificados en el proceso de evaluación.
- Ejercicios de visualización para exponer a situaciones estresantes. Práctica en sesiones con alto estímulo emocional.

- Aplicación de relajación con ejercicios de respiración orientados a reducir la emisión de las distorsiones cognitivas.
- La visualización también se empleará con el uso de la imaginación para ayudar con el aumento de la motivación al crear escenas futuras de afrontamiento funcional.
- Instrucción en distracción para la de forma complementaria a la técnica de respiración diafragmática para focalizar la atención hacia otros estímulos. Se entrenan variantes de distracción como la externalización simple, los ejercicios mentales y las actividades absorbentes para ser empleadas en diferentes contextos.
- Para cada sesión se establecen tareas para la casa y se verifica aplicación de las técnicas para evaluar progreso.

Para alcanzar el Objetivo específico 4: Disminuir la ansiedad estado con la implementación de técnicas conductuales, se realizaron los siguientes pasos:

- Al igual que el abordaje del objetivo específico 3, se utiliza el mismo proceso de psicoeducación brindada en relación a los principios básicos de la TCC, enfatizando la relación de pensamientos, emociones, acciones y cómo la ansiedad actual genera respuestas de adaptación/desadaptación.
- Psicoeducación en relajación, específicamente en cómo la respiración ayuda en la capacidad de controlar y modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática. Se desarrolla progresivamente la inspiración abdominal, inspiración abdominal y ventral, inspiración abdominal, ventral y pectoral, espiración, ritmo inspiración-espiración y sobregeneralización.
- Enfatizar la necesidad de experimentar emociones en diferentes situaciones y cómo su incremento en SUDs genera desajuste conductual.

- Entrenamiento en visualización para aumentar el estado de relajación.
- Para cada sesión se establecen tareas para la casa y se verifica aplicación de las técnicas para evaluar progreso.
- Acabado el proceso de los objetivos específicos 1, 2 y 3, se aplica la prevención de recaídas para el control de la ansiedad esto va generalizarse a través del repaso de objetivos terapéuticos a fin de evidenciar situaciones en las que la paciente pueda hallarse vulnerable, identificación posibles situaciones disfuncionales a las que la se pueda exponer y recordando las técnicas aprendidas para priorizar mecanismos de respuesta y un afrontamiento funcional.

2.8. Consideraciones éticas

Se elaboró un consentimiento informado en el cual la paciente brinda el permiso para la elaboración del programa de TCC, aplicación y publicación en la institución con fines académicos.

III. RESULTADOS

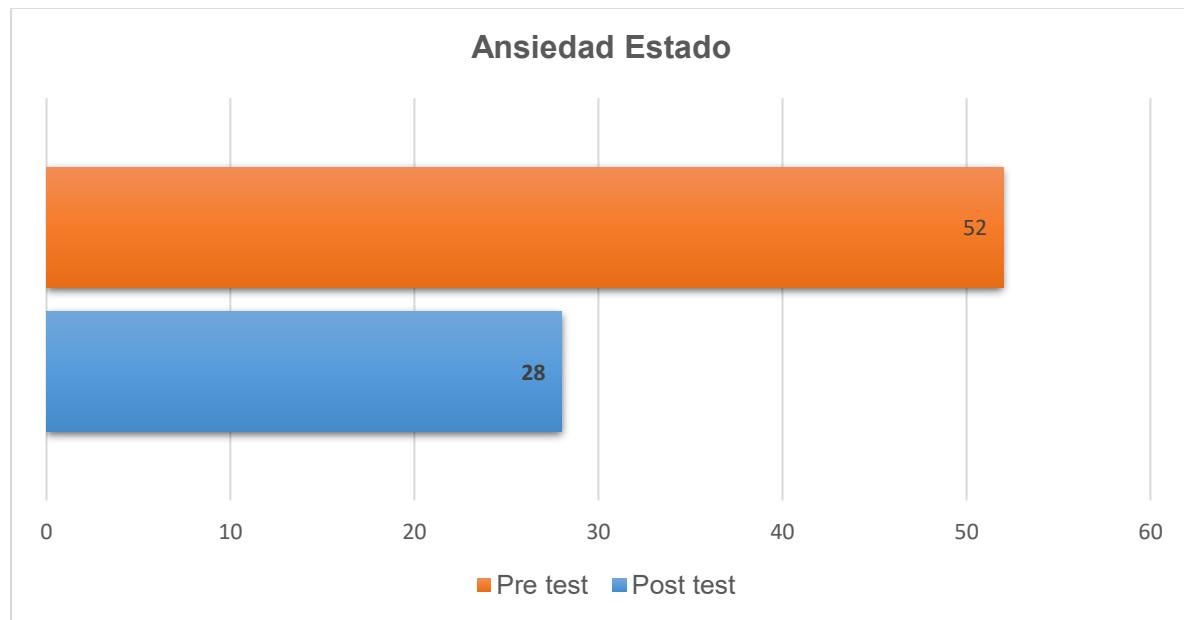
3.1. Análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados que demuestran los logros de los objetivos planteados.

Se observa en la figura 1 la presentación de los resultados de la evaluación antes y después del tratamiento cognitivo conductual, apreciándose que la línea inicial en la evaluación pre test con el IDARE, muestra un puntaje de 52 respecto a la ansiedad estado. Luego de la aplicación del programa cognitivo conductual, se realizó la evaluación post test, obteniéndose un puntaje de 28, demostrándose el efecto del mencionado programa sobre la ansiedad social.

Figura 1

Indicadores de ansiedad estado pre y post tratamiento según IDARE

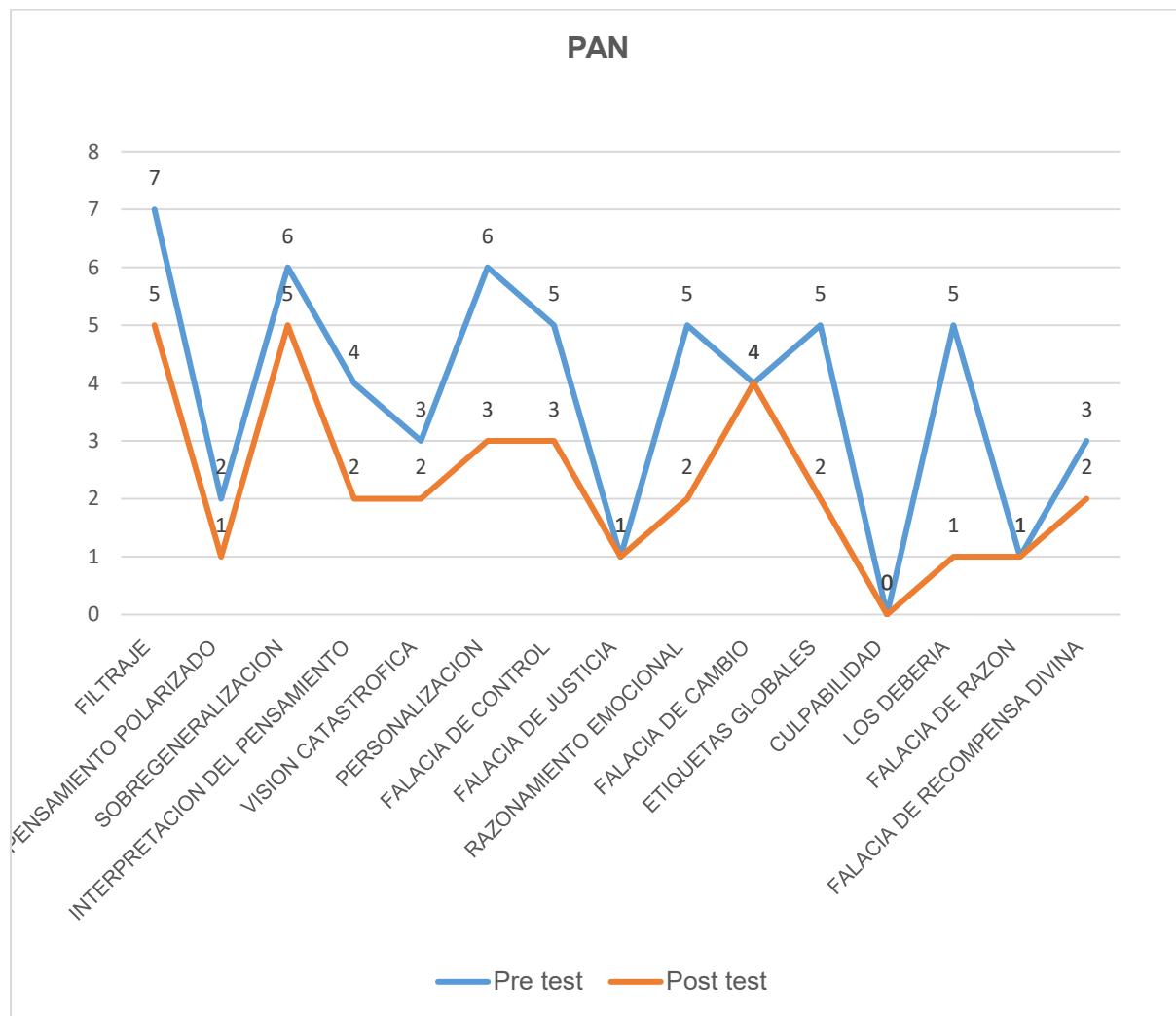


Se observa en la figura 2 la presentación de los resultados de la evaluación antes y después del tratamiento cognitivo conductual con el Inventario de Pensamientos Automáticos, hallando puntuaciones elevadas en la mayoría de pensamientos automáticos negativos (PAN). Luego de la aplicación del programa cognitivo conductual, se observó la reducción de la mayoría de pensamientos automáticos, siendo los más resaltantes los siguientes: filtraje,

interpretación de pensamiento, personalización, falacia de control, falacia de cambio, sobregeneralización y los debería.

Figura 2

Distorsiones cognitivas pre y post tratamiento según Inventario de Pensamientos Automáticos.

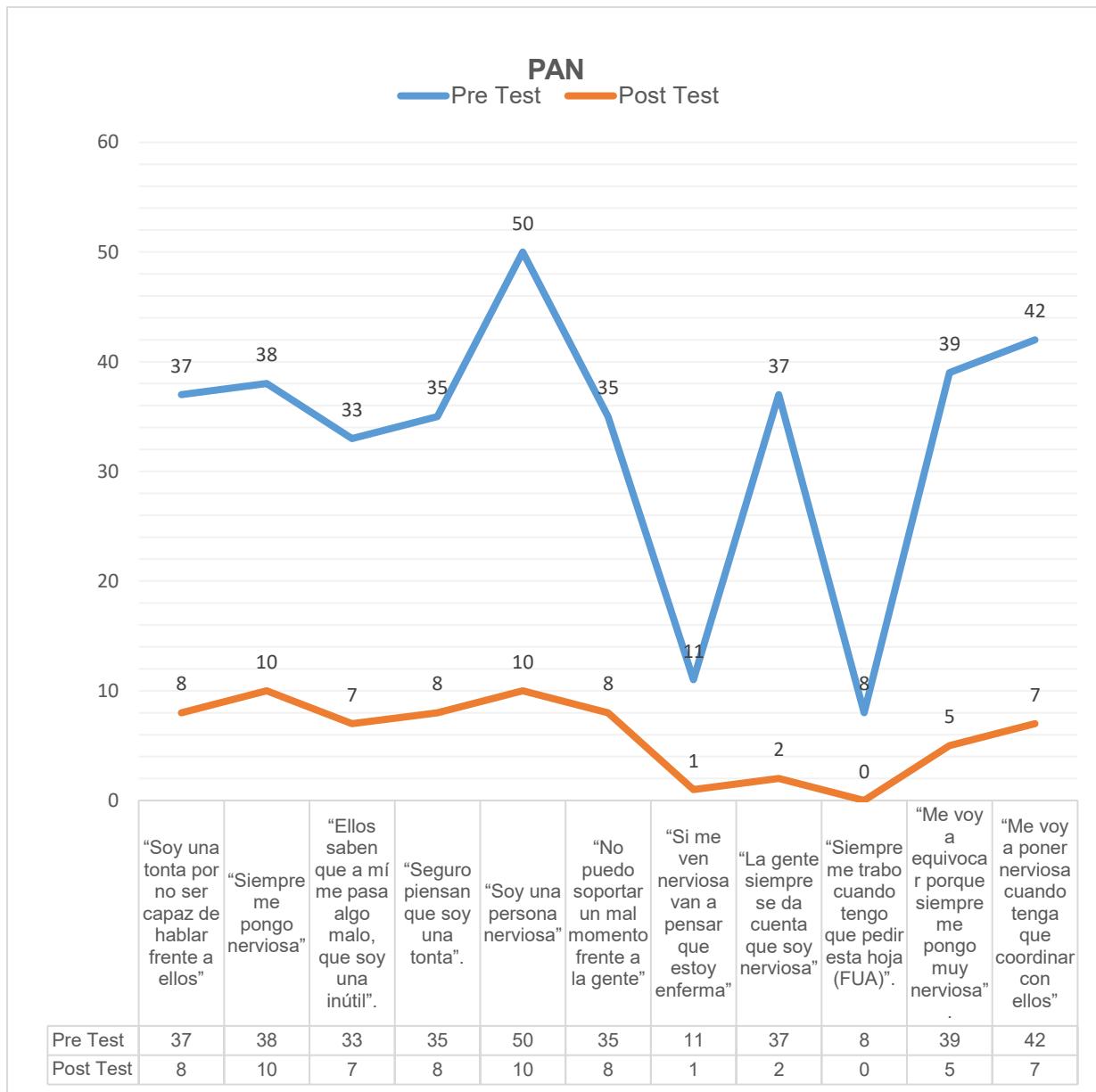


Nota. El acrónimo PAN hace referencia a los Pensamientos Automáticos Negativos.

Se observa en la figura 3 la presentación de los resultados de la evaluación antes y después del tratamiento cognitivo conductual a través de autorregistros de pensamientos automáticos negativos por parte de la paciente durante dos semanas antes y después del tratamiento cognitivo conductual demostrándose el efecto del mencionado programa en la disminución de la frecuencia de emisión de dichos pensamientos.

Figura 3

Frecuencias de pensamientos automáticos negativos según Pre y Post tratamiento (autorregistro durante 2 semanas).



Nota. El acrónimo PAN hace referencia a los Pensamientos Automáticos Negativos

Se observa en la figura 4 la presentación de los resultados de la evaluación antes y después del tratamiento cognitivo conductual a través de autorregistros de frecuencia de conductas motoras. Luego de la aplicación del programa cognitivo conductual las frecuencias en las que se emiten dichas conductas desadaptadas disminuyen en cantidad en todos los casos.

Figura 4

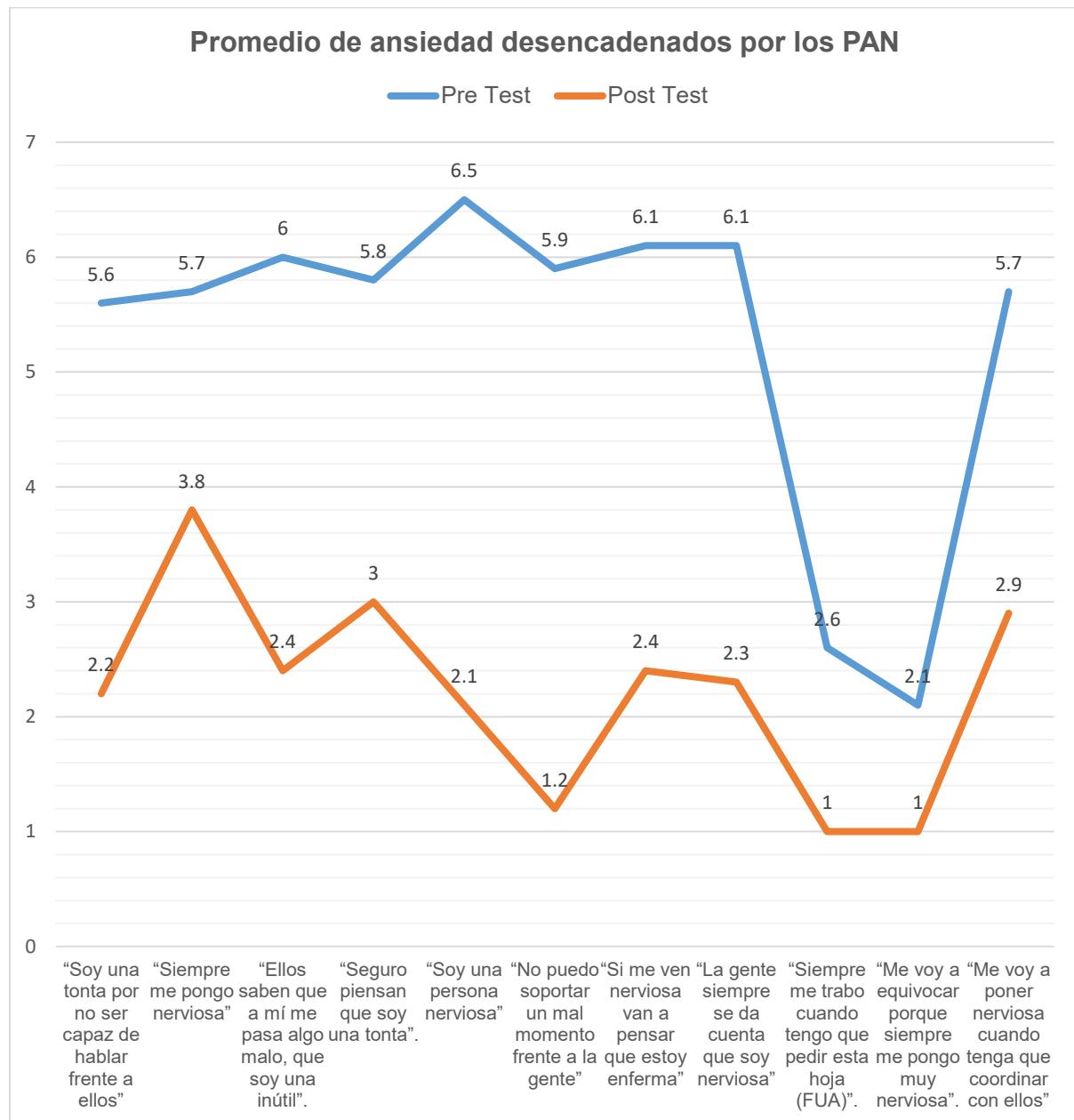
Frecuencias de conductas motoras Pre y Post tratamiento (autorregistro durante 2 semanas).



Se observa en la figura 5 los resultados de la evaluación antes y después del tratamiento cognitivo conductual. Se presentan los promedios en los que la ansiedad se manifiesta al emitir un pensamiento negativo. Para ello, se utiliza la evaluación pre test con autorregistros durante 2 semanas en las que la paciente fue puntuando del 1 al 10 la intensidad de la ansiedad percibida en escalas SUDs. Luego de la aplicación del programa cognitivo conductual y la realización de la evaluación post test, se observa que los promedios en las que se emiten dichas conductas disminuyen en intensidad para todos los casos.

Figura 5

Promedio de ansiedad Pre y Post tratamiento (autorregistro durante 2 semanas).



Nota. El acrónimo PAN hace referencia a los Pensamientos Automáticos Negativos

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio de un caso de ansiedad social en una mujer adulta, tomó como objetivo principal disminuir el nivel de ansiedad social mediante un programa de terapia cognitivo conductual. Los resultados obtenidos han demostrado que la aplicación de dicho

programa tiene un efecto significativo en la reducción de los síntomas asociados a la ansiedad social, ya que se obtuvo una disminución de las conductas problema graficadas en la evaluación de la ansiedad estado antes de la aplicación del programa. Luego de 18 sesiones del programa TCC, los hallazgos se demuestran al evidenciar una disminución en la puntuación de ansiedad estado. Esto va de acuerdo a lo reportado en las investigaciones revisadas (Arroyo y Millán, 2020; Fernández-Ballesteros y Labrador, 2018; Gómez, 2023; Ita, 2020; Martínez, 2021; Martínez et al., 2019; Llinás, 2020; Molino et al., 2022, Oliva, 2022; Rodríguez, 2020; Rojas, 2022) quienes informaron acerca de la efectividad de una intervención en programas TCC sobre casos de ansiedad social.

Para la modificación de las distorsiones cognitivas mediante restructuración cognitiva, los resultados permitieron identificar cambios en la frecuencia de emisión de los pensamientos automáticos negativos, logrando habilitar un repertorio cognitivo funcional. Siguiendo esa línea, Rodríguez (2020) utilizó un programa de TCC en el cual utiliza técnicas de la terapia racional emotiva conductual a fin de disminuir la frecuencia de la emisión de creencias irracionales asociadas a la ansiedad social.

En relación a la intervención con el entrenamiento en habilidades sociales, los resultados permitieron visualizar una disminución en la frecuencia de emisión de las conductas motoras disfuncionales que se hallaban en exceso, dado que la paciente logró aprender nuevas habilidades a su repertorio conductual. Amodeo y Quintana (2010) incluyen en su programa de TCC, el desarrollo de habilidades sociales para abordar el problema de la ansiedad.

En la disminución de los niveles de ansiedad desencadenados por pensamientos automáticos con la implementación de técnicas conductuales, los resultados permitieron corroborar la disminución de la activación de la ansiedad. Oliva (2022) inicia su programa de intervención con la implementación técnicas de respiración y relajación antes de la

restructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, logrando disminución de los niveles de ansiedad en la paciente.

Para la disminución de la ansiedad estado/rasgo con la implementación de técnicas conductuales se logró la reducción del estado y el rasgo de la ansiedad luego de la aplicación de técnicas conductuales. Llinás (2020) luego de la evaluación con el IDARE y la posterior aplicación de un programa de TCC, logra alcanzar su objetivo en una paciente mujer.

El presente trabajo clínico, al trabajar un caso único y siendo la paciente el único sujeto control y experimental, es una limitación. Es por ello que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados al no contar con una muestra más amplia y aleatorizada. A pesar de ello, la implementación del programa de TCC posee resultados medibles durante el proceso que pueden ser verificados y ser utilizados como referencia para futuras aplicaciones.

Es por ello que, el tratamiento al verse dentro del marco de la TCC, contribuye a validación del modelo conductual y remarca la efectividad de este. Así mismo, este trabajo tiene implicancias prácticas y funcionales para su replicación en casos que posean un cuadro similar de ansiedad social.

3.3. Seguimiento

Luego de las sesiones.18 sesiones de aplicación del programa de TCC, es recomendable establecer un monitoreo bimensual y luego trimestral dado que el rango entre la sesión 17 y 18 fue de 1 mes.

IV. CONCLUSIONES

La intervención cognitivo conductual para disminuir el nivel de ansiedad social mediante un programa de terapia cognitivo conductual obtuvo las siguientes conclusiones:

- La aplicación del programa de TCC ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la paciente, disminuyendo los niveles de ansiedad social. Se incluyó principalmente el uso de técnicas conductuales entre ellas, las técnicas de relajación, la restructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y la prevención de recaídas.
- Las conductas motoras de evitación disminuyeron en frecuencia de emisión con la implementación de las habilidades sociales, las cuales propiciaron en la paciente un aumento en las prácticas interpersonales.
- Se restructuró los pensamientos automáticos negativos, a través del cuestionamiento y debate hasta implementar pensamientos adaptados que generen las interpretaciones de su medio con menor cantidad de sesgos cognitivos.
- Del mismo modo, la reducción de la ansiedad desencadenada por la emisión de pensamientos automáticos se reduce en promedio, facilitando la adaptación.
- Finalmente, se redujo la ansiedad estado con el aprendizaje de las técnicas conductuales y la reproducción de estas en escenarios en los que había mayor presencia de conductas desadaptadas, desarrollando un afrontamiento funcional.

V. RECOMENDACIONES

- Establecer sesiones trimestrales de monitoreo para hacer seguimiento de la implementación del programa de TCC a fin de mantener las conductas aprendidas.
- Evaluar participación en terapia grupal con pacientes dados de alta, con las mismas características para aumentar las conductas adaptadas relacionadas a sus habilidades interpersonales.
- Propiciar la participación de la familia a fin de consolidar la generalización de las conductas de la paciente.
- Continuar aplicando la TCC para casos similares dado que demuestra efectividad en el abordaje de trastornos ansiosos.
- Continuar planteando estudios sistemáticos para demostrar experimentalmente la efectividad de los programas de TCC.

VI. REFERENCIAS

Amodeo, S. y Perales F. (2013). Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*; 17(2):5p.

http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201302/1702_rt_puntos_clave_en_el_tratamiento_cognitivoconductual_de_los_trastornos_de_ansiedad.pdf

Amodeo, S y Quintana, B. (2010). Fobia social. Revisión y exposición de un caso clínico. *Sesiones clínicas del área. Hospital Universitario Madrid.*

<https://www.trastornoevitacion.com/fobia-social/fobia-social-revision-y-exposicion-de-un-caso-clinico>

Anicama, J., Pizarro, R., Pineda, C., Vallenas, F., Aguirre, M., y Villanueva, L. (2021). Evidencias psicométricas del inventario ansiedad estado-rasgo: IDARE en universitarios de Lima en tiempos de COVID-19. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 15(2), 49-62. <https://doi.org/10.21500/19002386.5911>

Arroyo, J. y Millán, K. (2020). *Ansiedad Social en estudiantes universitarios-Huancayo-2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1922>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2023). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). Editorial Panamericana.

Bados, A. (2017). *Fobia social, naturaleza, evolución y tratamiento* [Material de docencia]. Universidad de Barcelona. <http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115727/1/Fobia%20social.pdf>

Belloch, A., Sadín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. Mc Graw Hill.

Buela-Casal G. y Sierra J. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Editorial Biblioteca Nueva.

Caballo V. (1991). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Siglo XXI. Siglo XXI de España Editores.

Caballo V. (2021). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades*. Siglo XXI de España Editores.

Calderón, M. y Blázquez, F. (2016). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha Revista de Psicología*, 11(24), 134-147.

http://www.revistuaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/82

Clark D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Ed. Desclée de Brouwer.

Ellis, A. y Grieger, R. (1992) *Manual de Terapia Racional Emotiva*. (10ºed.). Desclée De Brouwer

Estupiñán, Y. (2020). *Dimensiones de la personalidad en jóvenes con conductas antisociales de un centro institucionalizado en Lima*. [Tesis de maestría, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio UNIFE.

<https://repositorio.unife.edu.pe/items/ea3c9952-1199-44e2-821d-ffe7c155fc91>

Fernández-Ballesteros R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide

Fernández-Ballesteros R. y Labrador F. (2018). Análisis de las Técnicas Psicológicas Utilizadas en el Trastorno de fobia social en un Centro Sanitario de Psicología. *Clínica y Salud*, 29(2), 71-80. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a11>

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E. y Marrero, R. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>

Gamarra, A. y Vela, M. (2020). *Primeras evidencias psicométricas del Inventory de Pensamientos Automáticos (IPA) en universitarios peruanos*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico UPC. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653304/GAMARRA_RA.pdf?sequence=3

Gómez, M. (2023). *Efectividad de un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social*. [Tesis de pregrado, Universidad Vasco de Quiroga]. Repositorio Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga.

http://dspace.uvaq.edu.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/2966/1/Texto_completo.pdf

Hernández S., Fernández C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación (6ºEd)*. Mc Graw-Hill Interamericana de México. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

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. Informe General*.

https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/EESM_Ninos_y_Adolescentes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf

Ita, H. (2020). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4129>

Kazdin, A. (2001). *Métodos de Investigación en psicología clínica* (3^oed.). Pearson Educación.

Koyuncu A., İnce E., Ertekin E. y Tükel R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges [Comorbilidad en el trastorno de ansiedad social: Desafíos diagnósticos y terapéuticos]. *Drugs in Context* 8, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>

Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (2006). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.

Llinás, R. (2020). *Caso de una paciente femenina de 19 años con trastorno de estrés postraumático con comorbilidad de fobia social*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/9050>

Llobell J., Frías-Navarro M. y Monteverde H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en evidencia. *Papeles del psicólogo*, 25(87), 1–8 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808701>

Martínez P. (2021). *Ansiedad estado y ansiedad rasgo asociada a la ansiedad social en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP.

https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4073/M-PSIC-T030_08197653_M%20%20%20MARTINEZ%20VALERA%20PEDRO%20ENRIQUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez, P., Neira, P., Marín, C., y Gómez, M. (2019). *Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social*. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 4-15 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323083>

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Ediciones Martínez Roca S.A.

Molino, A., Kriegshauser, K. y McNamara, D. (2022). Transitioning From In-Person to Telehealth Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder During the COVID-19 Pandemic: A Case Study in Flexibility in an Adverse Context [Transición de la terapia cognitivo-conductual presencial a la telesalud para el trastorno de ansiedad social durante la pandemia de COVID-19: un estudio de caso sobre flexibilidad en un contexto adverso]. *Clinical Case Studies*, 21(4), 273-290.

<https://doi.org/10.1177/15346501211073595>

Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology [Una guía para nombrar estudios de investigación en Psicología]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>

Oliva, B. (2022). *Valoración de la intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad durante la COVID-19*. [Tesis de maestría. Universitas Miguel Hernández]. Repositorio de la Universidad Miguel Hernández.

http://dspace.umh.es/bitstream/11000/28913/1/Oliva_Agull%C3%B3_Beatriz_TFM.pdf

[pdf](#)

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (4^aed.)*. Editorial Médica Panamericana.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *La salud mental en la región de las Américas. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>

Rodríguez, G. (2020). *Terapia cognitivo conductual para un hombre adulto con ansiedad social*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. [Repositorio institucional](#) UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4367?show=full>

Rojas, L. (2022). *Intervención cognitivo conductual en fobia social en una mujer joven*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. [Repositorio institucional](#) UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5926>

Rose G., y Tadi P. (2022). Social anxiety disorder [Trastorno de ansiedad social]. In *StatPearls*. [StatPearls Publishing](#), 1(2):1-7.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>

Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.

VII. ANEXOS

Anexo A

Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo

IDARE: INVENTARIO DE ANSIEDAD-ESTADO

Nombre: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, es decir, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

NA = No en Absoluto
UP = Un poco
B = Bastante
M = Mucho

A – ESTADO:

- 01- Me siento calmado(a)
- 02- Me siento seguro(a)
- 03- Estoy tenso(a)
- 04- Estoy contrariado(a)
- 05- Estoy a gusto
- 06- Me siento alterado(a)
- 07- Estoy preocupado(a) por algo
- 08- Me siento descansado
- 09- Me siento ansioso(a)
- 10- Me siento cómodo(a)
- 11- Siento confianza en mí mismo(a)
- 12- Me siento nervioso(a)
- 13- Me siento agitado(a)
- 14- Me siento "a punto de explorar"
- 15- Me siento reposado
- 16- Me siento satisfecho(a)
- 17- Estoy preocupado(a)
- 18- Me siento muy excitado(a) y aturdido(a)
- 19- Me siento alegre
- 20- Me siento bien

IDARE: INVENTARIO DE ANSIEDAD-RASGO

Nombre: _____
Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

N = Nunca
AV= A veces
F = Frecuentemente
CS= Casi Siempre

A – RASGO:

21. Me siento bien
22. Me canso rápidamente
23. Siento ganas de llorar
24. Quisiera ser tan feliz
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente
26. Me siento descansado
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia
30. Soy feliz
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho
32. Me falta confianza en mí mismo
33. Me siento seguro
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad
35. Me siento melancólico
36. Estoy satisfecho
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza
39. Soy una persona estable
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado

Anexo B

Inventario de Pensamientos Automáticos

CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

Nombre: _____ Edad: _____

En esta lista, están algunos pensamientos que niños y jóvenes han dicho que tienen. Por favor léelos todos y decide que tan frecuente, pensaste en cada uno durante la semana pasada.

Marca tu respuesta así:

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas Veces 3= Frecuentemente 4=Todo el tiempo.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas Veces 3= Frecuentemente 4=Todo el tiempo						
		0	1	2	3	4
01	Los otros niños o jóvenes pensarán que soy estúpido.	0	1	2	3	4
02	Tengo derecho a tomar ventaja de otras personas si se lo merecen.	0	1	2	3	4
03	No puedo hacer nada bien.	0	1	2	3	4
04	Voy a tener un accidente.	0	1	2	3	4
05	Otros niños o jóvenes son estúpidos.	0	1	2	3	4
06	Me preocupa que me vayan a molestar los otros.	0	1	2	3	4
07	Me voy a volver loco.	0	1	2	3	4
08	Los otros niños o jóvenes se van a reír de mí.	0	1	2	3	4
09	Voy a morir.	0	1	2	3	4
10	Muchas personas están en contra mía.	0	1	2	3	4
11	No valgo la pena.	0	1	2	3	4
12	Mi mamá o mi papá van a tener un accidente.	0	1	2	3	4
13	Nada de lo que hago me sale bien.	0	1	2	3	4
14	Voy a parecer un tonto.	0	1	2	3	4

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas Veces 3= Frecuentemente 4=Todo el tiempo

15	No voy a dejar que nadie que me moleste lo consiga y siga como si nada.	0	1	2	3	4
16	Yo tengo miedo de perder el control.	0	1	2	3	4
17	Es mi culpa que las cosas salgan mal.	0	1	2	3	4
18	Las personas están pensando cosas malas acerca de mí.	0	1	2	3	4
19	Si alguien me hiere yo tengo el derecho de herirlo también.	0	1	2	3	4
20	Voy a salir herido.	0	1	2	3	4
21	Tengo temor de lo que los otros niños o jóvenes piensen de mí.	0	1	2	3	4
22	Algunas personas se merecen lo que obtienen.	0	1	2	3	4
23	He arruinado mi vida.	0	1	2	3	4
24	Algo horrible va a pasar.	0	1	2	3	4
25	Me veo como un idiota.	0	1	2	3	4
26	Nunca seré tan bueno como otras personas.	0	1	2	3	4
27	Siempre me culpan por cosas que no han sido mi responsabilidad.	0	1	2	3	4
28	Soy un fracaso.	0	1	2	3	4
29	Otros niños se están burlando de mí	0	1	2	3	4
30	La vida no vale la pena vivirla.	0	1	2	3	4
31	Todos se quedan mirándome.	0	1	2	3	4
32	Me da miedo que actúe como un tonto.	0	1	2	3	4
33	Me da miedo que alguien se muera.	0	1	2	3	4
34	Nunca superare mis problemas.	0	1	2	3	4
35	Las personas siempre me quieren meter en problemas.	0	1	2	3	4
36	Me ocurre algo muy malo.	0	1	2	3	4
37	Algunas personas son malas.	0	1	2	3	4
38	Me odio a mi mismo.	0	1	2	3	4
39	Algo le puede pasar a alguien que me importa mucho.	0	1	2	3	4
40	Las personas malas merecen ser castigadas.	0	1	2	3	4

Anexo C

Inventario de Personalidad Eysenck, forma B (EPI)

Nº	ITEM
1	¿Es Ud. más distante y reservado que la mayoría de la gente?
2	¿Encuentra difícil iniciar actividades algunas mañanas?
3	¿La mayoría de las cosas le da lo mismo a Ud.?
4	¿Si Ud. dice que hará algo, siempre mantiene su promesa, sin importar que tan inconveniente pudiera ser hacerlo?
5	¿Le divierte ir a fiestas?
6	¿Puede usualmente ordenar sus ideas?
7	¿Es divertido hacer daño a la gente?
8	¿A veces Ud. pierde la calma y se molesta?
9	¿Haría Ud. casi cualquier cosa por un desafío?
10	¿Alguna vez ha tenido miedo de perder la razón?
11	¿Goza Ud. generalmente de buena salud?
12	¿Ocasionalmente Ud. ¿Tiene pensamientos que preferiría que otras personas no los conozcan?
13	¿Le es divertido cazar, pescar o practicar tiro?
14	¿Muchas veces sueña despierto?
15	¿Fue o es su madre una buena mujer?
16	¿Todos sus hábitos son buenos y deseables?
17	¿Casi siempre tiene una respuesta rápida cuando la gente le habla?
18	¿Le es difícil mantener la atención en lo que está haciendo?
19	¿Considera Ud. que tiene más problemas que la mayoría de la gente?
20	¿Algunas veces chismosea?
21	¿Es Ud. mosca?
22	¿A veces está Ud. sin ganas de comer?
23	¿Le preocupa mucho adquirir alguna enfermedad?
24	¿Declararía siempre todos sus impuestos, aun si supiera que no pueda ser descubierto?
25	¿Le gusta mucho el bullicio y excitación a su alrededor?
26	¿A menudo se siente saciado?
27	¿Le gusta mezclarse con la gente?
28	¿Ha tenido mucha mala suerte?
29	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?
30	¿Se siente deprimido por las mañanas?
31	¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?
32	¿De toda la gente que conoces hay alguien que definitivamente a Ud. no le gusta?
33	¿Se considera una persona de buena suerte?
34	¿Cambia su estado de ánimo frecuentemente?
35	¿Permite que sus sueños le adviertan o guien?
36	¿A veces habla de cosas que desconoce?
37	¿Puede Ud. usualmente ir y disfrutar de una fiesta gay?
38	¿A veces siente que no le importa lo que sucede?
39	¿Piensa que hay alguien que es responsable de la mayoría de sus problemas?

Nº	ITEM
40	¿De niño hacia siempre lo que le decían?
41	¿Le gusta tener personas a su alrededor?
42	¿Se siente miserable sin ninguna buena razón?
43	¿Considera que la gente se ofende con facilidad?
44	¿A veces se enoja?
45	¿Le gusta salir mucho?
46	¿A menudo se preocupa por sentimientos de culpa?
47	¿Usaría drogas que le causan algunos efectos extraños y peligrosos?
48	¿A veces se ríe de chismes groseros?
49	¿Le gusta hacer bromas?
50	¿Siente compasión por si mismo?
51	¿Ama Ud. a su madre?
52	¿Esta Ud. libre de perjuicios de toda clase?
53	¿Normalmente prefiere estar solo?
54	¿Le preocupa mucho su apariencia?
55	¿Tiene enemigos que desean hacerle daño?
56	¿A veces lardea?
57	¿Le es difícil mostrar sus sentimientos?
58	¿A menudo se siente débil para todo?
59	¿Sus amistades se rompen sin que esto sea por culpa suya?
60	¿Contesta una carta personal tan pronto como pueda, después de haberla leído?
61	¿Es UD. comunicativo?
62	¿A veces se siente fastidiado por dentro?
63	¿Cree que la gente dice y hace cosas para fastidiarlo?
64	¿A veces deja para mañana lo que debe hacer hoy?
65	¿De niño le gustaban los juegos bruscos?
66	¿Se considera diferente a los demás?
67	¿Fue o es su padre un buen hombre?
68	¿A veces ha dicho mentiras?
69	¿Le gusta contar chistes o historias graciosas a sus amigos?
70	¿A veces ha deseado estar muerto?
71	¿Habria Ud. Tenido más éxito si la gente no hubiera puesto dificultades en su camino?
72	¿Preferiría ganar que perder un juego?
73	¿Hace fácilmente amigos con miembros de su propio sexo?
74	¿Usualmente trabaja para obtener recompensa?
75	¿Le hace sentir mal ver a un niño o animal sufrir?
76	¿Cuándo hace nuevos amigos, Ud. usualmente toma alguna iniciativa?
77	¿Cuándo hay mucha gente alrededor le preocupa que puedan contagiarle alguna infección?
78	¿A veces las cosas le parecen como si no fueran reales?

Anexo D

Programación de la evaluación psicológica.

Actividad	Sesiones	Técnicas	Fechas				
			14/3/23	29/3/23	17/4/23	29/4/23	11/5/23
			1	2	3	4	5
		Motivo de consulta y problema actual		X			
		Análisis funcional de la conducta		X	X		
Evaluación, elaboración de la línea base y establecimiento de objetivos terapéuticos	1, 2, 3, 4 y 5	Entrevista semiestructurada	X	X	X	X	
		Psicoeducación introductoria		X	X	X	
		Autorregistros para línea base		X	X	X	
		Informe de resultados					X

Anexo E*Programación de sesiones según técnicas aplicadas*

Objetivo Específico	Sesiones	Técnicas	Fechas							
			20/6/23	27/6/23	8/7/23	18/7/23	14/8/23	26/8/23	2/9/23	15/9/23
			4	5	6	7	8	9	10	11
Modificar las distorsiones cognitivas mediante reestructuración cognitiva	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11	Reestructuración cognitiva	X	X	X	X	X	X	X	X

Objetivo Específico	Sesiones	Técnicas	Fechas					
			15/9/23	27/9/23	3/10/23	7/10/23	15/10/23	28/10/23
			11	12	13	14	15	16

Reducir la frecuencia de las conductas motoras de evitación mediante el entrenamiento en habilidades sociales	11, 12, 13, 14, 15 y 16	Entrenamiento habilidades sociales	X	X	X	X	X	X
--	-------------------------	------------------------------------	---	---	---	---	---	---

Objetivo Específico	Sesiones	Técnicas	Fechas						
			18/5/23 1	27/5/23 2	8/6/23 3	20/6/23 4	14/8/23 8	11/11/23 17	11/12/23 18
		Psicoeducación TCC y respuestas de ansiedad	X	X	X				
Disminuir la ansiedad estado con la implementación de técnicas conductuales		Técnicas de relajación (respiración)	X	X	X		X		
	1, 2, 3, 4, 8, 17 y 18	Entrenamiento en técnicas de distracción		X	X	X	X		
Disminuir los niveles de ansiedad desencadenados por pensamientos automáticos con la implementación de técnicas conductuales.		Técnicas de visualización		X	X	X			
		Prevención de recaídas					X	X	