



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASOS DE FOBIA SOCIAL Y
DEPENDENCIA EMOCIONAL DE PAREJA ATENDIDOS EN UN CENTRO
PSICOLÓGICO PRIVADO 2019

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar título profesional de Licenciado en Psicología

Autor:

Artica LLacua, Manuel Alejandro

Asesor:

De la Cruz Valdiviano, Carlos Bacilio
(ORCID: 0000-0002-8181-7957)

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo
Hervias Guerra, Edmundo Magno
Ávila Miñán, Mildred

Lima - Perú

2021

Referencia:

Artica, M. (2021). *Programa cognitivo conductual en casos de fobia social y dependencia emocional de pareja atendidos en un centro psicológico privado 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5546>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASOS DE FOBIA
SOCIAL Y DEPENDENCIA EMOCIONAL DE PAREJA ATENDIDOS EN
UN CENTRO PSICOLÓGICO PRIVADO 2019

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar título profesional de Licenciado en Psicología

Autor:

Artica LLacua, Manuel Alejandro

Asesor:

De la Cruz Valdiviano, Carlos Bacilio

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Ávila Miñán, Mildred

Lima - Perú
2021

Dedicatoria

A Dios pues la fe en él hizo que siga perseverando en mis metas con mucho entusiasmo y cariño a mi carrera.

A mis Padre quienes han sido guía para formarme como persona y estudiante durante toda mi vida.

A Marco Artica y Mayumi Pillaca, por ser mi apoyo y motivación constante durante todo el proceso de este logro tan importante para mi vida.

Agradecimientos

A mis padres quienes estuvieron presentes durante toda mi formación académica, apoyándome y motivándome para cumplir esta meta tan importante para mi vida.

A mi profesor y asesor Carlos De la Cruz, quien ha sido una inspiración y modelo para seguir en esta profesión que quiero mucho.

Y, por último, agradecer también a mis compañeros y profesores de la UNFV, por el apoyo y la motivación durante todo este proceso de licenciatura.

Índice

Dedicatoria	2
Agradecimiento.....	3
Índice	4
Lista de Tablas	6
Lista de Figuras.....	7
Resumen	8
Abstract	9
I. Introducción.....	10
1.1 . Descripción y formulación del problema.....	12
1.2. Antecedentes.....	17
1.3. Objetivos	22
1.3.1. Objetivo general.....	22
1.3.2. Objetivo específico.....	22
1.4. Justificación	22
1.5. Hipótesis	24
II. Marco teórico	25
2.1. Programa Cognitivo Conductual	25
2.1.1 Modelos de análisis conductual cognitivo	26
2.1.2 Técnicas de intervención	28
2.2. Ansiedad	32
2.2.1 Aspectos biológicos de la ansiedad	33
2.2.2 Trastornos de Ansiedad	35
2.2.3 Causas	36
2.2.4 Fobia Social	38
2.3. Dependencia Emocional	39
2.3.1 Teorías Explicativas de la Dependencia Emocional	41
2.3.2 Causas	46
2.3.3 Dependencia Emocional de Pareja	47
III. Método	50

	5
3.1 Tipo de investigación	50
3.2 Ámbito temporal y espacial	50
3.3 Variables de estudio	50
3.4 Población y muestra	51
3.4.1 Participante 1	51
3.4.2 Participante 2	56
3.5 Instrumentos	61
3.5.1 Ficha de Apertura de Historia Psicológica	61
3.5.2 Historia Psicológica Cognitivo Conductual	62
3.5.3 Test Psicométricos	62
3.6 Procedimiento	64
3.7 Análisis de datos	67
IV. Resultados	68
4.1 Caso de fobia social	70
4.2 Caso de dependencia de pareja	73
V. Discusión de resultados	79
VI. Conclusiones	85
VII. Recomendaciones	89
VIII. Referencias.....	90
IX. Anexos	97

Lista de Tablas

Tabla 1: <i>Rasgos comunes de la ansiedad en los niveles fisiológicos, cognitivos, conductuales y afectivos</i>	34
Tabla 2: <i>Diferencias entre Dependencia Emocional e Instrumental</i>	44
Tabla 3: <i>Medición y comparación de línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas motoras y cognitivas de un caso de fobia social</i>	68
Tabla 4: <i>Medición de línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de la conducta emocional de un caso de fobia social</i>	71
Tabla 5: <i>Medición pre test y post test de la fobia social de joven atendido en un Centro Psicológico Privado de Lima, 2019</i>	72
Tabla 6: <i>Medición y comparación de línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas motoras, cognitivas y una conducta fisiológica de un caso de dependencia emocional</i>	74
Tabla 7: <i>Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de la conducta emocional de un caso de dependencia emocional</i>	76
Tabla 8: <i>Medición pre test y post test de Dependencia emocional de joven atendido en un Centro Psicológico Privado de Lima, 2019</i>	77
Tabla 9: <i>Listado de conductas problemas presentadas en el Repertorio de Entrada, registradas durante la primera semana de intervención</i>	98
Tabla 10: <i>Repertorio de entrada de conductas emocionales presentadas durante la primera semanal</i>	100
Tabla 11: <i>Listado de conductas problemas presentadas en el Repertorio de Entrada, registradas durante la primera semana de tratamiento</i>	113
Tabla 12: <i>Repertorio de entrada de conductas emocionales presentadas durante la primera semana</i>	115

Lista de Figuras

Figura 1: <i>Ilustra la concepción científico experimental basada en un modelo conductual cognitivo de la variable dependencia emocional</i>	46
Figura 2: <i>Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas motoras y cognitivas de un caso de fobia social</i>	70
Figura 3: <i>Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas emocionales de un caso de fobia social</i>	74
Figura 4: <i>Comparación de la medición pre test y post test de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)</i>	73
Figura 5: <i>Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas: motor, cognitiva y fisiológica, del caso de dependencia emocional</i>	75
Figura 6: <i>Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de la conducta emocional de un caso de dependencia emocional</i>	79
Figura 7: <i>Medición y comparación del pre test y post test del test de dependencia emocional</i>	78
Figura 8: <i>Listado de conductas presentadas en el Repertorio de Entrada, durante la primera semana de tratamiento</i>	99
Figura 9: <i>Repertorio de entrada de conductas emocionales presentadas durante la primera semana</i>	100
Figura 10: <i>Listado de conductas presentadas en el Repertorio de Entrada, durante la primera semana de tratamiento</i>	114
Figura 11: <i>Listado de conductas emocionales presentadas en el Repertorio de Entrada, durante la primera semana de tratamiento</i>	115

Programa Cognitivo Conductual en casos de Fobia Social y Dependencia Emocional de Pareja, atendidos un Centro Psicológico Privado 2019

Artica LLacua, Manuel Alejandro

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

El presente trabajo expone como objetivo determinar los efectos de la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual en dos casos psicológicos de dos varones: un joven de 20 años quien presenta fobia social y, otro varón de 23 años que presenta dependencia emocional. En ambos casos se describe el procedimiento en cada una de las fases de la intervención, así como los resultados obtenidos. La evaluación e intervención fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos son: la Entrevista Psicológica, Historia Psicológica Cognitivo-Conductual; Autorregistros, la Escala de Dependencia Emocional, Anicama (2013), Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (ISAS), asimismo, se utilizaron las siguientes técnicas cognitivas y conductuales: la Psicoeducación, Biblioterapia, Videoterapia, Terapia Racional Emotiva Conductual, Desensibilización Sistemática, Role Playing, Modelamiento, Respiración Diafragmática, autoinstrucciones, Control de Estímulos y Control Encubierto. Los resultados obtenidos mostraron cambios favorables en comparación a la línea base en ambos casos, en los distintos niveles de conducta: motor, cognitivo, emocional y fisiológico, las conductas problemas disminuyeron en frecuencia, intensidad y, en caso de las creencias irracionales, se modificaron por otras más racionales. Todo ello tuvo un impacto importante en las distintas áreas de vida de ambos clientes.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, fobia social, dependencia emocional.

Cognitive Behavioral Program in cases of Social Phobia and Emotional Dependence of a Partner, attended a Private Psychological Center 2019

Artica LLacua, Manuel Alejandro

Federico Villarreal National University

Abstract

The objective of this work is to determine the effects of the application of a cognitive behavioral treatment program in two psychological cases of two men: a 20-year-old young man with social phobia and another 23-year-old man with emotional dependence. In both cases, the procedure is described in each of the phases of the intervention, as well as the results obtained. The evaluation and intervention was designed under the ABA multiconditional single case experimental model. The instruments used for data collection are: the Psychological Interview, Cognitive-Behavioral Psychological History; Self-records, the Emotional Dependence Scale, Anicama (2013), Liebowitz Social Anxiety Scale (ISAS), likewise, the following cognitive and behavioral techniques were used: Psychoeducation, Bibliotherapy, Video Therapy, Rational Emotive Behavioral Therapy, Systematic Desensitization, Role Playing, Modeling, Diaphragmatic Breathing, self-instruction, Stimulus Control and Covert Control. The results obtained showed favorable changes compared to the baseline in both cases, in the different levels of behavior: motor, cognitive, emotional, and physiological, the problem behaviors decreased in frequency, intensity and, in the case of irrational beliefs, they were modified by other more rational ones. All of this had an important impact on the different areas of life of both clients.

Keywords: cognitive behavioral therapy, social phobia, emotional dependence.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en el campo de la psicología clínica, son cada vez más comunes los clientes que asisten a consulta por problemas de dependencia emocional y ansiedad como la fobia social, siendo estos dos problemas bastantes complejos, limitan el desarrollo funcional de las personas en muchos ámbitos de sus vidas, es por ello que se precisa atenderlos con urgencia aplicando un programa de tratamiento profesional basado en evidencias como la Terapia Cognitiva Conductual, que logué disminuir el sufrimiento emocional y la funcionalidad en sus respectivos ámbitos sociales.

La dependencia emocional de pareja suele evidenciarse cuando el dependiente se somete a su pareja obviando los factores de riesgo a las que se expone. El dependiente suele apegarse o relacionarse con personas que presentan un perfil específico, como, la agresividad y autoritarismo, es por ello que con frecuencia el dependiente es víctima de su sumisión, ya que alimenta su voluntad y necesidades de su pareja a cambio de afecto o atención. Así, un último estudio reportado por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2012), indicó que el 66.3% de las mujeres alguna vez unidas (casadas, convivientes, divorciadas, separadas o viudas) manifestaron que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas; el 21.7% refirieron que habían experimentado situaciones de violencia verbal; el 19.9% declararon que habían sido amenazadas por su esposo o compañero con irse de la casa, quitarle a sus hijas(os) o retirarle la ayuda económica; mientras que el 37.2% manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero (como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma, tener relaciones sexuales sin su consentimiento o realizar actos sexuales que la

mujer no aprobaba). Sumando a ello, Castelló (2005) refiere que la dependencia emocional explicaría la conducta de algunas mujeres víctimas de violencia de pareja cuando justifican las infidelidades y agresiones de su pareja, cancelan procesos legales (denuncias), incumplen las órdenes judiciales de alejamiento respecto a la pareja agresora, contrario a ello, regresan con su victimario creyendo que con el tiempo reflexionarían y cambiarían sus actitudes y conductas, o en otros casos, inician una nueva relación con otra persona con características similares de malos tratos.

En cuanto a la fobia social, esta se presenta como un problema con diversas situaciones generadores de ansiedad en las cuales el elemento ansiógeno son las personas o figuras de autoridad. Las personas que presentan fobia social dirigen su atención a la evaluación o expectativas de las demás, específicamente de las figuras de autoridad, esto a su vez, pone a la persona en una situación potencial de vergüenza y humillación, mostrándose así evitativa en su conducta. Dentro de la bibliografía, muchas investigaciones realizadas destacan a la fobia social como el trastorno de ansiedad más frecuente, describiéndose en distintos estudios datos de prevalencia que oscilan entre el 7 y el 14% de la población con edad entre 15 y 54 años. En otros estudios, que utilizan como instrumento de medida escalas más específicas, como la Florence Psychiatric Interview (FPI), se describe una prevalencia del 6,58% con edad media en los 28,8 años y primeros síntomas a la edad de 15,5 años (Madueño et al., 2012).

Por lo expuesto, el presente trabajo se titula: programa cognitivo conductual en casos de fobia social y dependencia emocional de pareja en un centro de atención psicológico privado 2019. Por lo tanto, se presenta el siguiente objetivo general: Determinar el efecto del programa cognitivo conductual dirigido a identificar modificar, disminuir y/o eliminar la frecuencia e/o

intensidad de las conductas problemas; motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas en dos jóvenes con fobia social y dependencia emocional.

Asimismo, la presente investigación fue estructurada en seis apartados, los cuales se describen de forma general a continuación:

En el capítulo I: Introducción, donde se realizó la descripción y formulación del problema, antecedentes, objetivos, justificación e hipótesis.

En el capítulo II: Marco teórico, donde se especifican y conceptúan a las variables independientes (Terapia Conductual Cognitivo) y dependientes (Fobia Social y Dependencia emocional).

En el capítulo III: Método, donde se describe el tipo de investigación, ámbito temporal y espacial, variables, población y muestra, instrumentos, procedimientos, y análisis de datos.

En el capítulo IV: Resultados.

En el capítulo V: Discusión de resultados.

En el capítulo VI: Conclusiones.

En el capítulo VII: Recomendaciones.

En el capítulo VIII: Referencias (APA).

1.1. Descripción y formulación del problema

Cuando se habla de personas que presentan problemas de ansiedad, es preciso diferenciar que no sea una ansiedad común, ya que está en sí misma es un mecanismo instintivo que permite que las personas puedan adaptarse una situación específica, en un momento de potencial de peligro, y actuar de una manera rápida y eficaz. Por tanto, no es una emoción negativa puesto que en ocasiones es una emoción que ayuda y permite afrontar potenciales peligros y amenazas. Sin embargo, cuando los niveles o intensidad de ansiedad sobrepasa lo esperado y perjudica de

manera significativa las áreas de vida de una persona, entonces se habla de un trastorno de ansiedad; fobia social, fobia específica, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, ataques de pánico, entre otros. Las personas que padecen de dichos trastornos se encuentran en una incongruencia entre la emoción percibida y el estímulo ansiógeno que se le presenta.

El trastorno de ansiedad ha tenido múltiples intentos de explicación durante muchos años por diferentes autores y corrientes. La rama conductista considera que dicho trastorno se genera ante un estímulo neutro asociando éste a una experiencia u estímulo altamente amenazante. Por otro lado, Freud, desde el psicoanálisis, postula, en un primer momento, que la ansiedad era la acumulación de tensión sexual no resuelta. Más adelante, en 1926, considera que el trastorno de ansiedad se genera ante estímulos inconscientes que irrumpen en la conciencia. Por otro lado, desde la rama bioquímica se han generado diversas teorías sobre la causa de este, como la de Pitts Jr en 1967, que lo relacionaba con la falta de calcio o el exceso de ácido lácteo. Estas tres ramas explicadas proponen la causa del trastorno de ansiedad a factores externos al individuo. Sin embargo, según el modelo cognitivo de Beck, para comprender esta problemática es esencial preguntar a la persona ansiosa por las imágenes y pensamientos que trae a su cabeza y así poder entender su marco de referencia y sus distorsiones cognitivas, es decir, darles importancia a los factores internos, a los modelos cognitivos que estructuran la percepción de peligro errónea tanto de estímulos internos como externos.

La fobia social, suele iniciarse en la adolescencia, y consiste en experimentar miedo a ser observados y evaluados por las demás personas, apareciendo reacciones de evitación intensa frente a ciertas situaciones sociales. Puede consistir, por ejemplo, en evitar comer o hablar en público, no relacionarse con personas del otro sexo, no soporta que se le mire mientras escribe, entre otras situaciones. La fobia social se relaciona con un nivel bajo de autoestima, miedo a la

crítica y al ridículo. Les molesta mirar de frente, suelen desviar la mirada, se sienten frecuentemente afectos de mareos, o precisan satisfacer una necesidad urgente de micción, miedo a ruborizarse. La evitación puede conducir a un auténtico aislamiento social. Los pacientes suelen estar convencidos de que el síntoma es la auténtica causa de la ansiedad. En el caso de miedos anticipados hacia la desaprobación social, el desempeño ante personas críticas, figuras públicas y de autoridad que impliquen evaluación social, se trata de una ansiedad social, cuya naturaleza anticipatoria permite servir como base motivacional en la exigente sociedad actual, siendo un estado normal ante los eventos que lo exigen, al seguir estándares de calidad, perfeccionismo y adecuado desempeño (Barlow y Durand, 2002).

Por otro lado, un problema de igual importancia de salud pública, que aborda la psicología clínica, es la dependencia emocional, la cual puede definirse como un patrón crónico de demandas afectivas insatisfechas que llevan a la persona a buscar desesperadamente satisfacerlas mediante relaciones interpersonales estrechas (Castelló, 2005).

Las conductas específicas de la dependencia emocional se dirigen, primordialmente, a mantener la cercanía interpersonal, como consecuencia de creencias y pensamientos erróneos e irracionales acerca de la visión de sí mismo, la relación con los otros y el valor que otorga el sujeto a la amistad, la cercanía, la afiliación, la soledad, la separación, la intimidad y la interdependencia. Schaeffer (1998) plantea que este tipo de personas pierden su identidad y asumen posiciones de subordinación, con el fin de mantener el afecto y aprobación de su pareja.

Desde el enfoque planteado por Albert Ellis, las personas con dependencia emocional mantienen un pensamiento irracional, “necesito la aprobación de los demás” el cual se ha establecido con la experiencia iniciada desde la infancia, que en la edad adulta se ve reforzada e

influye en las conductas; actitudes y decisiones que tomará cuando interactúe con otras personas, formando relaciones tóxicas, puesto que la persona asumirá un rol de subordinación, no solo para complacer a su pareja, sino también para sí misma, ya que ser aceptada y amada por la persona que depende, logrará la tranquilidad parcial del dependiente.

Como parte de las características que presentan las personas dependientes emocionales, es el mecanismo de defensa del autoengaño en cuanto a la conciencia del problema y a la toma de decisiones respecto a este, relaciones afectivas conflictivas, pensamientos fantasiosos en cuanto a la relación, creencias irracionales y expectativas altas sobre la relación y la persona, distorsiones cognitivas y percepciones inadecuadas en cuanto a la forma de vida con esa persona, demandas afectivas constantes hacia los demás, afectos desequilibrados y asimétricos entre los miembros de la relación, subordinación emocional, necesidad del otro, en su historia familiar o de relaciones es frecuente encontrar maltrato emocional y/o físico, aislamiento social, apego excesivo a la persona, priorización del otro, disminución en la necesidad del otro pero sin incidencia en su felicidad, miedo constante a la ruptura o al abandono, necesidad de aprobación, falta de asertividad, autoestima y autoconcepto pobre, estado de ánimo disfórico (tristeza, irritabilidad), algunos presentan adicción a alguna sustancia nociva para la salud como las drogas, el alcohol y en menor caso al juego (Castelló, 2000, 2005, 2006 y 2007).

Así también, la dependencia emocional, puede ser análoga a una dependencia a sustancias psicoactivas, ya que muchas veces las personas dependiente emocionales manifiestan los mismos síntomas; pensar reiteradamente en la pareja, buscar estar con ella de manera compulsiva, y cuando esto no sucede, manifiestan episodios de desesperación con síntomas físicos; sudoración, hiperventilación, etc. Y así como las drogas, también los dependientes emocionales giran su vida en torno y, exclusivamente, a su pareja, aun cuando su salud,

principios, objetivos y deseos están en peligro o anulados. Se muestran persistentes a pesar de tener consecuencias negativas por buscar y vivir por su pareja.

Como ya se mencionó, la dependencia emocional es considerada como una especie de adicción, la cual se da de forma afectiva, cuando la persona deposita su estructura y seguridad en otro (Congost, 2011), perdiendo así la independencia personal.

Ahora, si se habla del tratamiento psicológico, se observa que la persona que acude a solicitar ayuda psicológica no llega manifestando como motivo de su consulta la dependencia, más bien llega presentando síntomas de ansiedad o depresión producto de una ruptura, una crisis o de una pelea o acuden por no sentirse realizados, no ser felices, por el miedo a la ruptura de su relación o por el sentimiento de soledad que a veces los embarga. Asimismo, en comparación al sexo, son las mujeres quienes presentan mayor frecuencia la dependencia emocional de pareja.

Caso contrario sucede con las personas que padecen fobia social, estos clientes llegan a la consulta evidenciando el problema, y dentro de su motivo de consulta expresan la ansiedad como síntoma principal y lo relacionan con las situaciones externas sociales.

Tanto la fobia social como la dependencia emocional son problemas complejos que se evidencian en sus causas y aun cuando comparten la ansiedad como un síntoma importante, sin embargo, la concepción psicológica de ambas difiere en muchos aspectos. Asimismo, las personas con dependencia emocional son menos conscientes de su problema a diferencia de las personas con fobia social.

Como se mencionó anteriormente, sobre la complejidad de ambos casos, estos requieren una atención inmediata, efectiva y eficiente, por lo que es necesario un enfoque terapéutico que cumpla los estándares científicos. En este caso, hablaremos de una de las terapias con mayor

evidencia empírica, que ha presentado evidencias de resultados favorables en el tratamiento de problemas de ansiedad y dependencia emocional, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

El modelo cognitivo conductual surgió a partir de dos corrientes de la psicología, la cognitiva y la conductual. En esta última se les restaba importancia a los procesos internos, como los sentimientos y los pensamientos, posteriormente al ser tomados en cuenta y al evidenciarse la fuerte influencia que juegan los procesos de pensamiento, y, en consecuencia, en el control de la conducta, se formó la Terapia Cognitivo Conductual, la cual cobró fuerzas en los años 80 (Gálvez, 2009). La principal premisa del modelo cognitivo conductual es el modelo psicoeducativo implícito, donde se informa y enseña al cliente la relación que presentan los pensamientos, emociones y conductas, donde estos se derivan de la forma en cómo se interpretan los estímulos externos (Serrano, 2001). Aaron Beck y Albert Ellis son considerados como los principales representantes del modelo en lo que a la terapia psicológica se refiere. A pesar de que trabajaron de manera independiente, sus intervenciones coinciden en la importancia que juegan los pensamientos sobre las emociones y sobre la conducta.

Es por tanto que el presente trabajo resalta el diseño de estudio de caso ABA y el modelo de Terapia Cognitivo Conductual. Asimismo, aborda dos casos psicológicos, en los cuales se planteó el siguiente interrogante: ¿El Programa Cognitivo Conductual logrará disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas; motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas de la Fobia Social y Dependencia Emocional de dos jóvenes atendidos en centro psicológico privado?

1.2. Antecedentes

Se ha realizado una revisión bibliográfica como precedente, sobre diversos autores que han investigado sobre la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual, así también, investigaciones y estudios estadísticos sobre fobia social y dependencia emocional.

1.2.1. Fobia Social

A. Nacionales.

Se realizó una investigación por Malca (2018), cuyo objetivo fue analizar la relación entre la ansiedad social y pensamientos automáticos en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana. El trabajo se realizó con una muestra de 235 alumnos, entre 18 y 44 años de la Facultad de Psicología. Para evaluar la ansiedad social y los pensamientos automáticos se empleó el Inventario de Fobia Social de Davidson y el Inventario de Pensamientos Automáticos por Ruiz y Lujan. El diseño de estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal. Encontrándose una correlación positiva altamente significativa entre la ansiedad social y los pensamientos automáticos utilizando el Rho de Spearman ($r=.612$, $p<.001$). Se encontró, también, que existe un Tamaño de Efecto Grande entre las variables ansiedad social y los tipos de pensamiento automático: debería, filtraje y sobre -generalización ($r^2=0,32$; $r^2=0,32$ y $r^2=0,28$ respectivamente); mientras que existe un nivel de Mediano a Gran Efecto para los otros tipos de pensamiento: interpretación de pensamiento, pensamiento polarizado, visión catastrófica, personalización y etiqueta global ($r^2=0,22$; $r^2=0,2$; $r^2=0,2$; $r^2=0,19$ y $r^2=0,17$ respectivamente).

En otra investigación, realizado por Kuba (2017) estudió la relación entre Creencias Irracionales y Ansiedad Social en estudiantes de la Facultad de Psicología de una Universidad privada de Lima Metropolitana, el estudio fue de tipo correlacional y de toma de tipo transversal conformada por 124 alumnos del pre-grado de la facultad de psicología cuyas edades se

encontraban entre los 18 años y 28 años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Creencias Irracionales y el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO - A 30). Las conclusiones señalan una relación moderada y positiva entre las Creencias irracionales y la Ansiedad Social.

Por otra parte, Antona et al. (2006) realizó una investigación cuyo objetivo consistió en conocer la eficacia y repercusión de las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva en variables de síntomas psicopatológicos de fobia social. La muestra fue de 85 personas que presentan fobia social. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a las siguientes modalidades experimentales: a) exposición y reestructuración cognitiva empleados de forma conjunta (10 sesiones); b) exposición (5 sesiones) seguida de reestructuración cognitiva (5 sesiones) y c) grupo control que después de 3 meses recibió reestructuración cognitiva (5 sesiones) seguida de exposición (5 sesiones). Los resultados arrojan un resultado integral, tanto en la disminución de la sintomatología psicopatológica asociada a la fobia social, como en el aumento de la autoestima y asertividad no existiendo diferencias significativas entre grupos que intervinieron con las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva.

B. Internacional

Se realizó una investigación de estudio de caso cuyo objetivo es eliminar o reducir la ansiedad de una cliente de con fobia social con las técnicas de exposición. En el presente artículo se presenta el tratamiento de un caso de fobia social llevado a cabo en 16 sesiones. Las técnicas empleadas fueron la exposición gradual, el entrenamiento en relajación y el entrenamiento en autoinstrucciones. Los resultados muestran diferencias en las medidas empleadas: HAD, SAD, STAI, FNE, EA y CHS. Asimismo, se muestra que el problema de ansiedad está resuelto. Luisa ha mejorado significativamente en los diferentes componentes de

su conducta problema. Ahora puede controlar fácilmente los pensamientos ansiosos. Igualmente está manejando con eficacia sus síntomas fisiológicos (de hecho, desde mediados de la terapia, no ha tenido ningún episodio de ansiedad intenso) y está enfrentándose sin apenas ansiedad a todas las situaciones sociales temidas antes (Ortega, 2004).

En otra investigación realizado por Gil y Hernández (2009), titulado Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social, participaron 17 niños, entre 7 y 12 años, con fobia social asignados aleatoriamente a 3 condiciones: (a) niños bajo el protocolo Intervención en Adolescentes con Fobia Social, (b) el mismo protocolo a los niños e información a sus padres sobre el trastorno, y (c) lista de espera. En evaluaciones de pretest, post test, 3 y 6 meses después, se midieron los síntomas de fobia social informados por los niños, y su ansiedad/depresión y problemas sociales de acuerdo con el informe de sus padres. Los 2 grupos expuestos al tratamiento mostraron mejoría después del tratamiento, pero no los niños en lista de espera. No se detectó ventaja en el caso de la participación de los padres. Se repiten los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños mexicanos.

1.2.2. Dependencia Emocional

A. Nacionales

Otro estudio analiza la temática referida a la dependencia emocional en parejas y dimensiones de la personalidad en miembros de una escuela de oficiales de una institución nacional. El tipo de muestreo fue no probabilístico, seleccionándose una muestra de 115 miembros de la escuela de oficiales quienes mantienen una relación sentimental. Se administró dos inventarios psicológicos; el inventario de dependencia emocional de Aiquipa, el cual

contiene siete sub-escalas que pueden utilizarse por separado o en combinación para evaluar los niveles de la dependencia emocional. El inventario de personalidad de Eysenck, también fue administrado midiendo las dimensiones de la personalidad de extroversión, introversión y neurocitismo. Las conclusiones principales fueron: existen diferencias significativas en las cantidades de los participantes dependientes emocionales y no dependientes emocionales en miembros de una escuela de oficiales. Además, se demostró que existen diferencias significativas en la dependencia emocional en relación con los introvertidos y extrovertidos, corroborando que la mayor cantidad de oficiales con dependencia emocional se ubican en la dimensión de la introversión. Además, se determinó que existen diferencias entre los introvertidos y extrovertidos considerando las áreas de la dependencia emocional como prioridad a la pareja, deseos de exclusividad y deseos de control, sin embargo, no se encontró diferencias significativas en las áreas como miedo a la ruptura, intolerancia a la soledad, necesidad de acceso y subordinación y sumisión (Álvarez, 2018).

Por otro lado, en un estudio realizado en Chimbote, los resultados demostraron que un 82.2% de mujeres que han sido violentadas presentaban un nivel alto y muy alto de Dependencia Emocional. Asimismo, en Lima, se encontró que la media de dependencia emocional es mayor en las mujeres que en los hombres (Aiquipa, 2012; Espíritu, 2013).

B. Internacionales

Un estudio realizado por Lemos et al. (2012), cuyo objetivo fue la identificación del perfil cognitivo de los estudiantes universitarios con dependencia emocional. Ésta se plantea como un patrón orientado al otro como fuente de satisfacción y seguridad personal, donde el perfil cognitivo los llevaría a interpretar los hechos de manera diferente, basándose en cubrir sus necesidades emocionales insatisfechas. Se tomó una muestra aleatoria estratificada de 569

estudiantes universitarios. Los resultados arrojaron un modelo que explica el 89.3 % de la variabilidad, con alta capacidad predictiva (sensibilidad 91.4 %, especificidad 97.7 %), conformado por el esquema de desconfianza/abuso, creencias centrales del trastorno de la personalidad paranoide y dependiente, distorsión cognitiva de falacia de cambio y estrategia hipo desarrollada de afrontamiento de autonomía.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el efecto del programa cognitivo conductual dirigido a identificar modificar, disminuir y/o eliminar la frecuencia e/o intensidad de las conductas problemáticas; motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas en dos jóvenes con fobia social y dependencia emocional.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el efecto del programa cognitivo conductual dirigido a identificar modificar, disminuir y/o eliminar la frecuencia e/o intensidad de las conductas problemáticas; motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas de un joven con fobia social.
- Determinar el efecto del programa cognitivo conductual dirigido a identificar modificar, disminuir y/o eliminar la frecuencia e/o intensidad de las conductas problemáticas; motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas de un joven con dependencia emocional.

1.4. Justificación

El estudio aportará a nivel social una mayor conciencia y conocimiento acerca de cómo se gestan los problemas de ansiedad por una parte y por otra, la dependencia emocional de

pareja. En este caso se describirá de forma didáctica y profundizada los casos de Fobia Social y Dependencia Emocional.

Respecto a su utilidad, el estudio permitirá explorar la singularidad de la persona en cuanto a sus conductas; cognitivas, fisiológicas, emocionales y motoras, que manifiestan según su problemática a estudiar. Esto brindará información a las personas, estudiantes y profesionales de psicología para entender los conceptos, características, causas y antecedentes que tiene una persona con fobia social y dependencia emocional de pareja.

Por otro lado, se justifica también, por la importancia del modelo didáctico que se expone en el presente trabajo, contribuyendo al beneficio profesional e intelectual, en el cual se expone estrategias de diagnóstico, evaluación y la elaboración de dos programas de tratamiento bajo el modelo conductual cognitivo, es decir, tendrá una utilidad como una guía metodológica para los profesionales especializados en psicología clínica u otros campos de la salud mental, lo cual facilitará la toma de decisiones al momento de intervenir casos similares.

Asimismo, brindará un aporte a la comunidad científica, puesto que se ampliará el conocimiento sobre la utilidad de ciertas técnicas conductuales y cognitivas para los problemas de fobia social y dependencia emocional de pareja, posteriormente, dichas técnicas serán evaluadas mediante el diseño seleccionado, A-B-A, el cual incluye una línea Base, Línea de Tratamiento y Línea de Seguimiento en donde los clientes serán evaluados eventualmente durante todas las sesiones del programa (cada cuatro sesiones aproximadamente). Esto sumará, al mismo tiempo, una evidencia acerca de la efectividad de la Terapia Conductual Cognitivo para los casos específicos de Ansiedad social y Dependencia emocional.

Finalmente, el presente trabajo se justifica porque permitirá desarrollar futuros estudios cuantitativos con diseño experimental, ya que existen escasos estudios publicados relacionando un programa cognitivo conductual aplicados a los casos expuestos en el presente trabajo.

1.5. Hipótesis

Hipótesis general

El Programa Cognitivo Conductual disminuye la frecuencia e intensidad de las conductas; motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas de la fobia social y dependencia emocional aplicado a dos jóvenes en un Centro de Atención Psicológica Privado 2019.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Programa Cognitivo Conductual

Antes de poder definir la Terapia Cognitiva Conductual o Conductual Cognitiva como algunos autores lo consideran, es preciso señalar el impacto dentro las numerosas intervenciones psicológicas que actualmente existen, asimismo la definición los dos enfoques que en la práctica clínica se logran complementar de forma eficiente.

Así pues, la terapia cognitiva conductual, se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos.

Para Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no sólo por su capacidad para resolver problemas, sino por hacerlo, además, de una forma que resulte rentable en términos de coste-beneficio, al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar.

Por otro lado, en cuanto a su definición, resulta complejo definirla como un enfoque unificado, esto debido a que los principios filosóficos y epistemológicos son distintos. Asimismo, Sánchez, Artica y De La Cruz (2018), sostienen que, respecto a la Terapia Cognitiva Conductual, resulta confuso proponer un esquema teórico que lo sostenga como un solo enfoque. Debido a la ausencia de una base teórica unificada junto a un autor pilar a diferencia de otros enfoques psicológicos.

La Terapia Cognitiva Conductual puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, ampliando su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología evolutiva, social, cognitiva, etc. (Ruiz, et al. 2012).

Es decir, los principios de la terapia conductual no niegan la existencia de otros factores psicológicos que acompañan en el proceso de aprendizaje, como el factor cognitivo, sin embargo, consideran que es suficiente analizarlo y atenderlo con principios conductuales propiamente dichos. Labrador (2011), refiere que la Terapia Cognitiva Conductual se caracteriza por la importancia que tienen las cogniciones para modificar las conductas. Por ello para producir un cambio en las conductas son necesarias la identificación y la reestructuración de los esquemas cognitivos subyacentes.

Sumado a lo anterior, Aguado (2009) menciona que, “el modelo cognitivo - conductual tiene como idea central que los trastornos emocionales, tales como los trastornos de ansiedad, surgen a partir de como el individuo interpreta determinados hechos que le suceden, generando expectativas en función a éstos” (p. 115).

2.1.1. Modelos de análisis conductual cognitivo

En la intervención con el enfoque conductual cognitivo en la práctica clínica se han desarrollado distintos modelos para abordar diversos problemas de casos psicológicos.

Diferenciándose la forma de recolección de datos, evolución y aún más en las técnicas de intervención.

Estos modelos de aplicación clínica, se puede agrupar según sus propósitos prácticos y pedagógicos en tres grandes modelos (Anicama, 2010, pp. 96-98):

A. Modelo de análisis conductual. Este modelo tiene como representantes dentro de su historia los trabajos realizados por Wolpe, 1958 y Eysenck, 1959, en pacientes neuróticos y con los trabajos de Lindsley, 1956, en pacientes psicóticos.

El autor explica que este modelo explicativo presentaba dos variantes. La primera era un modelo de análisis, estímulo- respuesta cuyo objetivo era identificar la triple relación de contingencia que se da en cada caso; estímulo discriminativo, respuesta y estímulo reforzador. Con mediciones de frecuencia, intensidad, duración, todas ellas orientadas a establecer una línea base con medición continua. La segunda variante, es un modelo de análisis estímulo-organismo-respuesta, la cual también tiene como objetivo identificar la triple relación de contingencia y las características particulares de los organismo expresadas como diferencias individuales entre las personas, los cuales median mediante la frecuencia, duración o registros de tipo auto reporte donde evalúan conductas específicas de la personalidad, por ejemplo, el nivel de introversión, autoestima, o emociones como ansiedad, tristeza, etc.

En ambos modelos de análisis la entrevista es dirigida y se suele preparar preguntas estructuradas en cada sesión. Así también, las mediciones pueden ser continuas o una medición discontinua utilizando un test y post test.

B. Modelo de análisis cognitivo. Según el autor, este modelo inicia en los años 60, producto de ella también el valor en aumento de valor de la variable cognitiva dentro del desarrollo clínico de la psicología. Este modelo tiene como objetivo principal identificar y medir de alguna forma las cogniciones de las personas: pensamientos, creencias irracionales, valores, actitudes, etc. Acompañadas de una medición de las emociones de una forma más o menos objetiva, que acompaña ciertos pensamientos.

Las medidas básicas en este caso son los auto reportes o auto registros de la frecuencia de los pensamientos. Respecto a la entrevista se da de forma semiestructurada debido que la flexibilidad para evaluar pensamientos y emociones lo ameritan y justifican. Sus representantes más destacados son Beck, 1970; Ellis, 1970; Meichembaum, 1974; entre otros.

C. Modelo de análisis conductual cognitivo. Para el autor, este modelo conductual cognitivo es el más contemporáneo, el cual se va definiendo a partir de los años 80s, y va teniendo un impacto importante dentro de las terapias integrativas. Este modelo tiene como objetivo realizar una triple relación de contingencia de hechos conductuales así también como cognitivas, así también las variables sociales, el contexto donde se manifiesta la conducta problema. Respecto a la entrevista, igualmente se da de forma semi-estructurada, es decir, en algún momento puede ser dirigida y otras más flexibles para evaluar las conductas de tipo cognitivo. El modelo está representado por Bandura, 1969; Goldstein, 1981; Ardila, 1979; por citar algunos autores.

2.1.2. Técnicas de intervención

A. Evaluación Cognitivo Conductual. En cuanto a la evaluación cognitivo conductual, según Beck y Clark (2012), ha evolucionado puesto ahora no solo se evalúa conductas observables si no se ha incluido conductas encubiertas, sumándose al mismo tiempo

las áreas a evaluar; las auto verbalizaciones, distorsiones cognitivas, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales, estilos atribucionales, etc. En consecuencia, se han generado y desarrollado técnicas específicas para la evaluación de respuestas de tipo cognitivo. Entre las técnicas de evaluación más utilizados están los autorregistros y los inventarios cognitivos auto informados.

B. Exposición en vivo (EV). La técnica de Exposición en Vivo ha demostrado efectividad en los últimos años, sobre todo en intervenciones en problemas fóbicos específicos, demostrando así su valía en cuanto a los trastornos de ansiedad (Antony y Barlow, 2004; Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers y Telch, 2008).

La Exposición en Vivo consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual, bien entrando en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se denomina inundación (Beck y Clark, 2012). La indicación básica en estas sesiones es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad, o bien hasta alcanzar un nivel de 4 en una escala subjetiva de ansiedad de 1 a 10 (Bados y García, 2011, citado por Beck y Clark, 2012).

C. Exposición con prevención de respuesta (EPR). Beck y Clark, (2012) en este caso, exposición con prevención de respuesta consistiría en exponer al paciente a la ansiedad que le produce la idea de contaminación después de haber tocado el pomo del cuarto de baño, impidiendo que se dé una respuesta evitativa de la ansiedad (lavarse las manos).

Así también, esta técnica es denominada como exposición intensiva, inundación, implosión o “flooding”, aquí la exposición se realiza de manera brusca, confrontando al paciente

a toda la intensidad de la ansiedad que evoca una situación ansiogena (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2008).

Marks y Mishan (1988) citado por Beck y Clark, (2012) fueron los primeros en dar a conocer sobre el empleo de procedimientos como la exposición en vivo y la prevención de la respuesta. La exposición incluía hacer que el cliente se exponga gradualmente en situaciones aversivas cada vez con más dificultad si lograr retirarse del lugar.

D. Desensibilización Sistemática (DS). La Desensibilización Sistemática está especialmente dirigida a los tratamientos de los casos fóbicos, en los cuales se asocian a estímulos ansiogenos, asimismo, desensibilización sistemática, ha demostrado ser tan eficaz en abordajes de fobias específicas u otros problemas de ansiedad que se manifiestan en situaciones concretas, por ejemplo, el temor a los ascensores, a las agujas, etc. (Ward, Brinkman, Slifer y Paranjape, 2010).

Según Beck y Clark (2012) la Desensibilización Sistemática consiste es un proceso ordenado preparatorio antes de iniciar la exposición del individuo, estos pasos se mencionan a continuación:

- Elección de la respuesta incompatible con la ansiedad y posible entrenamiento.
- Elaboración de una jerarquía de ansiedad
- Valoración de la capacidad imaginativa y entrenamiento en imaginación si se requiere.

Estas tres actividades pueden llevarse a cabo en paralelo durante las primeras sesiones en la consulta y deben estar dirigidas por el terapeuta. En otro caso, si el sujeto tiene un buen entrenamiento previo en relajación y su capacidad imaginativa es excelente el trabajo previo a las sesiones de desensibilización será únicamente la elaboración de la jerarquía de ansiedad.

E. Terapia Racional Emotiva Conductual. Cuando los individuos intentan conseguir sus metas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando con acontecimientos activadores (A) que les permiten o dificultan la consecución de sus metas en función de las valoraciones que realicen de estas situaciones estimulares. Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Ellis propone el modelo ABC: Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. En otras palabras “A” son los acontecimientos activadores a los que respondemos, “C” la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y “B” las creencias que tenemos sobre “A” que son las que explican en mayor medida nuestra respuesta “C”, siendo, “B” el mediador fundamental entre “A” y “C” (Ellis, 1984 citado por Beck y Clark, 2012).

F. Técnicas cognitivas. Beck denomina técnicas cognitivas al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y modificar los pensamientos irracionales y negativos. A continuación, describe las técnicas cognitivas más usadas (Beck y Clark, 2012):

a. Autorregistros

Los autorregistros se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea

base para comparar los cambios posteriores. Durante las fases de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestionamiento de las cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que permita confirmarlas o refutarlas.

b. Descubrimiento guiado

Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.

Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones.

Hay una serie de preguntas generales que se utilizan para cuestionar cogniciones disfuncionales: ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?, ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación? Y ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

2.2. Ansiedad

La ansiedad ha formado parte de la evolución humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta normal adaptativa. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, siendo ésta un tipo de emoción compleja y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático físico (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

La ansiedad es una emoción originada por pensamientos anticipatorios de situaciones futuras que son percibidas como potenciales peligro, en consecuencia, esto genera un temor por la posibilidad de no poder afrontarlos y tomar control de ella (Beck, Emery y Greenberg, 1985;

Barlow, 2002). De la misma forma Beck y Clark (2012), Considera la ansiedad como un abanico sistematizado de respuestas conductuales, fisiológicas, afectiva y cognitiva, las cuales se activan por pensar de forma anticipada lo que posiblemente va a suceder en un futuro respecto a una situación en específico, en donde la persona piensa que no podrá controlarla.

Por otra parte, la terapia cognitiva parte de una premisa para explicar el origen de la ansiedad u otros problemas de tipo emocional: “no me afecta lo que me sucede sino más bien lo que llego a pensar acerca de lo que me sucede”. Esta forma de pensar o idea central explica, según los autores, el origen de distintos trastornos de ansiedad puesto que son los pensamientos los que agudizan las emociones los cuales debieran experimentarse con niveles controlados (Beck y Clark, 2012).

2.2.1. Aspectos biológicos de la ansiedad

Los aspectos biológicos de la ansiedad son respuestas fisiológicas automáticas que se dan en situaciones donde la vida de una persona corre peligro. Así tanto como los animales presentan reacciones defensivas frente a situaciones aversivas, el hombre también responde de forma similar, ya sea confrontando el peligro o huyendo de la misma, todo con el objetivo de conservar su vida (Canon, 1927).

Por otro lado, Bradley, Mogg, y Millar (2000), refieren que muchos de los síntomas y signos de la ansiedad son de naturaleza fisiológica y reflejan la activación de los sistemas nerviosos simpático (SNS) y parasimpático (SNP). Cuando el SNS se activa provoca repuestas automáticas de tipo fisiológicas las cuales son evidentes en una persona que presenta ansiedad. Los síntomas que pueden observarse son hiperventilación, reducción de los vasos sanguíneos, dilatación las pupilas y los pulmones, el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal, rigidez en los músculos, sobre todo de las extremidades superiores e

inferiores. Así también para Beck, Emery y Greenberg (2005), la ansiedad se manifiesta de muchas formas, conlleva elementos diversos tipos; fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano, la cual tiene como principal origen el dominio conjunto de la activación cognitiva y fisiológica la que genera las sensaciones descritas propias de una ansiedad. Las características conductuales implican principalmente las respuestas de abandono o de evitación, así como de búsqueda de seguridad. Las variables cognitivas aportan la interpretación de la situación, de razón de nuestro estado interno como de ansiedad. Los síntomas de ansiedad divididos en los cuatro sistemas funcionales asociados a una respuesta adaptativa frente a una situación estresante o peligrosa.

En la Tabla 1 se observa los rasgos más comunes de la ansiedad, en sus distintos niveles sintomáticos, como son los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y afectivos.

Tabla 1

Rasgos comunes de la ansiedad en los niveles fisiológicos, cognitivos, conductuales y afectivos

Síntomas fisiológicos
(1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) náusea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.
Síntomas cognitivos
(1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (3) miedo a “enloquecer”; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5)

pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

Síntomas conductuales

(1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huida, alejamiento; (3) obtención de seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha; (5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar.

Síntomas afectivos

(1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado

Es decir, de lo expuesto anteriormente, la ansiedad es una emoción que se manifiesta en todos los niveles de respuesta; fisiológica, cognitiva, emocional y conductual. Asimismo, es una emoción que puede ser funcional siempre y cuando no sobrepase la normalidad, es decir, la ansiedad no debe limitar o inhibir a la persona frente a la realización de sus actividades cotidianas. Así también, tiene una explicación biológica, el cual atribuye las respuestas al SNS y SNP, cuyas funciones son regular de manera automática los impulsos nerviosos del organismo humano.

2.2.2. Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por altos niveles de ansiedad y comportamiento temeroso e inhibido. Las personas que padecen trastornos de ansiedad pueden padecer de fobias, ataques de pánico u obsesiones con compulsiones. Por lo que también una

situación traumática puede influir en gran manera a la aparición de trastornos de ansiedad en edades adultas. Sin duda, esto afecta al individuo generando sentimientos de desesperación y sufrimiento. Por otro lado, no hay un modelo que pueda explicar el rol que cumplen algunos factores; sociales, ambientales y biológicos, como causa de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, existen investigaciones que han demostrado que todos los trastornos mentales son de tipo biopsicosociales y que el ambiente social es el canal donde se desarrolla estas problemáticas. Afecta al individuo, su trabajo y comprometen su bienestar social. No existe un modelo único que explique el papel desempeñado por los factores sociales, ambientales y biológicos en la causa de las enfermedades mentales. Las investigaciones actuales demuestran que todos los trastornos mentales son biopsicosociales y que cualquier que sean las características psicológicas, el ambiente social influye en el curso de estas dolencias. Los problemas de ansiedad reciben distintas denominaciones (Ministerio de Salud, 2005).

De lo anterior se puede concluir que el trastorno de ansiedad consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La persona que tiene ansiedad teme volverse loca, morirse o realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico. Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

2.2.3. Causas

Como otros trastornos psiquiátricos, los trastornos de ansiedad son explicados aplicando el modelo causal de vulnerabilidad-estrés. Según éste, el individuo podría presentar una serie de

factores predisponentes o de riesgo para el padecimiento de los trastornos de ansiedad que serían desencadenados por otros (factores desencadenantes). A continuación, se describen algunos de estos factores. El hallazgo más replicado por todos los estudios es que los trastornos de ansiedad son más prevalentes en las chicas, por tanto, el sexo parece un factor interviniente, aunque no existe ninguna teoría psicopatológica que explique esta diferencia de forma convincente. Así también, no conocemos los caminos por los que los factores de riesgo o predisponentes confluirían y terminarían o no produciendo los trastornos de ansiedad; además, los estudios necesitarían incluir la perspectiva del desarrollo porque no todos los factores de riesgo o situaciones traumáticas tienen un mismo efecto patogénico según el momento del desarrollo en el que tienen lugar (Sancho y Lago, 2005):

A. Factores genéticos y constitucionales. Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha determinado si la transmisión es genética o determinada por el tipo de crianza recibida durante la infancia. Puede afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos (trastorno de pánico), estando otros, como la ansiedad generalizada o la de separación, más condicionados por factores ambientales.

B. Temperamento. Los niños que son inhibidos comportamentalmente, tímidos, inseguros o tendentes a la retracción en los primeros años poseen más probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad, ya sea en niñez o en la edad adulta.

C. Estilos parentales. La sobreprotección que, en ocasiones, es producto de las propias ansiedades parentales, como la ansiedad por separación, viene a influir en la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles, su

autonomía se ve anulada y limitada. Por otra parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos, críticos, pueden ser inhibitorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí mismo; seguridad y capacidad.

D. Acontecimientos vitales estresantes. Algunos miedos pueden tener como origen por algún acontecimiento traumático (la experiencia de una tormenta). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una experiencia atemorizante que experimente el niño influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

E. Los ambientes sociales desfavorables (grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, etc.). Generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Concluyendo con lo expuesto anteriormente, el trastorno de ansiedad presenta diversos factores explicativos desencadenantes, sin embargo, ninguno de ellos es determinante, pero si influyente.

2.2.4. Fobia Social

La Fobia Social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones o actuaciones en público del propio sujeto, lo que puede dar lugar a comportamientos de evitación.

Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional (APA, 2001).

Generalmente, los sujetos con fobia social temen que ese escrutinio sea embarazoso, humillante, les haga aparecer como tontos o sean evaluados negativamente. Esto es claramente FS, porque dichos sujetos no tienen dificultades cuando realizan las mismas tareas en privado. «La conducta se deteriora sólo cuando los demás les están observando» (Caballo, 2002).

2.3. Dependencia Emocional

La emoción más universal, compleja de la cual se ha estudiado y en la actualidad aun continua, es el amor. Entendida desde un enfoque biológico se describe al amor como la interacción de sustancias hormonales que tienen como campo de actividad en el sistema nervioso central del ser humano, los cuales, gracias a su interacción se crean circuitos cerebrales que se evidencian en reacciones fisiológicas. Asimismo, puede explicarse desde un punto evolucionista, en la cual los autores afirman que el amor es un instinto que, servido como un mecanismo de preservación de la especie humana, y que a medida que han pasado los años, ha evolucionado hasta tener una funcionalidad social (Sternberg y Weis, 2006).

Entendiendo el amor como una emoción de interés en toda historia, es por eso que muchos filósofos han intentado estudiarla y dar una explicación a dicho fenómeno. El primer filósofo en estudiar y hablar sobre el amor fue Platón (427 aC - 347 aC), quien propuso el término de «amor posesivo» para referirse a las personas que buscaban de forma compulsiva, experimentando altos niveles de ansiedad a otra persona, como objeto de amor. Otro importante filósofo fue Immanuel Kant (1724-1804) quien propuso el concepto del amor-pasión (egoísta), haciendo alusión a un entramado de emociones, como la ansiedad, ira, los cuales resultaban incontrolables para las personas que lo sentían. (Clemente et al., 1997).

Por lo anterior, definir Dependencia Emocional resultará tan complejo como definir el concepto de amor. Según la Real Academia Española (2018), en dos de muchas acepciones, menciona que dependencia significa, subordinación a un poder o necesidad compulsiva de alguna sustancia; alcohol, tabaco o cualquier otra sustancia psicoactiva, para experimentar sus efectos o calmar el malestar propio de un síndrome de abstinencia.

Según Castelló (2000), la Dependencia Emocional es una necesidad afectiva intensa de una persona a otra, el cual se replica en cada relación nueva, por lo que el dependiente emocional lo será aun cuando no tenga una pareja, ya la Dependencia Emocional está relacionado con las características intrínsecas de la persona dependiente, sin embargo, un dependiente emocional sin pareja es inusual, puesto que cuando al terminar una relación buscan sino es a la misma pareja, a otra con características similares.

Por otro lado, para Moral y Sirvent (2008), la Dependencia Emocional es definida como una conducta con alta frecuencia de demandas afectivas fallidas en el intento de estar con su pareja, manifestando características obsesivas de posesividad, voracidad de cariño, siendo incapaz de romper ese vínculo afectivo patológico.

Otra definición que se encuentra es la realizada por Congost (2011) quien menciona que la Dependencia Emocional es como una especie de adicción, la cual tiene como elemento característico la parte afectiva, donde la persona tiende a poner su estructura y seguridad en el otro.

En tanto, Anicama et al. (2013) sostienen que la Dependencia Emocional es una necesidad intensa de afecto que una persona siente por su pareja, lo cual tiene como consecuencia la modificación de la personalidad, pues la persona dependiente significa el

concepto de amor de una forma distorsionada e ilógica donde asegura que el amor de su pareja es imprescindible para poder estar bien, como si estar con su pareja fuera una necesidad vital como lo sería la comida o el agua.

2.3.1. Teorías Explicativas de la Dependencia Emocional

A. La Teoría de la Vinculación Afectiva de Castelló. Aiquipa, (2012). refiere que la dependencia emocional es un término utilizado muy frecuentemente. Asimismo, considera que muchos profesionales de la salud mental suelen confundir la dependencia emocional con otros términos, esto debido a que existen escaso estudios realizados sobre el tema. A continuación, se el autor describe las diferencias con las que se puede confundir el termino de Dependencia Emocional.

A1. La dependencia emocional no es lo mismo que la Codependencia. Para este autor la Dependencia Emocional y codependencia pueden resultar similares en algunos aspectos, sin embargo, se diferencian en lo esencial. Refiere que la codependencia se relaciona a la Dependencia Emocional en cuanto a que ambas son relaciones tóxicas, las cuales son influenciadas por las características del mismo Dependencia Emocional o codependiente, lo cual puede hacerlos caer en ciclo sin fin de nuevas relaciones tóxicas. La codependiente asume un papel de salvador, cuidador, al punto que asume un problema ajeno como suyo, usualmente elige pareja a personas que presentan uno o más problemas asociados; alcoholismo, obesidad, etc. La pareja de codependiente generalmente suele asumir un rol pasivo desligándose de sus responsabilidades y evidenciando su desmotivación para resolver sus propios problemas. Por otro lado, el dependiente emocional, tiene como único fin estar con su pareja, al cual, idealiza, y asume que no podría vivir sin este. Así mismo se evidencia en la elección de parejas. Los

dependientes emocionales, buscan parejas con ciertas características como ´personas narcisistas, dominantes, ególatras.

A2. La Dependencia Emocional no es una adicción propiamente dicha. Para el autor en este apartado, las adicciones a sustancias psicoactivas y Dependencia Emocional coinciden en muchos aspectos, algunos síntomas con la obsesión, compulsión y hasta un síndrome de abstinencia se evidencia en el dependiente emocional, sin embargo, también sostiene que no se puede comparar a los dependientes emocionales con un alcohólico o un ludópata. Para explicar esto se tiene la premisa que cuando hablamos de un adicto a sustancias entendemos que es un problema personal contrario a un dependiente emocional, asimismo, cuando un adicto a sustancias pasa un tiempo sin consumir se puede considera rehabilitado, sin embargo, en los dependientes emocionales no es así. Explica que un dependiente emocional puede ser adicto a la persona, para luego romperse la relación, estar sin pareja (periodo de abstinencia) y, sin embargo, continuar siendo dependiente emocional, aunque no adicto (no habiéndose “curado”), para luego ser nuevamente adicto a la persona B, y sucesivamente.

A3. La dependencia emocional no es sinónimo del Apego Ansioso. Respecto a la teoría del apego, el presente autor explica que, en cuanto a los componentes del apego de tipo ansioso, planteados por Rose y Sheldon. Aiquipa, (2012). son: el temor a la pérdida de la figura vinculada, la búsqueda de proximidad y la protesta por la separación, evidencian las similitudes entre el apego ansioso con la Dependencia Emocional, sin embargo, existen diferencias importantes en cuanto a sus causas. El autor concuerda con que los dependientes emocionales presentan un estilo de apego ansioso, del tipo “preocupado”, aun así, explica que no todas las personas con estilo de apego ansioso son dependientes emocionales. Pues considera que las

conductas de proximidad física no lo son todo, es mucho más relevante y determinante la calidad de la relación, “el vínculo afectivo entre personas”. Mediante la teoría del apego ansioso se explica que el dependiente emocional tiene miedo a la separación, por ello intenta desesperadamente que no se produzca, pero no explica el por qué.

A4. La dependencia emocional no es adecuadamente explicada desde la Sociotropía

En este caso, el autor menciona que la Sociotropía se asemeja a la Dependencia Emocional ya que, en ambos casos predispone a la persona a la depresión, a estar estable temporalmente, ha sobrevalorarse y temor al rechazo, busca continuamente el apoyo de los demás y existe una imperiosa necesidad de afecto, etc. Sin embargo, esta teoría, según Castelló no es adecuada para explicar la Dependencia Emocional ya que, la Sociotropía es un término relacionado que antecede y se orienta a cuadros depresivos. La Dependencia Emocional es un problema lo bastante complejo para ser considerado lo suficientemente importante para ser estudiado por sí mismo.

A5. La dependencia emocional no es lo mismo que el Trastorno de la Personalidad por Dependencia.

Respecto a este apartado, el autor señala dos tipos de Dependencia: la Instrumental, que se encuentra descrita en el DSM-V, y la Emocional. Respecto a la Dependencia Instrumental señala que, es una dependencia orientada específicamente a cuestiones de interés, dinero, propiedades, búsqueda de seguridad, menos afectiva. Dicho de otra forma, se puede entender que tiene un objetivo de utilidad, es decir, estas personas permaneces con su pareja por la utilidad e imprescindible que resultan para cubrir sus necesidades vitales. Esto debido a que, ya que el dependiente instrumental se considera desvalido, indefenso, puesto

que siempre ha sido “mimado” y sobreprotegido, teniendo una escasa capacidad de decisión y de iniciativa, evidenciando un intenso temor al abandono ya que considera que estar solo es un peligro, y además sin tener la capacidad necesaria para poder enfrentarse al mundo si no es en compañía de alguien de quien dependería. Se trata de una necesidad tangible, libre de afecto. Por el otro lado tenemos a la Dependencia Emocional, que es más de tipo romántica, y tiene aspectos puramente emocionales. Teniendo como ventaja única el sentirse próximo a alguien amado. Se orienta a un deseo de afecto, sin justificación. El dependiente emocional concibe la vida siempre al lado de alguien a quien idealiza y considera poderoso, y que da sentido a su vida, mientras no encuentre a otra persona.

Por lo tanto, si bien en ambos casos se manifiesta una dependencia interpersonal en el cual se manifiesta un deseo intenso de la necesidad por el otro, son muy diferentes en diversos aspectos.

En la Tabla 2 se observa las cinco diferencias fundamentales entre Dependencia Emocional e instrumental.

Tabla 2

Diferencias entre Dependencia Emocional e Instrumental.

Diferencias	Dependiente Emocional	Dependiente Instrumental
Infancia	No recibió una sobreprotección por los cuidadores.	Recibió sobreprotección por los cuidadores
Características del dependiente	Demuestra autonomía y valerse por sí mismo.	Es como un infante quien necesita de alguien por no poder ejercer su autonomía.
Objeto de la dependencia	Satisface generalmente su objetivo,	Puede satisfacer su objetivo, tanto con amigos, pareja, como familiares,

	exclusivamente con una pareja con quien tiene un vínculo afectivo sexual.	que convivan con él.
Objetivo de la relación	La necesidad principal es el afecto de su pareja, para encontrar un sentido a su vida.	Buscan cuidado y protección frente a su vulnerabilidad.
Frecuencia de la relación	Tolera una relación donde no haya contacto directo, siempre y cuando haya expresión de afecto.	No acepta de ninguna forma una relación con encuentros parciales o eventuales.

B. Teoría de Sánchez. Según la teoría de Sánchez (2010), la dependencia emocional como un trastorno de la personalidad. Señala que el dependiente emocional tiene la creencia de no valer lo suficiente, busca seguridad constantemente en los otros y en factores externos, además no confía en su criterio personal y sus propios recursos. Explica que la dependencia emocional se origina en la niñez, que el no haber tenido el amor de las personas importantes genera experiencias las cuales los significa de forma negativa, teniendo como consecuencia una baja autoestima en el futuro. Asimismo, la de puede incrementar en las etapas escolares o cuando se es adolescente. Ya en la adultez, el dependiente emocional empieza a recrear las experiencias pasadas asumiendo un rol pasivo el cual hace que busque la aprobación de los demás, complaciéndolos o haciendo lo necesario para ser aceptado, aun cuando esto le genere problemas importantes. El dependiente emocional no ha conocido el amor como un intercambio de afecto y respeto, no ha aprendido a tomar las riendas de su vida y busca a alguien que lo haga feliz. Suele sentirse atraído por quienes aparentan seguridad y dominancia.

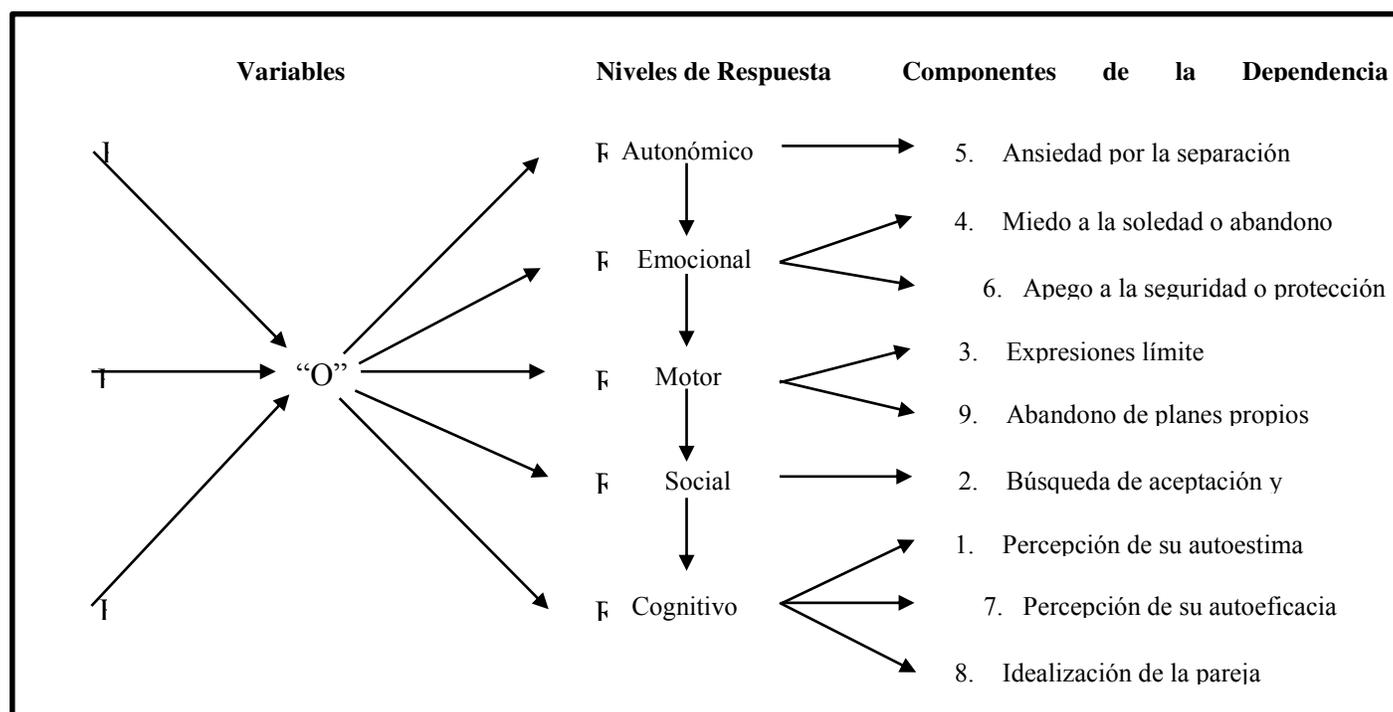
C. Teoría Conductual Cognitiva de Anicama. Para Anicama (2014), la dependencia emocional es una "Clase de Respuesta" inadaptada que emite el organismo en todos sus cinco

componentes de interacción con el ambiente: autonómico, emocional, motor, social y cognitivo, las cuales se expresan en nueve componentes de la Dependencia Emocional.

En la figura 1 se observa los cinco niveles de medición de la dependencia emocional, derivando estas 8 dimensiones específicas.

Figura 1

Ilustra la concepción científico experimental basada en un modelo conductual cognitivo de la variable dependencia emocional.



2.3.2. Causas

Según Castelló (2005), citado por Aiquipa (2012). Las causas asociadas a la dependencia emocional en las parejas no solo se explican por los pensamientos, experiencias tempranas, sino también por el conjunto de acciones y reacciones que el sujeto, siendo un organismo individual y

activo, lleva a cabo en sí mismo y en su medio; el individuo es la persona más importante para su propio desarrollo, esto cobra un papel importante en el desarrollo humano. No existe una relación causal unidireccional.

Por lo tanto, el autor presenta cuatro causas atribuibles a la Dependencia Emocional en las parejas:

- Carencias afectivas y relaciones insatisfactorias en fases tempranas de la vida.
- Mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima.
- Dentro de los factores biológicos, habría que incluir la pertenencia a un sexo o a otro, es así que un varón tiene mayor facilidad para efectuar una desvinculación en circunstancias adversas, mientras que la mujer mantendrá su vinculación afectiva a los demás con mayor frecuencia que el varón a pesar de estar padeciendo carencias afectivas.
- Las culturas remarcan en mayor o menor medida diferencias entre los géneros masculino y femenino, cada cultura tiene diferentes modelos de pareja, y los roles masculino y femenino.

En tanto Anguita (2017), remarca la importancia, como factor causal en la dependencia emocional, la vivencia de un apego inseguro o evitativo con el cuidado durante los primeros años de la infancia, los cuales construyen esquemas de pensamientos para relacionarse de forma dependiente en la vida adulta.

2.3.3. Dependencia Emocional de Parejas

Según Castelló (2000), en el caso concreto de las relaciones de pareja, se trataría de una necesidad extrema de carácter afectivo que un individuo siente hacia su pareja. La dependencia emocional en las parejas es un tipo de dependencia relacional genuina, entendiendo las dependencias relacionales como trastornos caracterizados por la expresión de conductas de tipo

adictivo en las relaciones interpersonales. Las relaciones que establece el individuo con dependencia emocional son asimétricas, manifestando una actitud de sumisión hacia la otra persona (Moral y Sirvent, 2008). Las dependencias interpersonales de parejas terminan por afectar al conjunto de sistemas del sujeto (Bornstein, 1992):

- *Cognición*. Se refiere que las personas dependientes emocionales presentan creencias y esquemas nucleares de sí mismas como personas débiles, vulnerables, necesitadas, por lo que frecuentemente manifiestan preocupaciones, rumiaciones, celotipias, etc. Estas creencias irracionales guían las emociones y conductas consecuentes de dichas personas.

- *Emoción*. Como consecuencia las con Dependencia Emocional sienten miedo al abandono por parte de la pareja, ansiedad ante la separación, frustración y tristeza frente al rechazo.

- *Motivación*. Respecto a este punto, según el autor mantienen constantemente el impulso obsesivo de buscar continuamente contacto con la pareja, deseados el afecto, protección y atención de este.

- *Conducta*. Llevan a cabo conductas de sumisión, de complacencia, de búsqueda de contacto con la pareja, etc.

El individuo con este tipo de dependencia manifiesta, por tanto, pensamientos, creencias, emociones y conductas que giran en torno a la necesidad que mantiene por vincularse estrechamente con personas que son importantes para él o ella.

La dependencia emocional de pareja se define como la dimensión disfuncional de un rasgo de personalidad, que consiste en la necesidad extrema de orden afectiva que una persona siente hacia su pareja, aun cuando es rechazada (Castello, 2005, 2012). En este sentido, y siguiendo a este autor, la persona con dependencia emocional presenta un patrón de

pensamientos, emociones y conductas de sumisión a la pareja, necesidad de acceso a la misma, miedo a que la relación se termine, priorización de la pareja, entre otras características disfuncionales.

Por otro lado, Castelló (2005) sostiene que las personas con Dependencia Emocional suelen elegir a sus parejas cuyas características presentadas son el egocentrismo, autoritarismo y por lo general son poco afectuosas(os). Las parejas de los dependientes emocionales son lo contrario a ellas, sin embargo, terminan siendo idealizados por su pareja. Así, la vida de estas personas gira en torno a su relación amorosa, donde empiezan a sufrir una despersonalización que se encubre bajo el amor romántico hasta convertirse en una relación toxica con consecuencias negativas (Riso, 2012).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo explicativa con diseño experimental conductual: Diseño univariable multicondicional A-B-A. Siendo esta el tipo de investigación más utilizada por los psicólogos clínicos con especialidad en Terapia Conductual Cognitiva en la intervención individual para el control de los efectos del tratamiento de sesión a sesión durante el tratamiento (Anicama, 2010).

3.2. Ámbito temporal y espacial

Los dos casos psicológicos se abordaron en el Centro de Atención Psicológico PSICONET, ubicado en la Calle Villa Hermosa 122, Urb. Mesa Redonda - Independencia, Lima. Asimismo, el proceso de evaluación psicológica inició en el mes de abril (Fobia Social) y agosto (Dependencia Emocional) del 2019.

3.3. Variables

3.3.1. Variable Independiente y manipulada (VI)

Terapia cognitiva conductual. Exposición en vivo, Desensibilización Sistemática. Reestructuración cognitiva, Control de Estímulos, Control Encubierto (Balanza decisional), Detención de pensamiento con sustitución, auto-registros de actividades, Relajación y biblioterapia.

3.3.2. Variable Dependiente (VD)

Son los cambios de las conductas de los jóvenes; modificar, disminuir y/o eliminar las conductas que presentan en cada caso: Fobia Social y Dependencia Emocional de pareja.

3.4. Población y muestra

Para la muestra se realizó el muestreo no probabilístico, es decir, se seleccionó a un total de 2 clientes por conveniencia (Hernández y Mendoza, 2018), cuyas edades son de 20 y 23 años, y quienes además han culminado con un Programa Cognitivo Conductual en un Centro de Atención Psicológico privado de la ciudad de Lima.

Respecto a los criterios de inclusión y exclusión, se tomó en cuenta que un cliente presente conductas y síntomas asociados a la fobia social y el otro a la dependencia emocional de pareja. Así también, ambos clientes se comprometieron a asistir a todas las sesiones programadas semanalmente. Este trabajo no incluirá aquellos clientes que abandonen el programa cognitivo conductual.

A continuación, se presentan a los dos clientes atendidos durante el primer y el segundo semestre del 2019:

3.4.1. Participante 1

- *Datos de filiación.*

Varón de 20 años que cursa el 2 ciclo de la carrera de medicina, en una universidad particular en la ciudad de Lima. Actualmente vive con su padre (55), madre (47) y hermano (25). Respecto a las relaciones con cada uno de ellos, **Madre:** la relación con la madre se caracteriza por la confianza que se tienen, Jorge suele contarle lo que piensa o los problemas que padece y ella lo aconseja y apoya en todo. Cuando tenía un problema la escuela o colegio, ya sea por una chica que le gustaba o si jalaba en algunos cursos recurría a su madre, pues ella le ayudaba a resolver sus problemas, que en muchas ocasiones no se enteraba. **Padre:** Respecto al padre, la relación que mantienen casi siempre se ha caracterizado por desconfianza, ya que su padre era

muy estricto y autoritario, lo golpeaba y gritaba, y aún más cuando empezó a tener problemas con el habla (tartamudez). Esto sucedía todos casi todos los días de la semana. No solo gritaba a George sino a toda la familia. George afirma que pese a ello el entiende que su padre se comportaba así porque trabajaba demasiado y a causa de ello tenía estrés. **Hermano:** La relación con su hermano fue adecuada, ya que siempre se contaban sus cosas y se apoyaban desde niños. George afirma que hasta ahora se llevan bien y se apoyan en todo. Aunque no como antes, debido a que ahora se dedica a sus cosas y la confianza para conversar de temas íntimos no es la misma.

- *Motivo de consulta.*

El Cliente refiere que presenta un problema de tartamudez lo cual hace que no pueda trabajar o hablar con personas desconocidas en su trabajo, en donde se desempeña como orientador “me siento muy frustrado porque no puedo hablarles a las personas, he llegado hasta faltar al trabajo, siento miedo y cólera cuando paso por situaciones vergonzosas”.

- *Problema actual.*

Cuando el supervisor de su trabajo, le indica a George, que debe ir a otra estación y estar solo, ya que no hay nadie para que se quede como encargado, en ese momento piensa “habrá mucha gente y se van reír”, “pensaran que soy retrasado por hablar tartamudeando”, experimentando ansiedad (9/10) y miedo (8/10), y cuando llega a la estación las personas le empiezan a preguntar y otros lo observa cuando empieza a hablar haciendo que Jorge se sienta aún más ansioso, por lo que decide irse al baño y quedarse por diez minutos. Esta conducta se repite 2 veces a la semana.

En otra ocasión, cuando George se queda como encargado en una estación, y observa a una persona discapacitada, la cual necesita de un orientador para que la ayude a subir al bus,

como no hay uno cerca tiene que usar el radio para llamar a uno, en ese momento Jeorge siente ansiedad (8/10) y miedo (8/10) y piensa “si hablo por la radio todos me escucharan que hablo mal”, “me escucharan tartamudear mis compañeros, supervisores y otras personas de otras estaciones”, por lo que evita hablar por la radio y decide dejar su puesto e ir a buscar a un orientador personalmente. Esto se repite 4 veces a la semana.

Cada vez que una persona se acerca a Jeorge sonriendo y le preguntan sobre algún paradero o carro, se molesta, sintiendo ira (9/10) y ansiedad (8/10), ya que piensa “seguro ya me han escuchado hablar antes por eso se están riendo”, Jeorge les contesta sin sonreír y con un tono de voz serio. Esta conducta se repite cada 3 veces a la semana.

En otra situación, los pasajeros del metropolitano desean abordar con sus mascotas (perros), en ese momento Jeorge se percata y siente ansiedad (8/10) y miedo (7/10), ya que piensa “si hablo mal se van a burlar de mi o se pueden molestar”, por lo que decide caminar hacia otro lado hasta que otro orientador llegue y solucione ese problema, cuando eso sucede Jeorge se siente más tranquilo. Esta conducta se repite 5 veces a la semana.

Cuando Jeorge observa ingresar a personas con sus hijos a la estación del metropolitano, y se da cuenta que los niños se están metiendo por debajo de las puertas de seguridad sin pagar pasaje, en ese momento empieza a experimentar ansiedad (8/10) y miedo (8/10), entonces se dirige a ellos para indicarles que siendo sus hijos mayores de 6 años deben pagar pasaje, a lo cual los padres le contestan, que son menores de 6 años, en ese momento Jorge piensa “si insisto se puede molestar y quejar”, por lo cual no insiste y deja que pasen, aun cuando él reconoce que son, evidentemente, mayores de 6 años. Esta conducta se repite 6 veces a la semana.

En otra ocasión, cuando George se queda como orientador junto a varios de sus compañeros y algunos supervisores, en ese momento empieza a experimentar ansiedad (10/10) y miedo (7/10), piensa “me van a ver como trabajo, verán que tartamudeo, se van a reír y pensarán que no sirvo para esto”, “dirán que un orientador debe saber hablar bien, sin tartamudear”. Esta conducta se repite 4 veces a la semana.

George refiere que quiere hablarle a una chica que le gusta, quien es su compañera del trabajo, sin embargo, cuando la ve, piensa “si le hablo, pensará que soy un retrasado”, “la incomodaré y no me hablará”, experimentando ansiedad (8/10) y miedo (7/10), y evitar acercarse a ella. Esta conducta se repite 4 veces a la semana.

En otras ocasiones, cuando George invita a su familia a salir a comer a un centro comercial, George intenta ordenar lo que van a comer, sin embargo, cuando el mozo llega a su mesa, George empieza a experimentar ansiedad (7/10), y piensa “voy a hablar mal, se puede reír de mí, no me va a entender”, por lo cual evita hablar y espera que su hermano o sus padres ordenen la comida, y de igual forma le da dinero a padres para que cancelen la cuenta, evitando así hablar por sí mismo.

- *Desarrollo cronológico del problema.*

A la edad de 5 años, estaba corriendo rápido y un amigo lo llamó por su nombre para advertirlo de algo, cuando George volteo siente un golpe de un palo en la cabeza, en ese momento algunas personas, amigos y familiares se rieron de lo que le paso, por lo que Jorge sintió vergüenza y se puso a llorar.

A la edad de 7 años, George se encontraba solo con su hermano en su casa, de pronto, escuchan discutir a personas en la calle, por lo que deciden ir a ver por la ventana de su cuarto.

Entonces se percatan que era hinchas de la U y Alianza enfrentándose unos con otros con machetes y piedras, y en ese momento suena la sirena de la policía y todos los hinchas empezaron a correr por todo sitio para escaparse y esconderse para no ser detenidos, y ese en ese instante donde dos ellos ingresan a la casa de George a la fuerza rompiendo su puerta, en ese entonces su puerta era de maderas y triplay. Frente a esta su situación George sintió un espasmo en el pecho y se asustó demasiado, luego corrió y escondió debajo de su cama hasta que los pandilleros decidieron salir de casa.

Asimismo, manifiesta que cuando tenía 12 años, en el colegio se estaban realizando exposiciones, él sentía mucho miedo para exponer y aun así salió hacerlo. Durante esa exposición un compañero hizo una broma a George, acerca de su tartamudez, en ese instante George sintió mucha vergüenza y empezó a tartamudear más seguido y transpirar por toda la espalda, por lo que el profesor le dijo que se sentará, que no estaba preparado para la exposición. Desde esos días, afirma, tuvo miedo hacer actividades donde haya personas viéndolo.

Cuando cumplió 15 años, se organizó un almuerzo en honor su cumpleaños, asistieron sus padres, tíos y primos. Fue en ese momento cuando se encontraban en la mesa que su padre le pide que de unas palabras de agradecimiento a los invitados. Jorge sintió ansiedad y temor por la posibilidad de que se equivoque al hablar o no hacerlo bien, sin embargo, por presión de su padre lo tuvo que hacer. Durante su discurso de agradecimiento tartamudeo y respiró con algo de dificultad, sus tíos y primos lo observaron y al final aplaudieron. No obstante, una vez concluido su padre hizo un comentario a su madre, diciendo que porque habla como un retrasado que se haga ver con un médico.

A los 18 años George conoce una chica y llegaron a iniciar una relación de enamorados,

durante su relación Jeorge se sentía muy bien, pero a los pocos meses sentía que ella no le daba la atención como lo hacía en los primeros meses, luego de un tiempo, ella decide terminar con él, afirmándole que ya no sentía lo mismo por él, que no simplemente no le atraía. Jeorge recuerda que desde ese momento empezó a pensar que su problema de timidez y tartamudez era un problema para relacionarse con otras personas. Desde ese momento evita salir o conocer a otras personas del sexo opuesto.

Actualmente a la edad 20, Jeoge presenta dificultades en ámbito laboral y académico, refiere que su tartamudez y las críticas de las personas no le dejan hacer una vida normal, limitándolo hacer lo que le gustaría y prefiriendo, en muchas ocasiones, evitar el contacto o exponerse frente a otras personas.

3.4.2. Participante 2

- *Datos de filiación.*

Varón de 23 años que cursa el 4to ciclo de la carrera de ingeniería industrial, en una universidad nacional de la ciudad de Lima. En la actualidad vive con su padre (54), madre (45). La relación que tiene con cada uno de ellos se describe a continuación: Padre: Javier, de 54 años, Militar retirado, actualmente se desempeña como operador de maquinaria en el puerto del Callao, natural de Lima, secundaria completa. Respecto a la relación que tiene con el cliente, se muestra autoritario, por lo mismo que las discusiones entre padre e hijo es habitual, Saúl comenta que no hay confianza con su padre, debido que el solo impone sus ideas y no me escucha, piensa que aun soy un niño al que puede seguir pegando cuando no hace lo que quiere. Madre: Rosa, de 46 años, ama de casa, natural de Lima. Respecto a la relación con su mamá, existe mucha confianza, Saúl afirma que cuando tiene problemas se lo cuenta solo a ella, ya por lo general no lo juzga ni recrimina por lo que haya hecho. Sin embargo, en estos últimos meses

ha notado que su mamá ha cambiado en algunos aspectos, ya que ahora le reclama por sus bajas notas, o por descuidar su salud, a lo cual el cliente afirma entenderlo y le da la razón, aunque a veces le molesta que lo haga con mucha frecuencia.

- *Motivo de consulta.*

El paciente refiere “tengo un problema con una chica, ósea una relación de pareja, pero ya terminamos hace un año y medio, y no puedo olvidarla, siempre la estoy pensando o buscando aun cuando sé que no quiere nada conmigo, es raro, pero no puedo evitarlo, me siento mal cuando no estoy con ella, y por esto me he descuidado en varias cosas de mi vida, académico y en la salud”.

- *Problema actual.*

Saúl refiere que cuando tiene exámenes suele pensar en su expareja, en ese momento siente ansiedad (8/10), se distrae y no concluye con el examen. Afirma que llega a pensar en que estará haciendo su expareja o en dónde estará, como consecuencia disminuye su ansiedad. Esta situación se repite cada vez que da un examen, ya sea en la universidad o el instituto de idiomas. Aproximadamente 4 veces en una semana.

En otra ocasión, cuando Saúl se encuentra solo en su cuarto, sin hacer nada, empieza a recordar las cosas gratificantes que paso con su expareja, en ese instante siente ansiedad (8/10) sudoración palmar, luego coge el celular y empieza a revisar si le ha enviado algún mensaje o revisa su Facebook para ver sus últimas actividades, cuando ve sus fotos en donde no hay señales o verifica que no está con alguien o comprometida, se siente más relajado. Esta conducta se repite todos los días de la semana.

Cuando Saúl está en la universidad y ve su expareja a lo lejos conversando con sus amigos, experimenta ansiedad (9/10), celos (9/10) y frustración (8/10), por lo que se acerca a saludarla e intenta hablar con ella, cuando lo hace, habla con ella aproximadamente cinco minutos, por lo que logra disminuir dichas emociones. Esta conducta se repite 5 veces a la semana.

En otra situación, Saúl menciona que cuando está en su salón, empieza a escuchar la voz de su expareja riendo y hablando con otras personas, en ese momento siente celos (9/10) e ira (9/10) y piensa “seguramente está coqueteando con sus amigos” “debería ser más seria y no reír mucho”. Por lo que decide salir del salón y no concluir con las clases. Esta conducta se repite 5 veces a la semana.

Saúl está cuando esta aburrido busca algo que hacer y se pone a escuchar música romántica y recuerda a su expareja e intenta comunicarse con ella. Refiere que en ese momento experimenta ansiedad (9/10) y sudoración palmar. Le escribe al Facebook, le envía mensajes telefónicos o, en ocasiones, se inventa cualquier excusa para poder encontrarse con ella. Como consecuencia logra, por lo general, conversar con ella por unos cinco minutos aproximadamente, disminuyendo su ansiedad. Esta conducta se repite 15 veces a la semana.

Por otro lado, cuando Saúl se encuentra con su expareja en horas de la mañana, antes de ingresar a la universidad, le pregunta sobre las cosas que hará o a dónde irá, ella empieza a explicarle que no tiene por qué decirle nada, ya que no son nada, en ese momento Saúl piensa “ella debería tenerme más consideración” “no soporto que me contradiga y se ponga en esa actitud, me vuelve loco”, experimenta ira (9/10) y Frustración (9/10). Como consecuencia

empieza hacer gestos con su rostro expresando molestia. Esta conducta repite cada vez que Saúl insiste en conversar con su ex pareja, aproximadamente 4 a veces una semana.

Asimismo, Saúl refiere que ha descuidado su salud debido a que recuerda con mucho pesar que la relación con su ex pareja ya terminó, en ese momento refieren sentir tristeza (8/10), frustración (9/10) y ansiedad (9/10) por lo que llora y pierde el apetito; no toma desayuno y algunas veces no almuerza, afirmando que comer solo le haría sentir más ansiedad. Esta conducta le ha generado una gastritis crónica, y aun sí continúa repitiendo dicha conducta, aproximadamente 8 veces a semana.

Saúl refiere también, que cuando se queda solo en casa, se pone a revisar las fotos que se tomaron con su expareja, así también las cosas que le regaló; cartas, collares y pulseras, en ese momento siente tristeza (10/10) ansiedad (10/10) por querer estar con ella, llora y empieza a golpear la pared gritando. Posteriormente llama por celular a su expareja, y le cuenta que se siente muy mal, que desea estar con ella, no puede vivir tranquilo. Su expareja intenta calmarlo hasta que accede hablar con él personalmente. Esta conducta se repite 2 veces en una semana.

- *Desarrollo cronológico del problema.*

A la edad de 11 años, Saúl refiere que en la escuela donde estudiaba había una chica que le gustaba, ella era mayor que él por un año, en varias ocasiones buscaba acercarse a ella, o pasar tiempo con ella. Posteriormente, el evaluado refiere haber iniciado una relación con ella, la cual duró solo dos veces, debido a que a él no le gustaba que ella hablara mucho con sus amigos, comenta que él solía pensar que mientras más hablara con más chicos había más posibilidad de que alguien más le gustara. Como consecuencia la su enamorada le dijo que no le gustaba esa forma de hacer las cosas por lo que le terminó por mensajes de celular. Él menciona que sintió mucha

tristeza y al mismo tiempo cólera, la cual duro aproximadamente dos meses para poder superar dicho problema, aunque, afirma, seguía pensando en ella aun cuando ya había pasado seis meses.

A la edad de 15 años, el valuado comenta que le gustaba una amiga de su barrio, eran amigos de confianza, bromeaban salían a pasear o jugaban videojuegos, Saúl afirma que ella no se daba cuenta de lo que sentía por ella, hasta cuando ella le contó que había un chico de su colegio que le gustaba, y que empezaron a salir. Frente a esto Saúl afirma haber sentido mucha tristeza puesto que sintió como su amiga la había traicionado. En los días siguientes Saúl relata que evitaba a su amiga, no respondía sus mensajes y cuando se encontraban se mostraba muy distante y callado con ella. Así paso unos meses hasta su amiga dejo de hablarle o buscarlo, eso hizo que él se sienta aún peor. Saúl afirma que en esa situación se sentía solo y pensaba que no era un chico atractivo para las chicas.

A la edad de 19 años, Saúl menciona que ingreso a la universidad y conoció a muchos amigos, refiere que aun cuando no tenía ninguna relación de enamorado con sus amigas, a él le molestaba “un poco” que hablaran de sus enamorados u otros chicos. En ocasiones Saúl se mostraba muy condescendiente con ellas, tratando de complacerlas en todo aspecto; haciéndole favores, antes de atender sus necesidades, o en ocasiones, pasándoles los trabajos académicos de la universidad. Afirma que eso le hacía sentirse bien, ya que luego ellas se lo agradecían mucho y se acercaban más él.

A la edad de 21 años, el cliente refiere que inició una relación con una compañera de la universidad, Saúl comenta que se la pasaban bien los dos, hacía que se olvide de sus problemas en casa, que esta su pareja encontraba algo que no había encontrado en sus relaciones pasadas. Después dos meses de relación, tuvieron relaciones sexuales, el cliente refiere que se dio de

manera inesperada pero que ambos se sintieron bien. Al llegar a los nueve meses de relación es cuando se entera por su propia enamorada que ella aún no había terminado con su anterior pareja, esto hizo que Saúl sienta ira, frustración y celos. Refiere que discutió con su pareja y dejaron de hablarle una semana, pasado ese tiempo, Saúl la llamó para conversar y resolver ese problema. Él le pidió que termine con su anterior relación a lo que su pareja le dijo que no se siente segura de seguir con la relación que está llevando, que prefiere terminar con todo y estar sola un tiempo. Desde entonces han pasado dos años, hasta la actualidad y Saúl no ha podido superar dicha relación, por lo que en muchas ocasiones ha insistido en regresar con su ex enamorada, pero ella le respondía que ahora se siente confundida y que posiblemente vuelvan más adelante. Aun así, el cliente continúa pensando frecuentemente en ella e intenta acercársele de muchas formas, generándole problemas en sus relaciones sociales, familiares, académicos y personales.

3.5. Instrumentos

Respecto a los instrumentos, se aplicaron técnicas de evaluación y test psicométricos debidamente adaptados al contexto peruano. A continuación, se describen cada uno de ellos:

3.5.1. Ficha de Apertura de Historia

Se elaboró una ficha de datos personales con el propósito de registrar información pertinente y objetiva que sea relevante para los fines de investigación. Para ello se tuvo en cuenta los datos de filiación del cliente, datos de familiares, motivo de consulta, y firma del psicólogo responsable. En cuanto a los datos de filiación del cliente tenemos: nombre y apellido, sexo, estado civil, edad, lugar y fecha de nacimiento, tiempo de residencia en Lima, instrucción,

ocupación, centro de estudio o trabajo, dirección y teléfono del centro de estudio o trabajo, domicilio actual, teléfono fijo y celular.

3.5.2. Historia Psicológica Cognitivo Conductual

La historia psicológica cognitivo conductual es la herramienta pertinente del psicólogo para el registro de datos a través de la observación durante la entrevista con el cliente. Se tomó en cuenta los datos de filiación, motivo de consulta, problema actual, historia personal, historia familiar, diagnóstico psicológico y programa de intervención cognitivo conductual. En los datos de filiación tenemos: Nombre y apellido, edad, lugar y fecha de nacimiento, grado de instrucción, derivado por, domicilio, teléfono, persona responsable, parentesco, fecha de entrevista, lugar de entrevista, psicoterapeuta, observaciones, estructura familiar y descripción del cliente. Respecto al problema actual se encuentra: presentación actual del problema y desarrollo cronológico del problema. En la historia personal tenemos: Desarrollo inicial, conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia, área educativa, área laboral, área social y área sexual. En la historia familiar se presenta: Datos familiares, relaciones y antecedentes familiares.

3.5.3. Test Psicométricos

En este apartado se describen las pruebas psicométricas que se utilizaron en los dos casos psicológicos. En el caso de Fobia Social se utilizó la prueba de Fobia Social. En cuanto al caso de Dependencia Emocional, se utilizó la Escala de Dependencia Emocional.

A. Escala de Dependencia Emocional (EDE). Los autores de dicha prueba son Anicama, Caballero, Cirilo & Aguirre (2013). La forma de aplicación es individual o colectiva. La duración de la prueba es de 20 minutos. Edad de aplicación comprende **desde** 15 hasta los

60 años. Se compone de 37 ítems que evalúan 9 áreas y 5 ítems que evalúan deseabilidad social, sumando un total de 42 ítems. Cuando los puntajes de deseabilidad social exceden a tres, la prueba se considera no confiable o no válida.

Validez: Se desarrolló una prueba de validez de contenido por método de jueces, 10 jueces evaluaron los ítems, quedando un total de 42. Siendo sus valores “V” de Aiken entre 0.80 a 1.00 con una $p < .001$. Se desarrolló una prueba de validez ítem- test, encontrándose correlaciones que van desde .278 a 0.635 con una $p < 0.001$ y $p < 0.01$. La validez externa:

✓ Presenta una alta correlación con todos los factores de la Escala de Dependencia de Lemos, cuando $p < .001$ y cuando $p < .01$ para el factor búsqueda de atención.

✓ Al relacionar la Escala con el Inventario Eysenck de Personalidad EPI - B, muestra que a un mayor nivel de neuroticismo habrá una mayor dependencia emocional $r = 0.653$ cuando $p < .001$ y, una correlación moderada para introversión cuando $p < .01$. Para el puntaje total la correlación $r = 0.50$ cuando $p < .001$ fue altamente significativo.

Confiabilidad: La prueba de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0.786 y la de la prueba de mitades de Guttman 0.826., ambas para una $p < .01$

B. La escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Fue publicada por Liebowitz en 1987 y posteriormente modificada en 1992 por el mismo autor. Ha sido traducido, adaptado al castellano y validado por J. Bobes, 1999. Asimismo, fue adaptada para el contexto peruano por Rulman Andrei Franco Jiménez y Claudia Lisseth Pérez Moscoso. La escala consta de 24 ítems que hacen referencia a las situaciones sociales o de ejecución, frecuentemente problemáticas, en los pacientes con trastorno de ansiedad social. Los ítems se agrupan en dos sub-escalas: De ansiedad de actuación o ejecución (13 ítems) (Marcados con

D de Desempeño), de ansiedad social (11 ítems) (marcados con S de Social). Cada una de las dos sub-escalas explora las dos vertientes características de este tipo de proceso: el grado de temor o ansiedad ante determinadas situaciones y el grado de evitación que las mismas desencadenan.

3.6. Procedimiento

La recolección de datos se realizó en un centro de atención psicológico privado y tuvo en cuenta a 2 clientes quienes hayan culminado el programa completo durante el primer y segundo semestre del 2019. Asimismo, se tomó en cuenta como condición de selección, que uno de los clientes haya presentado Fobia Social y otro Dependencia Emocional de pareja.

Respecto al proceso de evaluación psicológica de ambos participantes, se realizaron 5 sesiones para cada caso. La frecuencia de las sesiones de evaluación fue de una sesión por semana, con una duración de 60 minutos aproximadamente.

En la primera sesión, se estableció el encuadre psicológico, donde se le explica a cada cliente el proceso de evaluación, así mismo se trabaja una parte de la Historia Psicológica. Desde la segunda hasta la última sesión, se trabaja y culmina con la Historia Psicológica, luego, el problema actual y finalmente se evaluó con los test psicométricos. Una vez realizado las evaluaciones respectivas, en ambos casos, se procede al análisis de los datos mediante la observación psicológica, la historia psicológica, pruebas psicométricas, análisis funcionales y cognitivas para, posteriormente, realizar un informe integral. Finalmente se hace la devolución de forma verbal y física del informe integral a cada cliente.

En cuanto al tratamiento, en ambos casos, Fobia Social y Dependencia Emocional, los clientes estuvieron de acuerdo y motivados para realizar un programa de tratamiento para su problemática. En el caso del cliente de Fobia Social se realizó 15 sesiones una vez por semana, en cuanto al cliente 2 de Dependencia Emocional de pareja, se realizó 18 sesiones una vez por semana. En la primera sesión, en ambos casos, se identificó junto con el cliente las conductas problemáticas y estableció la línea base junto con los objetivos terapéuticos.

A. Respecto al primer cliente (FS). A partir de la segunda sesión hasta finalizar la décimo quinta sesión, se procedió con una etapa informativa, en la que se le explica al cliente ¿qué es FS?, cuáles son sus síntomas, y los factores más influyentes para su manifestación. Así también se psicoeducación al cliente sobre los principios y elementos del TREC, se identifican los elementos que lo componen: Situación (A), pensamientos (B) y emociones y conducta (C). Se explica al cliente que una situación no provoca necesariamente una emoción, debido a que entre A y C media B, es decir son los pensamientos que interpretan A para luego generar C. Seguido a ello, se explica las características de las creencias irracionales y los efectos que tienen en las decisiones y emociones del cliente. Luego en las sesiones posteriores se pone en práctica la identificación de las creencias irracionales mediante el ABC y se explica los elementos de debate (D) y pensamientos nuevos (E). Al iniciar cada sesión se realiza un ejercicio de relajación debido que el cliente manifiesta estar un “poco” ansioso. Y al finalizar cada sesión, se asigna como tarea un auto registro de ABCDE para que el cliente describa las situaciones, creencias y formas de debatir que realiza. Las sesiones posteriores se trabaja las técnicas de desensibilización sistemática y exposición en vivo con prevención de respuestas, dichos ejercicios se realizaron en el mismo centro, en el trabajo y en un centro comercial, exponiendo al cliente a grupos de personas con las cuales debía interactuar. Cabe resaltar que se evaluó las mismas conductas de

línea base en la tercera, octava, décimo segunda y décimo quinta semana en la Línea de tratamiento.

B. *Respecto al segundo cliente (DE)*, se inicia con la etapa informática donde se psicoeducación sobre la triple relación de contingencia de una conducta, estímulo discriminativo (Ed), conducta (C) y estímulo reforzador (Er), para ello se utilizó un ejemplo de la propia experiencia del cliente. Posteriormente en las sesiones siguientes, se explica la técnica de control de estímulos. Para ello, se realiza una exploración de los análisis funcionales y cognitivos realizados con anterioridad. Luego se establece un registro con situaciones que debe controlar, por ejemplo: No llamar a su pareja, borrar el Facebook y Whatsapp de su expareja, evitar conversar o buscarla en su salón, etc. Antes de finalizar se le asigna el libro de Enamórate de ti, de Walter Riso. Posteriormente en otras sesiones se aplicó el control encubierto, para ello se realizó una lista de consecuencias favorables y desfavorables de continuar con su expareja, en este caso fueron más las consecuencias desfavorables identificadas por el propio cliente. El siguiente paso consistió en que el cliente memorice dichas consecuencias desfavorable y las recuerde cuando empiece a pensar en volver con su expareja, o en cuando tiene el deseo de buscarla. En otras sesiones se aplicaron las técnicas de bloqueo de pensamiento con sustitución, el cual consiste en pedir que de una palmada o jale de una liga en su muñeca cuando se sienta ansioso y piensa en su pareja, seguido a ello, debe imaginar una situación que le genere una emoción intensa de felicidad y/o tranquilidad, de esa forma sustituir la situación aversiva. Finalmente se aplica la TREC, mediante el ABDC, se inicia con psicoeducación de los elementos A, B, C, D y E y luego se le asigna un auto registro de conducta de este para observar el trabajo del cliente. Respecto a la Línea de tratamiento se evaluó las mismas conductas de línea base en la tercera, octava, décimo segunda y décimo octava semana.

3.7. Análisis de datos

Finalmente se obtienen los siguientes registros: la línea base (A), línea de tratamiento (B) y línea de seguimiento (A), de ambos casos. Asimismo, se obtiene los datos del pretest y post test de ambos clientes para la evaluación del programa cognitivo conductual. Seguidamente se procede con la elaboración de tablas y figuras que corresponden a las conductas de cada participante para su posterior interpretación de los resultados. Mas adelante se desarrolla la discusión y conclusión. Finalmente se procede con la elaboración de un informe cuya información se dispone presenta los resultados finales, los mismos que se transformaran en datos de conocimiento.

IV. RESULTADOS

4.1. Caso de Fobia Social

En la Tabla 3, se observa que en la línea base, registrado en la primera semana, las conductas motoras y cognitivas presentan una frecuencia máxima de 13 en la conducta C, y una frecuencia mínima en la conducta E. Asimismo, se evidencia que en las semanas 3, 8, 12, 18, pertenecientes a la línea de tratamiento, dichas conductas han disminuido en frecuencia alcanzando el valor mínimo de 0. Y en la línea de tratamiento, en la semana 21, las frecuencias de las conductas se han mantenido con valores mínimos de 2,1 y 0.

Tabla 3

Medición y comparación de línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas motoras y cognitivas de un caso de fobia social.

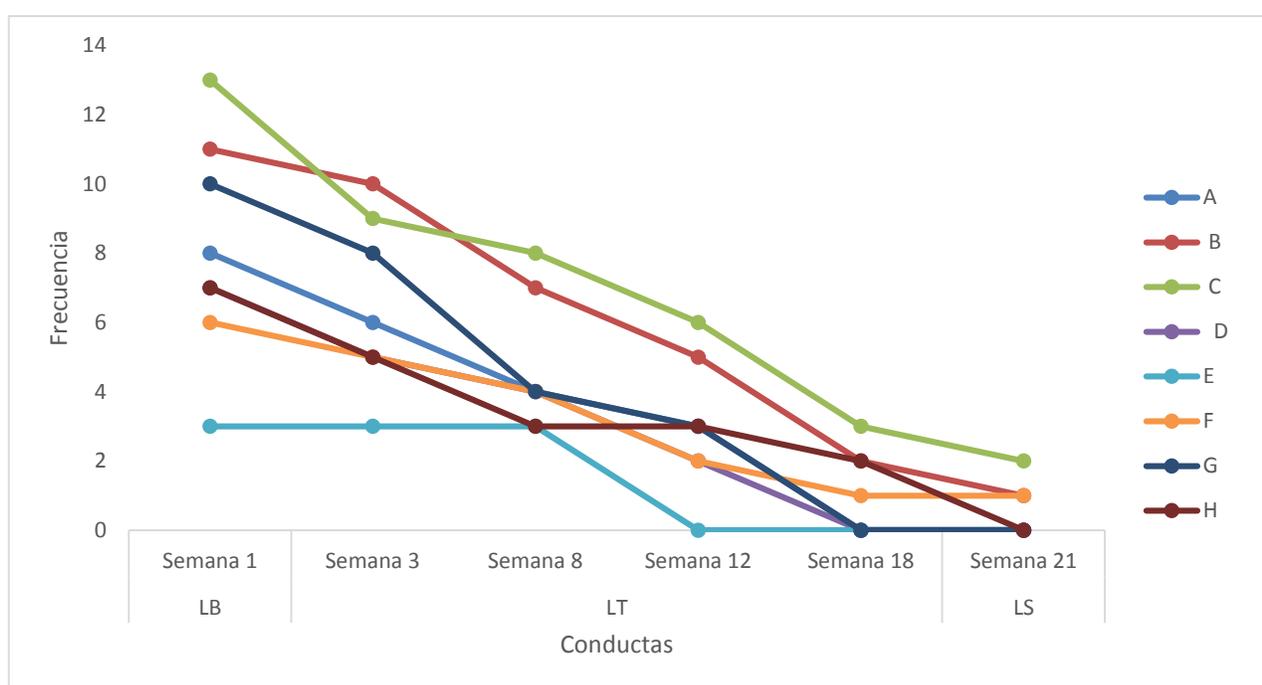
Conductas	Línea Base		Línea Tratamiento			Línea Seguimiento
	S1	S3	S8	S12	S18	S21
A. Evitar hablar por radio e ir buscar a un orientador personalmente.	8	6	4	3	0	0
B. Evitar decirles a los usuarios del metropolitano que no se permiten mascotas en el bus	11	10	7	5	2	1
C. Dejar de insistir a los padres que sus hijos pasados los seis años deben pagar su pasaje.	13	9	8	6	3	2
D. Evitar acercarse y hablarle a una chica que le gusta	7	5	4	2	0	0
E. Evita hablar para ordenar a un mozo en un restáurate.	3	3	3	0	0	0
F. Pensar: “habrá mucha gente y se van a reír de mi porque pensarán que soy retrasado por hablar tartamudeando”.	6	5	4	2	1	1
G. Pensar: “seguro ya me han escuchado hablar antes por eso se están riendo”.	10	8	4	3	0	0
H. Pensar. “me van a ver como trabajo, verán que tartamudeo, se van a reír y pensarán que no sirvo para esto”, “dirán que un orientador debe saber hablar bien, sin tartamudear”.	7	5	3	3	2	0

En la Figura 2, se observa que en la línea base, las conductas con mayores frecuencias son B, C y G con 11, 13 y 10 respectivamente. Posteriormente, en la línea de tratamiento se observa una disminución de las conductas de forma gradual, llegando a la semana 18 con frecuencias máximas de C, H y B con 2, 2 y 3 respectivamente, y frecuencias mínimas en conductas A, D, E y G con un puntaje de 0. En la línea de seguimiento, la frecuencia máxima es

de 2 en la conducta C, y las frecuencias mínimas se evidencian con 0 en las conductas A, D, E, G y H.

Figura 2

Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas motoras y cognitivas de un caso de fobia social



En la Tabla 4, se observa en la línea base de las conductas emocionales, registrado en la primera semana, han disminuido gradualmente en la línea de tratamiento, en las semanas 3, 8, 12, 18. Reduciendo las intensidades de las conductas A, B y C, hasta alcanzar una intensidad de máxima de 5/10 y mínima de 1/10. Así también, se observa que la línea de seguimiento en la semana 21, las emociones la conducta A, disminuye de 5/10 a 4/10 y las demás B y C se han mantenido con una intensidad mínima de 3/10 y 1/10 respectivamente.

Tabla 4

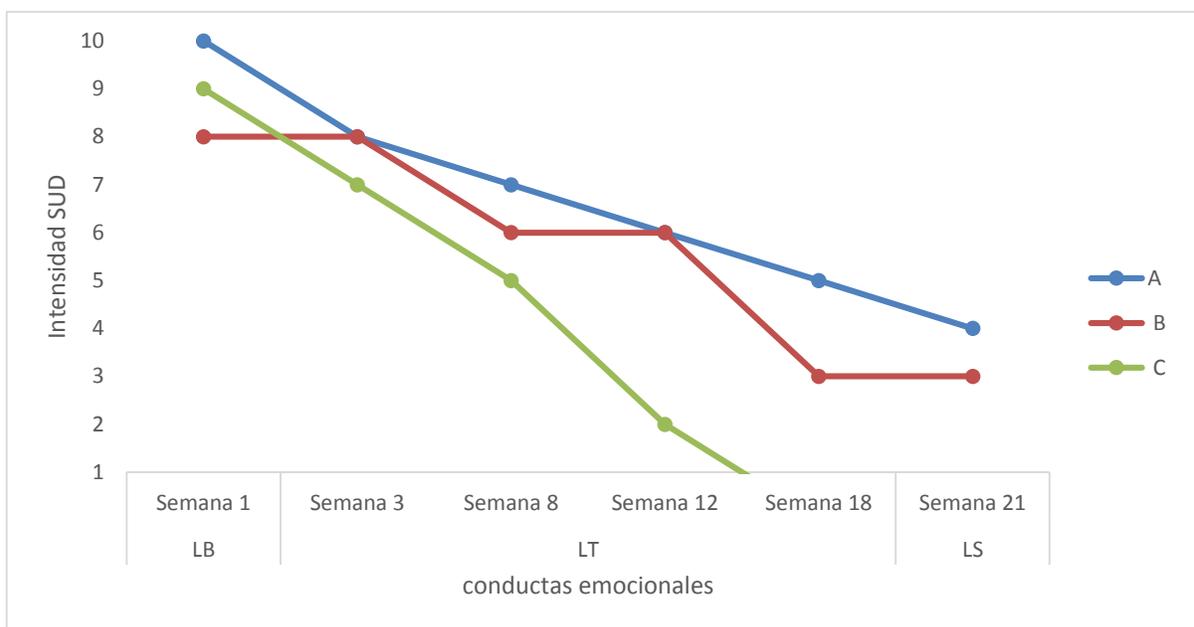
Medición de línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de la conducta emocional de un caso de fobia social

Conducta	Línea Base		Línea de Tratamiento			Línea de seguimiento
	S1	S3	S8	S12	S18	S21
A. Ansiedad	10	8	7	6	5	4
B. Miedo	8	8	6	6	3	3
C. Ira	9	7	5	2	1	1

En la Figura 3, se observa que en la línea base, la conducta emocional con mayor intensidad es la conducta de Ansiedad (A) con un SUD de 10/10 y la de menor intensidad es el miedo (B) con un SUD de 8/10. Asimismo, se observa que en la línea de tratamientos que dichas conductas disminuyen gradualmente, al punto que la conducta con mayor intensidad medidas en SUD es de 5/10, el cual, es la conducta A, la conducta emocional de ira (C) se ha disminuido su intensidad llegando a un SUD de 1/10.

Figura 3

Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas emocionales de un caso de fobia social



En la Tabla 5, se observa los puntajes directos y puntajes totales. Respecto al pre test, en las dos sub escalas; miedo-ansiedad y evitación, el cliente alcanzo un puntaje directo 55 y 45 respectivamente, obteniendo así un puntaje total de 100, ubicándolo en la categoría de Grave ansiedad social. Posteriormente, se evidencia que dichos puntajes del pre test, disminuyen en la medición post test, alcanzando en ambas sub escalas; miedo-ansiedad y evitación un puntaje directo de 13 y 17, y puntaje total de 30 ubicándolo en la categoría de Leve ansiedad social.

Tabla 5

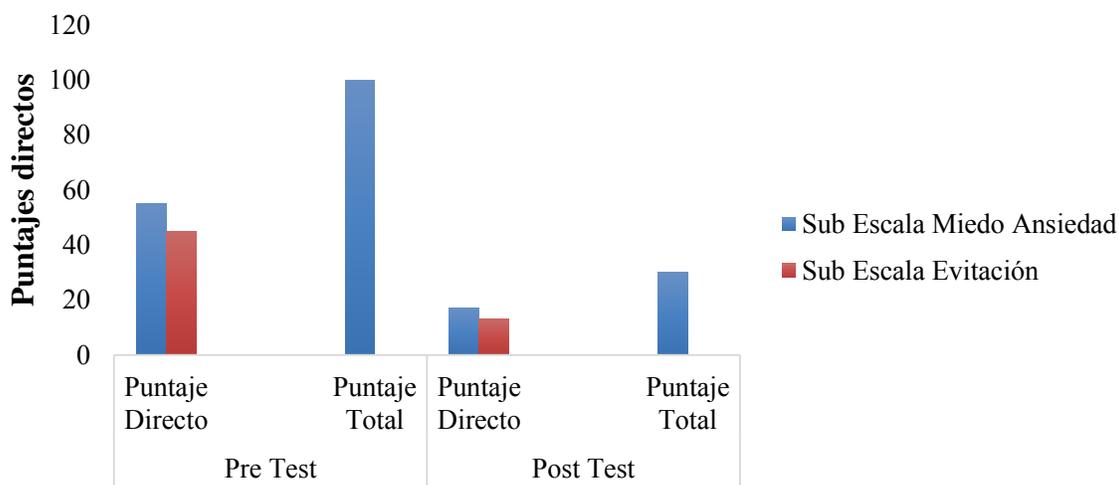
Medición pre test y post test de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) de joven atendido en un Centro Psicológico Privado de Lima, 2019

Escalas	Pre Test			Post Test		
	Puntaje Directo	Puntaje Total	Categoría	Puntaje Directo	Puntaje Total	Categoría
Sub Escala de Miedo Ansiedad	55	100	Grave ansiedad social	17	30	Leve ansiedad social
Sub Escala de Evitación	45			13		

En la Figura 4, observa que los puntajes directos de ambas sub escalas y del puntaje total de las mismas, se han reducido significativamente respecto de la medición pre test y post test. Es decir, en la medición pre test; las sub escalas de miedo-ansiedad y evitación presentan un puntaje directo de 55 y 45, reduciéndose en la medición post test a 17 y 13 respectivamente. Asimismo, el puntaje total de pre test disminuye de 100 a 30 en el post test.

Figura 4

Comparación de la medición pre test y post test de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)



4.2. Caso de dependencia emocional de Pareja

En la Tabla 6, se observa que en la línea base, registrado en la primera semana, las conductas motoras y cognitivas presentan una frecuencia máxima de 13 en la conducta C, y una frecuencia mínima en la conducta E. Asimismo, se evidencia que en las semanas 3, 8, 12, 18, pertenecientes a la línea de tratamiento, dichas conductas han disminuido en frecuencia alcanzando el valor mínimo de 0. Y en la línea de tratamiento, en la semana 21, las frecuencias de las conductas se han mantenido con valores mínimos de 2,1 y 0.

Tabla 6

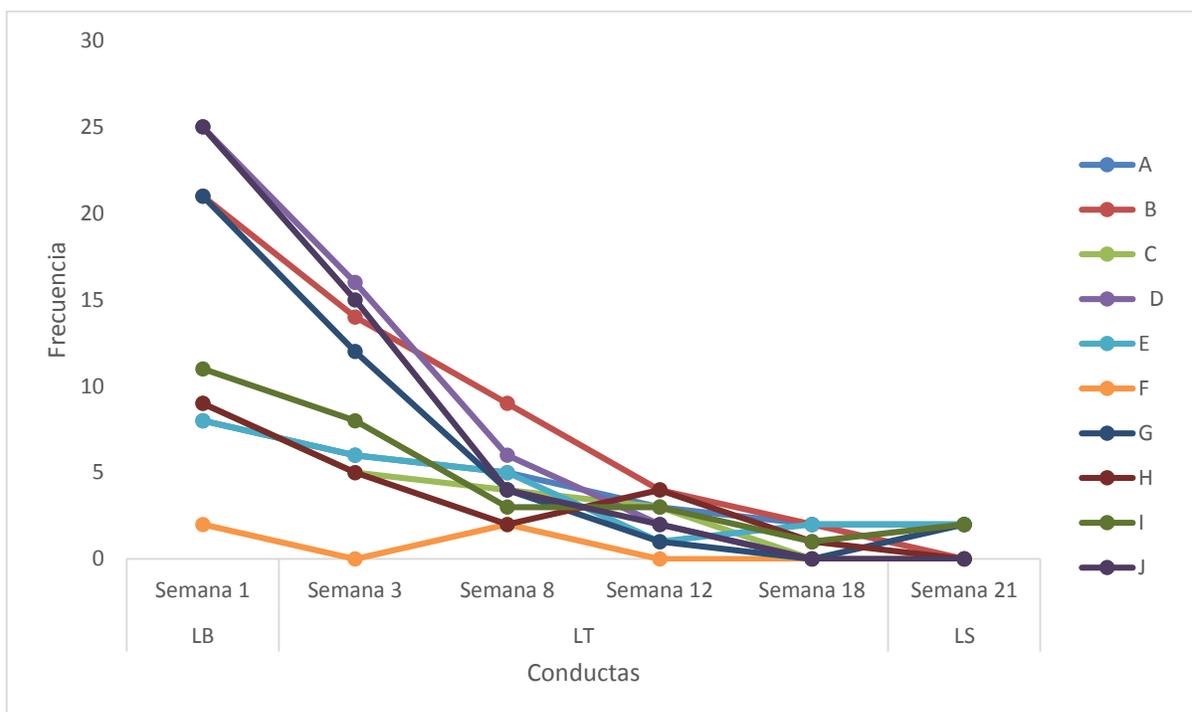
Medición y comparación de línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas motoras, cognitivas y una conducta fisiológica de un caso de dependencia emocional.

Conductas motoras y cognitivas	Línea Base		Línea de Tratamiento			Línea de Seguimiento
	S1	S3	S 8	S12	S18	S21
A. Distraerse y deja a medio terminar sus exámenes	8	6	5	3	2	2
B. Revisar su celular y revisar el FB de su ex pareja	21	14	9	4	2	0
C. Acercarse a su ex pareja e intentar hablar con ella.	9	5	4	3	0	0
D. Escuchar música romántica y enviar mensajes por Facebook o celular.	25	16	6	2	0	0
E. Pensar: “seguramente está coqueteando con sus amigos” “debería ser más sería y no reír mucho”.	8	6	5	1	2	2
F. Pensar: “ella debería tenerme más consideración” “no soporto que me contradiga y se ponga en esa actitud, me vuelve loco”.	2	0	2	0	0	0
G. Evitar tomar desayuno o almorzar.	21	12	4	1	0	2
H. Llorar y golpear la pared gritando y llamar a su ex pareja.	9	5	2	4	1	0
I. Revisar las fotos y regalos que le dio su ex pareja	11	8	3	3	1	2
J. Sudoración Palmar	25	15	4	2	0	0

En la Figura 5, se observa en la línea base, la conducta con mayor frecuencia es D y J con 25, y la de menor frecuencia es la conducta de F con 2. Seguidamente, en la línea de tratamiento se evidencia una disminución de la frecuencia de todas las conductas, alcanzando en la semana 18 una frecuencia máxima de 2 en las conductas A, B y E. Y frecuencias mínimas de 0 en las conductas C, D, F, G y J. En la línea de seguimiento se observa que las conductas se mantienen con excepción de la conducta G e I que obtuvieron una frecuencia de 2.

Figura 5

Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de las conductas: motor, cognitiva y fisiológica, del caso de dependencia emocional



En la Tabla 7, se observa que las conductas emocionales han ido disminuyendo significativamente en comparación con el registro de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento. Dicho de otra forma, la intensidad de la línea base de las conductas emocionales A, B, C y D han disminuido de 10/10, 9/10, 10/10 y 9/10 a 5/10, 1/10, 1/10 y 1/10 respectivamente, en la semana 18 de la línea de tratamiento. Asimismo, se observa que conducta de A continuó disminuyendo en la semana 21 de la línea de seguimiento alcanzando una intensidad de 3/10, mientras que las otras conductas se han mantenido con la intensidad mínima 1.

Tabla 7

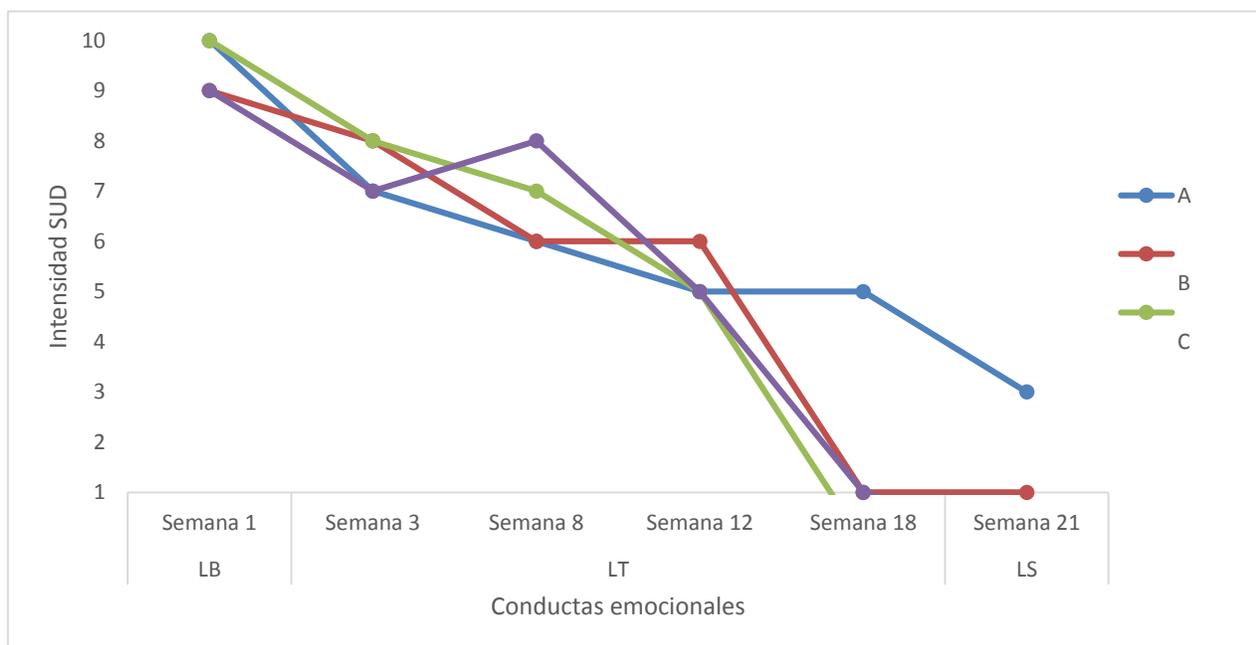
Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de la conducta emocional de un caso de dependencia emocional.

Conductas	Línea Base		Línea Tratamiento			Línea Seguimiento
	S1	S3	S8	S12	S18	S21
A. Ansiedad	10	7	6	5	5	3
B. Celos	9	8	6	6	1	1
C. Tristeza	10	8	7	5	1	1
D. Frustración	9	7	8	5	1	1

En la Figura 6, se observa que en la línea base, las conductas emocionales con mayor intensidad alcanzan un SUD de 10/10 (A y C), y las conductas con menor intensidad son alcanzan un SUD de 9/10 (B y D). En la línea de tratamiento se observa una disminución de las intensidades llegando en la semana 18 con una intensidad máxima de 5/10 de la conducta A y las demás conductas, B, C, y D, con una intensidad mínima de 1/10. Seguidamente en la línea de seguimiento, en la semana 21, la conducta A sigue disminuyendo, llegando a una intensidad de 3/10 y las demás conductas se mantiene con una intensidad de 1/10.

Figura 6

Medición y comparación de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de la conducta emocional de un caso de dependencia emocional



En la Tabla 8, se observa que el puntaje directo de la medición Pre Test ha disminuido significativamente respecto a la medición Post Test. Es decir, con puntaje directo de 29 en el Pre Test, este alcanza una categoría de Dependiente y, en el Post Test, con puntaje directo de 5, alcanza la categoría de Estable Emocionalmente.

Tabla 8

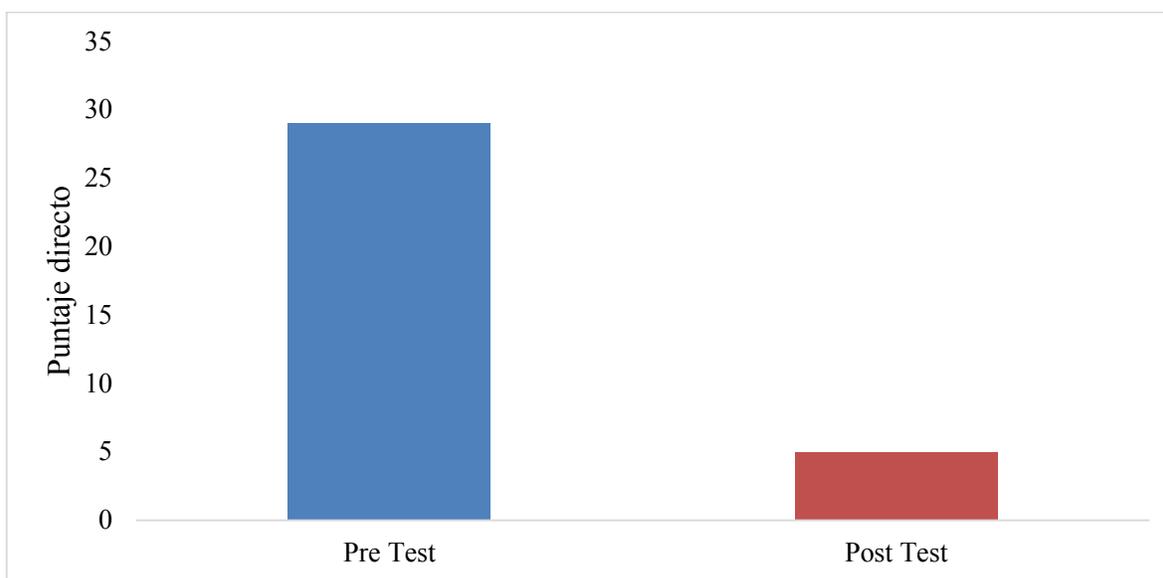
Medición pre test y post test de Dependencia emocional de joven atendido en un Centro Psicológico Privado de Lima, 2019.

	Pre Test	Post Test
Categoría	Dependiente	Estable emocionalmente
PD	29	5

En la Figura 7, se observa que el puntaje directo (29) de la medición pre test se ha reducido de una manera importante en comparación con el puntaje directo (5) del post test.

Figura 7

Medición y comparación del pre test y post test del test de dependencia emocional



V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito de la presente investigación fue evaluar el efecto de un programa cognitivo conductual orientado a eliminar, identificar y reestructurar las conductas problemas en sus distintos niveles; motor, cognitivo, fisiológico y emocional de un caso de fobia social y dependencia emocional, de dos jóvenes atendidos en un Centro Psicológico Privado de la ciudad de Lima, 2019.

Respecto al ambos casos los resultados obtenidos demuestran que las conductas motoras cognitivas fisiológicas y emocionales registrados en la línea base (A) han disminuido en frecuencia e intensidad, según el registro de la línea de tratamiento (B), posteriormente, en la semana 21 de la línea de seguimiento (A), se han mantenido la frecuencia de la línea de tratamiento. Así también, los resultados obtenidos en la medición pre test y post test de las pruebas psicométricas aplicados a ambos casos, se evidencia una disminución significativa.

En el caso de Fobia social se encontraron los siguientes resultados, respecto a línea base, las frecuencias se encontraban entre 3 a 13 y en las conductas emocionales las intensidades fueron de 9/10 y 10/10, todas ellas se mostraban como conductas en exceso, es decir, se encontraban más allá de lo esperado. Posteriormente, en la línea de tratamiento, dichas conductas disminuyen sus frecuencias hasta llegar a 0, y las conductas emocionales disminuyeron sus intensidades oscilando entre 1 a 5, siendo estas más funcionales para el cliente. En cuanto a la escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), los evidencian una diferencia significativa comparando el pre test y post test. En la medición pre test; las sub escalas de miedo-ansiedad y evitación presentan un puntaje directo de 55 y 45, reduciéndose en la medición post test a 17 y 13 respectivamente. Con lo cual, el puntaje total de pre test fue de 100, alcanzando la categoría

de Grave Ansiedad Social, y en el post test obtuvo 35, ubicándolo en la categoría de Leve Ansiedad Social.

En cuanto al segundo caso de Dependencia Emocional, se encontraron los siguientes resultados. En la línea base de las conductas problemas, las frecuencias oscilan entre 2 a 25 de las conductas motoras, cognitivas y fisiológica, y en las conductas emocionales las intensidades oscilan entre 9/10 y 10/10, todas estas conductas se encuentran más allá de lo esperado generando malestar al cliente. Dichas conductas, en la línea de tratamiento, disminuyen en la frecuencia e intensidad, de manera tal que en la semana 18, finalizando el tratamiento, las frecuencias oscilan entre 0 a 2, y en las conductas emocionales, las intensidades han disminuido a 5 y 1, encontrándose dentro de lo que se espera para que el cliente pueda actuar funcionalmente en las áreas de su vida. Asimismo, respecto a la Escala de Dependencia Emocional (EDE) los resultados obtenidos, comparando el pre test y post, evidencian cambios significativos, es decir, el puntaje directo de la medición pre test fue 29, alcanzado así la categoría de Dependiente y, en el post test, se obtuvo un puntaje directo de 5, alcanza la categoría de Estable Emocionalmente.

En ambos casos se observa que las frecuencias e intensidades han disminuido de manera significativa en todos los distintos niveles de conducta, alcanzado, inclusive a extinguir ciertas conductas. Llevando a ambos clientes a actuar, pensar y sentir de una forma funcional en el desenvolvimiento dentro de sus áreas de vida.

Cabe mencionar que, en el caso de fobia social, los resultados fueron favorables debido a que se utilizaron tanto técnicas imaginarias como de exposición, principalmente. En el desarrollo de las sesiones, el cliente mostró mayor motivación cada vez que conseguía dominar la ansiedad frente un estímulo ansiógeno presentado en la desensibilización sistemática., así también, para conseguir la relajación se utilizó técnicas de imaginería. Viendo estos resultados positivos, es

preciso mencionar que coinciden con la investigación Realizado por Ortega (2004), quien realizó un estudio de caso cuyo título fue Intervención Cognitivo Conductual de un estudio de caso de fobia social, cuyo objetivo fue eliminar o reducir la ansiedad de una cliente con fobia social utilizando técnicas de exposición, empleados en 16 sesiones. Las técnicas aplicadas fueron la exposición gradual, el entrenamiento en relajación y el entrenamiento en auto instrucciones. Los resultados muestran diferencias en las medidas empleadas: HAD, SAD, STAI, FNE, EA y CHS. En los resultados se muestra que el problema de ansiedad se ha reducido significativamente en los diferentes componentes de su conducta problema, evidenciándose mayor control de los pensamientos ansiosos, los síntomas fisiológicos y enfrentando, sin apenas ansiedad, a todas las situaciones sociales temidas antes. Así también, Gil, Flor. y Hernández, L. (2009). Aplicaron un programa de Tratamiento cognitivo-conductual para 17 niños mexicanos con fobia social, entre 7 y 12 años. Los resultados en comparación del pretest, post test, 3 y 6 meses después. Se midieron los síntomas de fobia social informados por los niños. Los 2 grupos expuestos al tratamiento mostraron mejoría después del tratamiento, pero no los niños en lista de espera. Se repiten los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños mexicanos.

Es pues importante resaltar que no solo la exposición gradual tiene un impacto importante en la rehabilitación en la fobia social, ya que la reestructuración cognitiva contribuyó a que las conductas problemas del cliente se mantengan dentro de lo esperado generando un bienestar emocional adecuado. Esto debido a que las creencias irracionales están muy ligadas con la ansiedad social el cual concuerda con el estudio realizado por Kuba (2017), estudió la relación entre Creencias Irracionales y Ansiedad Social en estudiantes de la Facultad de Psicología de una Universidad privada de Lima Metropolitana. El estudio se conformó por 124

alumnos del pre-grado de la facultad de psicología cuyas edades se encontraban entre los 18 años y 28 años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Creencias Irracionales y el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO - A 30). Las conclusiones señalan una relación moderada y positiva entre las Creencias irracionales y la Ansiedad Social.

Por otra parte, en cuanto al caso de dependencia emocional, se observa que los resultados fueron favorables. En este caso fue fundamental la psicoeducación, la técnica de control de estímulos y el balance decisional para fortalecer la motivación y determinación del cliente para aplicar las actividades asignadas. Esto debido que la dependencia emocional sintomatológicamente es similar a cuando una persona se encuentra en estado adictivo a sustancias u otras actividades, por lo que este caso se evitó que el cliente se exponga a los estímulos que le generaban ese apego a la persona, por ejemplo, hablar con ella, ver sus fotos, regalos, ir a lugares donde frecuentaba con ella, o hablar con los amigos en común y temas que involucren a ella. Esta idea de concebir la dependencia emocional como adicción es reafirmado por Congost (2011), quien menciona que la dependencia emocional es como una especie de adicción, la cual tiene como elemento característico la parte afectiva, donde la persona tiende a poner su estructura y seguridad en el otro.

Así también, se trabajó la reestructuración cognitiva, y ejercicios de imaginación para trabajar control de pensamiento y emociones. Ya que la ansiedad y otras emociones eran experimentadas con alta intensidad por las cogniciones del cliente respecto a las situaciones que afrontaba. La idea de que su ex enamorada debería ser el como él quería que fuese, o que es injusto lo que le está sucediendo, son pensamientos autoexigentes que producían descontrol y sufrimiento emocional. Por lo que se trabajó el debate socrático para confrontar dichos pensamientos exigentes. Esto concuerda con el trabajo realizado por Buiklece, (2019), cuyo

estudio fue Dependencia emocional y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica en la pareja. Y su objetivo fue identificar la relación entre la dependencia emocional y los tipos de creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica por parte de sus parejas que asisten a una institución que atiende a parejas en situación de violencia en el distrito de Chorrillos. La muestra fue conformada por 100 mujeres, la muestra es de tipo censal, cuyas edades oscilan entre 20 a 50 años de edad. La investigación es de tipo cualitativa, diseño no experimental, transversal, descriptiva y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de Dependencia Emocional- (IDE (Aiquipa, 2015) y el registro de opiniones de Albert Ellis. Los resultados mostraron que el 96% de las mujeres participantes se ubican en una categoría alta de dependencia emocional. Respecto a la relación entre la dependencia emocional y las creencias irracionales, se encontró una relación directa significativa entre la dependencia emocional y las creencias irracionales, necesidad amor y aprobación y dependencia. Así también, otro estudio que concuerdan con los resultados obtenidos en este presente trabajo fue realizado por Cubas et al. (2004), quienes tuvieron como objetivo evaluar el efecto de un programa cognitivo conductual en un grupo de 7 mujeres con dependencia emocional afectiva, con edades comprendidas entre 29 y 49 años. Los resultados demostraron que hay un incremento en la autoestima y asertividad del grupo de mujeres.

Sin embargo, es preciso mencionar que los estudios de terapia cognitiva conductual relacionada con dependencia emocional como estudio de caso, son limitados dentro del contexto de literatura o antecedentes.

Por otra parte, respecto a los resultados del caso de dependencia emocional, en línea de seguimiento, se observó que las conductas de: ver las fotos de la ex pareja, pensar: “seguramente ella está coqueteando con sus amigos” y revisar las redes sociales de ex pareja, se han

incrementado ligeramente en la frecuencia en comparación con la última semana de tratamiento. Aunque éstas se contradecían con la ansiedad generada puesto que si bien el recaía en ciertos estímulos que le recuerden a su ex pareja, el cliente no experimentaba la ansiedad o molestia como antes lo hacía. Por lo que logró controlar la ansiedad y a tener una vida mucho más funcional en otras áreas de su vida antes afectadas.

Para finalizar, aunque los resultados mostrados han sido significativos en ambos casos, se han presentados inconvenientes que limitaban las fuentes de información, es decir, no se ha encontrado muchos trabajos publicados de estudio de caso que hayan abordado el tema de programas cognitivos conductuales para fobia social y dependencia emocional. En contraparte si se han realizado trabajos de correlación de tipo no experimental abordado las variables del presente estudio. Frente a todo lo expuesto en el trabajo, es importante también mencionar y resaltar el diseño experimental conductual de la presente investigación: diseño univariable multicondicional (A-B-A), como se pudo notar en el desarrollo de la investigación en los resultados, A representa la línea base y línea de seguimiento, en estas dos fases no se aplica ningún programa tratamiento, y B, es línea de tratamiento, en el cual, se observa los efectos de programa tomando como referencia la línea base (A) (Anicama, 2010).

VI. CONCLUSIONES

La investigación realizada determina que si bien ha evidenciado algunas limitaciones también ha tenido fortalezas durante el desarrollo del programa cognitivo conductual en ambos casos psicológicos. Como el hecho de incluir el diseño de investigación invariable multicondicional (ABA), ya que este, ha permitido medir de una forma cuantitativa los avances de la terapia aplicada durante 21 semanas de trabajo en cada caso. En los cuales se mostraron que las conductas de ambos clientes (fobia social y dependencia emocional) han disminuido de una forma significativa, de tal manera, que ha logrado que los clientes puedan disfrutar de las actividades de su vida cotidiana de una forma más funcional.

1. En ese sentido, los resultados permiten corroborar la hipótesis planteada, ya que el Programa Cognitivo Conductual logró disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas; motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas de ambos casos; fobia social y dependencia emocional aplicado a dos jóvenes en un Centro de Atención Psicológica Privado 2019.
2. De la misma forma, en el pre test y post test de las pruebas de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) y la Escala de Dependencia Emocional (EDE), se confirmaron que ambos clientes llegaron a alcanzar categorías de: leve ansiedad social y estabilidad emocional, respectivamente. Demostrando así, la efectividad del Programa Cognitivo Conductual.
3. Así también, un punto fuerte del programa cognitivo conductual fue la relación que se generó con cada cliente, tomando como base la confidencialidad, la empatía y flexibilidad ya que ello ha motivado y ha logrado que cada uno de los clientes se hayan comprometido hasta que finalizar con todo el programa completo.

4. Otro punto que destacar fue la psicoeducación, una característica de gran importancia dentro del programa cognitivo conductual que influyó en su efectividad. Esta técnica logró que los participantes conozcan su problema, las causas y características de estas, y que estas podían mejorar con la terapia psicológica. Así también, la psicoeducación se utilizó para presentar y explicar cada técnica del tratamiento; Terapia Racional Emotiva Conductual, la relación de esquemas de pensamiento A: situación, B: pensamiento y C: emoción/conducta, como también técnicas conductuales como aproximaciones sucesivas, relajación muscular, actividades para incrementar la tolerancia y autoestima, control de estímulos, tipos de reforzadores, modelamiento de conducta, etc. es así como cada cliente logró aprender y a dominar cada técnica ensayada en dentro y fuera del consultorio.
5. En el caso de fobia social, se logró disminuir las conductas evitativas y se redujo la intensidad de la ansiedad. Esto debido a que se utilizó las técnicas de exposición, desensibilización sistemática y reestructuración de pensamientos irracionales, principalmente. Y aunque, actualmente el participante aun presenta conductas evitativas no son de gran importancia, puesto que la frecuencia con que las hace es baja, por lo que en la mayoría de las veces logra exponerse experimentando una ansiedad funcional 4/10. Esto ha producido consecuencias favorables, fundamentalmente, en el área laboral, ya que el cliente logró desenvolverse en su trabajo con mayor eficacia y seguridad para poder hablar a los peatones del metropolitano, hablar por radio frente a los ojos de los demás, asimismo, en aspecto personal, a entablar conversaciones con personas del sexo opuesto con mayor frecuencia. Por otra parte, si bien el tartamudeo, no se presentó como un objetivo dentro del programa cognitivo conductual, esté también disminuyó, puesto que era producto de la ansiedad elevada, la cual se manifestaba en situaciones de alto estrés para el cliente.

6. En cuanto al caso de dependencia emocional, se logró disminuir las conductas de búsqueda y exposición a su expareja. El cliente aplicó de forma gradual la técnica de control de estímulos, evitando así cualquier objeto, situación, pensamiento o personas que se relacionen con su expareja. Esto tuvo como consecuencia un mayor control y disposición para trabajar otros aspectos o conductas problemáticas como el tema de sus pensamientos irracionales. Así también, el cliente logró realizar la técnica balance decisional el cual logró motivar y fortalecer el compromiso terapéutico por parte del cliente.
7. Continuando con el caso de Dependencia Emocional, se logró que al cliente realice ciertos ejercicios y actividades para mejorar su autoestima; ejercicios por la mañana, se matriculó a un taller de pintura, organizó salidas con sus amigos a patinar, realizó viajes los fines de semana, entró a un taller de baile (saya). Así también, el cliente logró identificar sus creencias irracionales y las debatió de tal forma que generó autoinstrucciones cognitivas funcionales para actuar frente a distintas situaciones de una manera más racional.
8. En suma, se concluye que ambos participantes lograron tener mejoría, no solo en los distintos niveles de conductas, sino también, en la perspectiva que tienen acerca de la vida. Por otro lado, si bien, en la línea de seguimiento, los clientes han recaído en algunas conductas, no se ha generado problemas importantes, puesto que estas conductas se encuentran dentro de lo esperado, lo cual no genera sufrimiento emocional ni limitaciones en las áreas de vida de cada persona.
9. Finalmente, el presente trabajo busca incentivar a otros profesionales del campo de la salud mental a investigar o realizar trabajos de este tipo estudio de caso, para lograr incrementar el panorama y las particularidades de cada caso siendo la base de otras investigaciones. Todo ello también por la importancia de las variables estudiadas, ya que la fobia social a

comparación de fobias específicas se generaliza en muchas situaciones haciendo siendo un problema que puede generar otros síntomas como estado de ánimo negativo, tristeza y desesperanza, limitando así su funcionalidad en las distintas áreas de la vida. Asimismo, la dependencia emocional, que actualmente se ve con mayor frecuencia en las consultas, llegan “disfrazadas” de una ansiedad, depresión, temor o discusiones de pareja. Y que muchas veces estos no llegan a consulta por un temor su pareja dominante. Todo ello conlleva a que, en la actualidad, los casos de violencia familiar o de pareja y los feminicidios se evidencien con mayor frecuencia. Por lo que, frente a ello, con este estudio de caso clínico se plantea validar un programa cognitivo conductual para fobia social y dependencia emocional aplicado a dos jóvenes, contribuyendo así a que otros profesionales de la salud mental puedan aplicarlos o adaptarlos de una forma adecuada para su uso práctico dentro del campo de la psicoterapia.

VII. RECOMENDACIONES

Frente a todo lo expuesto se recomienda lo siguiente:

Realizar campañas de promoción y prevención para afrontar las habilidades sociales, afrontar los miedos de una forma adecuada, asimismo, lograr sensibilizar a personas para que puedan apoyar a otras que los padezcan alguna ansiedad social. Así también campañas de autoestima, talleres sobre, formas adecuadas de llevar una relación de pareja con el fin de que las personas puedan aprender a distinguir entre un amor romántico toxico dependiente y un amor saludable. Todo ello desarrollado en distintos contextos colegios, servicios psicopedagógicos universidades, centros de salud, hospitales o centros psicológicos privados. De tal forma que los casos de fobias social y dependencia emocional puedan ser menos frecuentes dentro de nuestra sociedad o en su defecto puedan intervenir de forma adecuada y profesional.

Dentro de las terapias individuales, se recomienda incluir la participación de la familia como acompañante fóbico puesto que resultan una red de soporte y apoyo para el cliente, lo cual podría mejorar con mayor prontitud las conductas problemas presentadas.

En el caso de fobia social, se recomienda fortalecer las conductas logradas con otras actividades donde el cliente pueda interactuar y exponerse frente a otras personas. Por ejemplo, un taller de habilidades sociales, un taller de improvisación, talleres de baile o música.

En caso de dependencia emocional, se recomienda asistir a un taller o aun programa de autoestima, con el objetivo de fortalecer la autoeficacia y autoimagen del cliente, ya que, en el programa desarrollado en el presente trabajo, se realizó, básicamente, el desapego o la dependencia en sí misma.

VIII. REFERENCIAS

- Aguado, R. (2009). *S.o.S. tengo miedo: crisis de pánico, fobofobia y agorafobia del siglo XXI*. Editorial Pirámide.
- Aiquipa, J. (2012). Diseño y validación del inventario de Dependencia emocional (IDE). *Revista IIPSI de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Perú*, 15(1), 133-145.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v15i1.3673>
- Álvarez, J. (2018). *Dependencia Emocional en Parejas y Dimensiones de la Personalidad en Miembros de una Escuela de Oficiales PNP*. [Tesis para optar el título profesional de licenciatura]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma.
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1425>
- Anguita, A. (2017). *Propuesta de intervención para la dependencia emocional, superación de la dependencia tras la ruptura de la pareja*. [Trabajo fin de Máster en Psicología General Sanitaria]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Madrid.
<https://repositorio.uam.es/handle/10486/680162>
- Anicama, J. (2010). *Análisis del comportamiento en la práctica clínica*. Editorial Industria Gráfica Decourt
- Anicama, J. (2013). *Ficha técnica de la Escala de Dependencia emocional ACCA*. Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://www.docsity.com/es/evaluacion-dependencia-emocional/5243659/>
- Anicama, J., Caballero G., Aguirre M., & Cirilo I. (2013). *Construcción y Propiedades Psicométricas de una Escala de Dependencia emocional en Universitarios de Lima*. Universidad Nacional Federico Villarreal.

http://www.unfv.edu.pe/vrin/images/exposiciones/II_conferencia_anual/11.00-Proy_Inv_Jos_Anicama.pdf

Antona J., García, L., Yela, J., Gómez, M., Salgado, A., Delgado, C., & Urchaga, J. (2006).

Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Revista de la Psicología conductual*, 14(2), 183-200.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80500206.pdf>

Antony, M., & Barlow, D. (2004). *Fobias específicas*. En: D. Barlow, *Ansiedad y sus trastornos: la naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico*, 1(1), 3-24.

Asociación Americana de Psicología APA (2001). *Manual de publicación de la Asociación Americana de Psicología*. (5a ed.). Editorial APA.

Ayuso, J. (1988). *Trastornos de angustia*. Editorial Martínez Roca.

Barlow, D. (2002). *La ansiedad y sus trastornos: la naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico*. (2a ed.). Editorial Guilford Press.

Beck, A., & Clark, D. (2012). *Terapia Cognitiva para el trastorno de Ansiedad: ciencia y práctica*. Editorial Desclée de Brouwer, S. A.

Bornstein, R. (1992). *The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives*. *Psychological Bulletin*, 112(1), 3-23.

Bradley, P., Mogg, K., & Millar, H. (2000). *Orientación abierta y abierta de la atención a los rostros emocionales en ansiedad, cognición y emoción*, 14(1), 789-808.

Buiklece, C. (2019). *Dependencia emocional y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica en la pareja*. [Tesis para optar el título profesional de licenciatura].

Repositorio Institucional de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4280>

- Bulbena, A. (1986). *Psicopatología de la psicomotricidad. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 236- 255. Editorial Salvat.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI de España Editores S. A.
- Canon, B. (1927). *Cambios corporales en el dolor, el estrés, el miedo y la rabia: una cuenta o búsquedas recientes en la función de la emoción emocional*. Editorial Appleton y compañía.
- Castelló, J. (2000). *Análisis del concepto "Dependencia Emocional"*. I Congreso Virtual de Psiquiatría. <http://files.psicodx-funcog-personalidad.webnode.com.co/200000057-412c14225d/dependencia%20emocional.pdf>
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: Características y tratamiento*. Editorial Alianza.
- Castelló, J. (2012). *La Superación de la Dependencia Emocional*. Editorial Corona Borealis.
- Clemente, Y., Demonque, C., Hansen-Love, L. & Kahn, P. (1997). *Diccionario práctico de la filosofía*. Editorial Terramar
- Congost, S. (2011). *Manual de Dependencia Emocional Afectiva*. Editorial Portal uc3. <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/02/GUIA-DEPENDENCIA+EMOCIONAL.pdf>
- Cubas, D. Espinoza, G., Galli, A., & Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva. *Revista de psiquiatría y salud mental*, *Hermilio Valdizan*. 5(2), 81-90. <http://www.hhv.gob.pe/wp->

- content/uploads/Revista/2004/II/6-INTERVENCION_COGNITIVO_CONDUCTUAL_EN_UN_GRUPO.pdf
- Espíritu, L. (2013). Dependencia emocional en mujeres violentadas y no violentadas de Nuevo Chimbote. *Revista de Investigación de estudiantes de Psicología "JANG" de la Universidad Cesar Vallejo*, 2(2), 123-140.
- Gálvez, J. (2009). Revisión de Evidencias Científicas de la Terapia Cognitivo Conductual. *Revista de Medicina Naturista* 3(1), 10-16.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2867904.pdf>
- Gil, F., & Hernández, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Revista Anuario de Psicología*, 40(1), 89-104.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2982083>
- Hernández S., & Mendoza., C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas*. Estados Unidos: Megraw-Hill
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. *Revista Anales de Salud Mental* 29(1).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Lima. *La Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 33(2). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200007
- Kuba, K. (2017). *Relación entre creencias irracionales y ansiedad social en estudiantes de la facultad de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana*. [Tesis de Licenciatura]. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/659>.

- Labrador, J. (2011). *Técnicas de modificación de la conducta*. Editorial Pirámide
- Madueño, A., Ortega, M., Benítez, E., Alcaraz, E., & Forja, F. (2012). Síntomas relacionados con fobia social en personal sanitario. *Revista Medifam* 12 (5).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000500003
- Malca, V. (2018). *Ansiedad social y pensamientos automáticos en estudiantes universitarios de una institución pública de lima metropolitana*. [Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitiva Conductual]. Repositorio Institucional de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2599/MALCA%20VICENTE%20JESSICA%20DORA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2008). Exposición y prevención de respuesta-mitos y verdades. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento*. 1(14), 1-5
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/exposicion-y-prevencion-de-la-respuesta-mitos-y-verdades.pdf>
- Ministerio de Salud (2005). Dirigido a trabajadores de primer nivel de atención: nociones de salud mental. *Universidad Cayetano Heredia*. <http://www.minsa.gob.pe/dgps>
- Moral, M., & Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150-167.
<http://roderic.uv.es/handle/10550/22382>.
- Ortega, J., & Climent, A. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Revista de Clínica y Salud*, 15(2),177-214.
<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617822004.pdf>

- Real Academia Española (2018). Dependencia. *Asociación de Academias de Lenguas Españolas*.
<https://dle.rae.es/?id=CEjjsLO>
- Riso, W. (2012). *¿Amar o Depender?* (1ª ed.). Editorial Planeta
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Editorial De Brouwer, S.A.
- Sánchez, G. (2010). *La Dependencia Emocional: Causas, trastorno, tratamiento*.
<https://www.lavidaesfacilydivertida.com/wp-content/uploads/2012/09/dependencia-emocional-gemma-1.pdf>
- Sánchez, J., Artica, M., & De La Cruz, C. (2018). *Demandas cognitivas en una relación de pareja: Desde las creencias irracionales y pensamientos automáticos*. Editorial Académica Española.
- Sancho, A., & Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. *Curso de Actualización Pediatría*, 265-280. Editorial Exlibris Ediciones
- Schaeffer, B. (1998) *¿Es Amor o es adicción?* Editorial Apóstrofe.
- Serrano, M. (2001). Algunas Consideraciones Históricas en torno de la Terapia Cognitivo Conductual: *¿Sincretismo?* *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 4(1).
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22825/21551>
- Sternberg, R., & Weis, K. (2006). *La nueva psicología del amor*. Editorial Yale University Press
- Ward, C., Brinkman, T., Slifer, K., & Paranjape, S. (2010). Uso de intervenciones conductuales para ayudar con los procedimientos de rutina en niños con fibrosis quística. *Diario de la fibrosis quística*, 9, 150-153.
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Wg9PmUQ6CbgJ:https://jhu.pu>

re.elsevier.com/en/publications/using-behavioral-interventions-to-assist-with-routine-procedures--3+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe&client=avast

Wolitzky, K., Horowitz, J., Powers, M., & Telch, M. (2008). Enfoques Psicológicos en el Tratamiento de Fobias Específicas: un metaanálisis. *Revista de Psicología Clínica*, 28, 1021-1037. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6201735.pdf>

IX. ANEXOS

9.1. Anexo A

Intervención de la terapia cognitiva conductual en Dependencia Emocional

En la tabla 9 se observa el registro de línea base de las conductas problemas, realizado durante una semana completa (7 días). En el cual se puede observar que las conductas con mayores frecuencias son D y J con 25 puntos y los de menor frecuencia las conductas H y A con 2 y 8 respectivamente.

Tabla 9

Listado de conductas problemas presentadas en el Repertorio de Entrada, registradas durante la primera semana de intervención

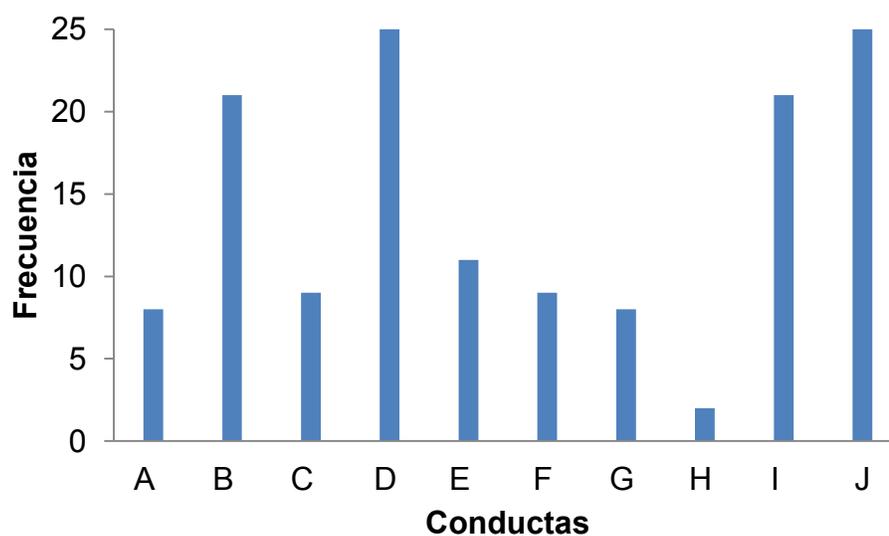
Conductas	L	M	Mi	J	V	S	D	Total
A. Distraerse y dejar a medio terminar sus exámenes	II	I	I	I	I	I	I	8
B. Revisar su celular y revisar el FB de su ex pareja	II	II	III	III	III	III	IIII	21
C. Acercarse a su ex pareja e intentar hablar con ella.	I	I	II	II	III			9
D. Escuchar música romántica y enviar mensajes por Facebook o celular.	II	IIII	III	III	IIII	III	III	25
E. Pensar: “seguramente está coqueteando con sus amigos” “debería ser más serio y no reír mucho”.	I	II	I	III	III		I	11

F. Pensar: “ella debería tenerme más consideración” “no soporto que me contradiga y se ponga en esa actitud, me vuelve loco”.	I	I	I	II	II	I	I	9
G. Evitar tomar desayuno o almorzar.	II	I	I	I	II	I		8
H. Llorar y golpear la pared gritando y llamar a su ex pareja.						I	I	2
I. Revisar las fotos y regalos que le dio su ex pareja	III	III	III	III	III	III	III	21
J. Sudoración Palmar	II	III	III	III	IIII	IIII	IIII	25

En la figura 8 se observa la frecuencia de las conductas motoras, cognitivas y fisiológicas, en donde las conductas de D y J alcanzan una frecuencia de 25, B e I 21, E 11, C y F 9, A y G 8 y, por último, la conducta H con una frecuencia de 2.

Figura 8

Listado de conductas presentadas en el Repertorio de Entrada, durante la primera semana de tratamiento



En la tabla 10 se observa las intensidades según SUD de las emociones ansiedad, celos, tristeza, y frustración. En donde se nota que dichas emociones están más allá de lo esperado, llegando a 9 y 10 de intensidad máxima.

Tabla 10

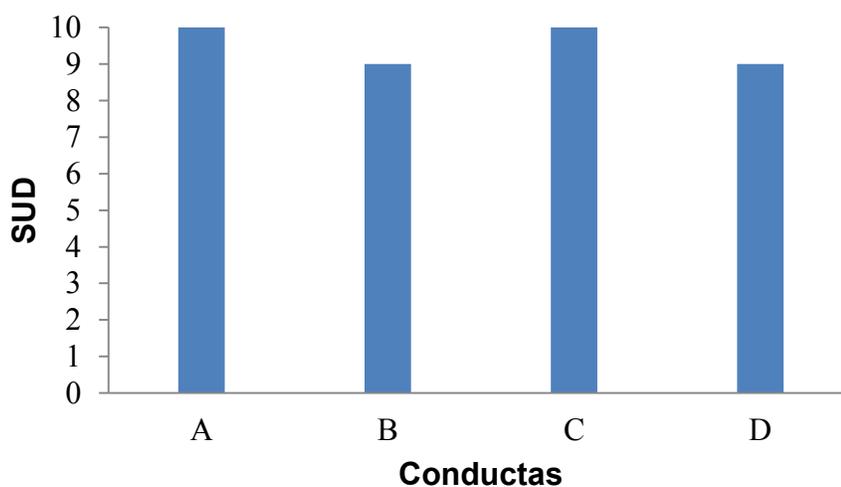
Repertorio de entrada de conductas emocionales presentadas durante la primera semana

Conductas (SUD: 0 – 10)	L	M	Mi	J	V	S	D	Total
A. Ansiedad	8	10	9	9	10	10	10	10
B. Celos	7	9	10	9	9	10	10	9
C. Tristeza	7	9	10	9	10	10	10	10
D. Frustración	7	9	8	8	8	10	10	9

En la figura 9, se observa las conductas emocionales medias en una escala de 0 – 10 (SUD), donde la ansiedad y la tristeza alcanzan una valoración de 10 y los celos y frustración 9.

Figura 9

Repertorio de entrada de conductas emocionales presentadas durante la primera semana



9.1.1 Conductas pre-recurrentes

- Orientado en espacio y tiempo
- Sigue instrucciones

9.1.2 Objetivo general

Al final del programa, el cliente será capaz de emitir conductas motoras, cognitivas, fisiológicas y emocionales de forma adecuada en diez ensayos consecutivos con una performance del 80%.

9.1.3 Selección del Diseño

Diseño univariable multicondicional ABA

9.1.4 Objetivos Específicos

9.1.4.1 Disminuir la conducta de distraerse por pensar en su ex pareja

9.1.4.2 Eliminar la conducta de revisar su celular y el estado de Facebook de su ex pareja

9.1.4.3 Eliminar la conducta de acercarse a su ex pareja e intenta hablar con ella.

9.1.4.4 Eliminar la conducta de escuchar música romántica, escribirle al Facebook y enviar mensajes telefónicos a su ex pareja.

9.1.4.5 Modificar el pensamiento de “seguramente está coqueteando con sus amigos” “debería ser más sería y no reír mucho” por “no tengo pruebas de ella esté coqueteando con sus amigos, además, ella es una chica sin compromiso, por lo que, aun si lo hiciera (coquetear), está en todo su derecho”.

9.1.4.6 Modificar el pensamiento de “ella debería tenerme más consideración” “no soporto que me contradiga y se ponga en esa actitud, me vuelve loco” por “Me gustaría que me tenga consideración, pero si no, no es para tanto, todas las personas son distintas y su

comportamiento no será siempre como yo quiero”, “yo tengo una forma de ser que posiblemente no le agrade muchos”

9.1.4.7 Eliminar la conducta de evitar tomar desayuno y almorzar.

9.1.4.8 Eliminar la conducta de llorar, golpear la pared, gritar y llamar a su ex pareja.

9.1.4.9 Disminuir la frecuencia de la conducta fisiológica de sudoración palmar.

9.1.4.10. Disminuir las intensidades de las conductas emocionales de ansiedad (10), celos (9), tristeza (10) y frustración a niveles adecuados.

9.1.5 Procedimiento

Para alcanzar los objetivos: 9.1.4.1, 9.1.4.2, 9.1.4.3 y 9.1.4.4 se aplicarán las técnicas: Psicoeducación, control de estímulos, balanza decisional y bloqueo de pensamiento con sustitución.

Paso 1: Se brinda psicoeducación al cliente acerca de la triple relación de contingencia.

En este caso, se le explica que la conducta problema tiene un antecedente y una consecuente, seguidamente, se ejemplifica un análisis funcional junto con el cliente, tomando una situación de su propio contexto en la cual evidencia problemas.

Ed	Conducta	Er
<p>Cuando se queda solo en casa, se pone a revisar las fotos que se tomó con su ex pareja, así también las cosas que le regaló; cartas, collares y pulseras. tristeza (10) ansiedad (10)</p>	<p>Llora y empieza a golpear la pared gritando y llama a su ex pareja para encontrarse con ella.</p>	<p>Su ex pareja intenta calmarlo hasta que accede hablar con él personalmente.</p>

T: Saúl, tomando como ejemplo este análisis funcional, es importante poder controlar los estímulos que detonan o influyen en gran medida a que se manifiesten las conductas que tú, justamente, quieres cambiar. Es decir, si te expones a ciertos estímulos, en este caso, estar solo en casa y revisar las fotos o regalos de tu ex pareja, hará que tu ansiedad por estar con ella sea mucho más difícil de controlar y como consecuencia actuaras de forma que desees hacerlo. Es por eso, que es necesario hacer un control de todos esos estímulos.

Paso 2: Se realiza el control de estímulos:

Para ello se le muestra al cliente lo que se logró identificar durante el trabajo de análisis funcional con su historia psicológica:

Conductas	L	M	Mi	J	V	S	D	Total
1. No estar solo en su cuarto sin hacer nada								
2. No revisar su celular y el estado Facebook de su ex pareja								

T: Saúl, ahora tendrás un cuaderno con los registros que te iré dejando durante las sesiones posteriores. En estos registros anotarás con (I) si lograste evitar el estímulo o con un (-) si no lograste evitarlo. El registro será importante para poder aplicar otras técnicas en las conductas que te pueda costar más evitarlo. Recuerda que es importante ir renunciando a ciertos estímulos que, como comentas, te están generando problemas.

S: Creo que me va a costar, pero, siento que puedo hacerlo, todo sea por mi salud y mi tranquilidad.

T: Así es Saúl, recuerda que el proceso terapéutico toma un tiempo, sin embargo, podrás ver los resultados en cada sesión si pones todo tu esfuerzo, compromiso y voluntad para salir de esto.

***NOTA:** Es preciso mencionar que el control de estímulos se fue dando gradualmente, ya que el objetivo es motivar al cliente a que puede lograr controlar dichos estímulos. Por lo mismo, en las sesiones posteriores, se fue aumentando ciertos estímulos.*

No acercarse a su ex pareja
No escuchar música romántica de desamor
No frecuentar a lugares donde sabe que estará su ex pareja
Evitar hablar de su ex pareja con sus amigos
Borrar su Facebook y bloquear su Whatsapp
Borrar el número telefónico de su expareja

Paso 3: Control Encubierto “balanza decisional”

Se explica al cliente que con esta técnica se busca fortalecer la decisión de alejarse y renunciar a su ex pareja.

T: Saúl en esta oportunidad haremos un trabajo llamado “balanza decisional”, es decir, como su mismo nombre lo dice, vamos a balancear las consecuencias favorables y desfavorables de seguir con la idea o el deseo de estar con tu ex pareja.

C: Entiendo, durante estos días, en ocasiones sentía mucha desesperación por las noches, al punto de no poder dormir por pensar en ella. Aunque antes era aún peor.

T: ¿Por qué ya no es como antes? ¿Qué cambió?

C: Creo que el secreto era no revisar las cosas de ella (risas) eso ha hecho que no la piense mucho, hasta a veces me olvidaba de ella por mucho tiempo en el día.

T: Muy bien Saúl, me da gusto escuchar que te has esforzado y estas consiguiendo lo que te has planteado. Bien Saúl, entonces ahora te daré una hoja en la cual encontraras dos columnas en la primera escribirás las consecuencias favorables que tendría el hecho de que regreses o estés con tu ex pareja, no te limites, escribe cualquier cosa que sientas que sea positivo. Así mismo anotarás también las consecuencias desfavorables en la otra columna, de igual forma tienes total libertad para anotar lo que tu consideres que debiera ir allí.

BALANZA DECISIONAL	
Consecuencias favorables	Consecuencias desfavorables
1. Pasar momentos agradables	1. Que me engañe nuevamente
2. Tener su atención y que me escuche	2. Bajaré nuevamente en notas
3. Tener relaciones sexuales	3. Faltaré a mis clases en la universidad
4. Besarnos	4. Sentir ansiedad cuando no está conmigo
	5. Soportar su actitud de manipulación
	6. Descuidar mi salud, mi gastritis
	7. Dejar de salir con mi familia o amigos
	8. Discutir al punto de insultarnos
	9. Dejar de alimentarme como debe de ser
	10. Dejaré mis responsabilidades por complacerla

T: Muy bien Saúl, dime, ¿qué notas en tu balanza decisional?

C: Viendo ahora mucho mejor, creo que hay cosas negativas que positivas, no lo había visto desde este punto de vista, es decir, no lo había apuntado nunca.

T: ¿cómo te hace sentir ahora que ves que son más las consecuencias desfavorables?

C: me siento convencido quizá y más seguro de lo que quiero.

T: Saúl, puedes notar que, si analizamos este ejercicio como costos y beneficios, podríamos concluir que decidir por los placeres favorables, haría que te cueste demasiado, asumiendo todas las consecuencias desfavorables que darían ¿No crees?

C: Sí, estoy de acuerdo, sé que aun siento ansiedad, y como le comento a veces aun pienso en ella, sin embargo, con estos ejercicios me voy dando cuenta más de lo que deseo.

T: Muy bien Saúl, resalto tu determinación y la decisión que estás tomando para tu bienestar. Ahora te dejaré una tarea la cual será recordar todas las consecuencias desfavorables en todas las situaciones en donde se te da por recordar o querer estar con tu ex pareja. Esto ayudará reforzar la decisión que has tomado, y también observarás a tu ex pareja menos idealizada justamente por atribuirle esas consecuencias desfavorables ¿de acuerdo?

C: De acuerdo, voy intentar utilizar esta balanza. Una consulta ¿puedo añadirle más consecuencias desfavorables?

T: Claro que si Saúl, puede hacerlo las que tu desees, pero lo más importante es que las utilices en los momentos en las estas recordándola o sientas ansiedad por verla.

Paso 4: Bloqueo de pensamiento con sustitución

En caso se explica al cliente que se aplicara la técnica de Bloqueo de pensamiento con sustitución, por lo que se le explica el procedimiento:

T: Bien Saúl, según me comentas aun te cuesta dejar de pensar en tu ex pareja cuando estás en clases.

C: Así es, sobre todo cuando solo el profesor está hablando y nosotros (alumnos) escuchando. Es ahí donde me pierdo pensando en que estará haciendo ella, con quien estará, cosas así. Sé que no me conviene, pero aun siento no logro controlarlo del todo.

T: Comprendo Saúl, como te comenté en principio de la terapia, es un proceso en la cual tú iras desapegando emocionalmente y habituándote a un nuevo estilo de vida. También te comenté que habrá algunas cosas que ha de reforzarse y es normal, eso no tienes por qué desmotivarte, ¿Dime desde que iniciaste la terapia has notado que algo ha mejorado o cambiado en ti?

C: Si, de todas maneras, ha cambiado muchas cosas, el hecho de no entrar a las redes sociales, evitar cualquier cosa que me recuerde a ella, me dado bastante tranquilidad y he podido enfocarme en otras cosas para mí.

T: Es muy cierto Saúl, el hecho de que estés aquí, significa cuanto te valoras y te estás dando un tiempo para ti. Bien ahora trabajaremos una técnica llamada bloqueo de pensamiento con sustitución, el cual te ayudará a controlar esos pensamientos que se te da algunas veces.

T: Esta técnica consta de siguientes pasos:

Etapas	Proceso de intervención
1. Relajación	<p>T: Bien Saúl ahora te voy a pedir que te recuestes sobre el diván y mantengas los ojos cerrados hasta que yo te diga lo contrario. Ahora imagina que te encuentras caminado por la playa. Es una playa solitaria, está soleando y la briza del aire es fresca y agradable, por lo que sigues caminado y sientes como las olas del mar llegan a tus pies, sientes la arena muy fina y sigues caminado has que decides recostarte bajo una sombrilla boca arriba como te encuentras ahora mismo y empiezas a sentirte muy relajado. Saúl ahora te pediré que inhales profundamente utilizando el diafragma, sostén la respiración (3 segundos) y ahora exhala lentamente por la boca (repetir 3 ensayos), muy bien, ahora concéntrate en tus pies, fija tu atención en los dedos y</p>

	<p>uñas, el talón y fíjate cómo se va relajando, ahora concéntrate con tus pantorrillas, rodillas (continuar hasta logra que relaje todas las partes del cuerpo).</p>
<p>2. Recordar tres situaciones agradables de tu vida</p>	<p>T: Muy bien Saúl, dime cuan relajado te sientes ahora del 0 – 10. C: 8.</p> <p>T: Bien, ahora Saúl, ya que te encuentras relajado te pediré que recuerde una situación agradable de tu vida. Si ya lo tienes levanta el dedo índice ¿qué recordaste Saúl? (repetir este ejercicio dos ensayos y completar las tres situaciones agradables)</p> <p>C: 1. Recordé a mi promoción del colegio y las bromas de mis compañeros, nos reímos mucho. 2. Recordé un viaje que hice con mi madre al cuzco nos divertimos mucho, lo pasamos muy bien.</p> <p>3. Recordé cuando tenía 9 años en una navidad donde recibí muchos regalos y me sentí muy feliz porque estaba mi padre con una actitud más cariñosa y eso me gustó.</p>
<p>3. Bloquear el pensamiento</p>	<p>T: Excelente Saúl, vas muy bien, ahora te voy a pedir que recuerdes a tu ex pareja, utiliza esos pensamientos que se da cuando estas en clase, levanta el dedo índice cuando tengas el pensamiento. (Levanta el índice).</p> <p>T: Bien ahora (dar un aplauso), recuerda la promoción con tus amigos y lo mucho que se divertían, las cosas que hacían recordar lo más vívidamente posible, cuando lo tengas levanta la mano derecha (Realizar dos ensayos utilizando las otras dos situaciones agradables).</p>

T: Excelente trabajo Saúl, cuéntame lograste bloquear tus pensamientos acerca de tu ex pareja con los recuerdos agradables.

C: Si, pero no con todos, con la numero de tres, el de los regalos de navidad, con ese no llegué a bloquearlos muy bien, pensé la situación peros como que volvía pensar en ella.

T: Entiendo Saúl, es normal por eso se eligieron tres situaciones agradables ya que algunas son más significativas que otras. La idea es que tu pueda utilizarlos en los momentos en que se manifiesten esos pensamientos sobre tu ex pareja, siguiendo la misma dinámica, es este caso puede utilizar un sonido o palabras para cortar el pensamiento; dar un aplauso, decir ¡basta! Y luego continuar con los recuerdos agradables hasta que la ansiedad haya sido controlada ¿de acuerdo?

C: Perfecto seguiré las instrucciones y recomendaciones.

5.6.2 Para alcanzar los objetivos: 9.1.5.5, 9.1.5.6 se aplicará reestructuración cognitiva mediante el ABCDE:

Paso 1: Etapa de información sobre los elementos de la TREC: ABC

T: Bien Saúl, la TREC es una estrategia cognitiva que tiene como objetivo cambiar, mediante la razón y la lógica, los pensamientos que le generan emociones no funcionales. Por ejemplo: ira, ansiedad, culpa, miedo, frustración, etc. Todos ellos en niveles altos.

T: Bien A es toda situación o evento que ha ocurrido, dichos eventos pueden ser externos, por ejemplo: discusiones con la pareja, imágenes, un lugar, una canción, et. O pueden ser internos, por ejemplo: un recuerdo, dolor físico.

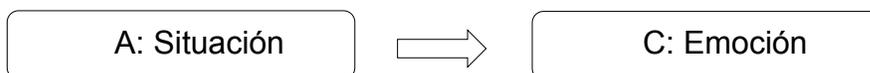
T: Luego B, son todas las creencias irracionales que están influidas por una situación, dichas creencias irracionales son absolutas, carecen de lógica, no se contrastan con la realidad, y generan conflictos y sufrimiento emocional.

T: Y C, representan las emociones y conductas. En este caso, son emociones muy intensas, y como consecuencia, son no funcionales en la vida cotidiana.

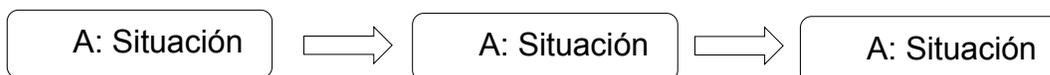
Paso 2: Diferenciando esquemas

El propósito de este paso es explicar la conexión que tienen una situación, los pensamientos y las emociones que desencadenan conductas.

❖ Esquema incorrecto



❖ Esquema correcto



Paso 3: Identificación de A B C

En este paso, se evalúa un caso específico para identificar A B y C, utilizando un ejemplo de la propia experiencia del cliente. De esta forma se enseña al cliente a identificar sus creencias irracionales, los cuales le generan emociones altos niveles de SUD

A	B	C
Estar en su salón y escuchar reír a su ex pareja	<p>Piensa: “seguramente está coqueteando con sus amigos” “debería ser más seria y no reír mucho”</p> <p><i>“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sea como a uno le gustaría que fueran”</i></p>	<p>Celos (9) e ira (9)</p> <p>Conducta: Salir del salón y no concluir con las clases.</p>

Paso 4: Preparación para el debate D y elaboración de un pensamiento racional E

Se realiza un repaso de los elementos A B C, luego se procede a enseñar a debatir al cliente las creencias irracionales que se han puesto como objetivos.

A	B	C	D	E
<p>Estar en su salón y escuchar reír a su ex pareja</p>	<p>Piensa: “seguramente está coqueteando con sus amigos” “debería ser más serio y no reír mucho”</p> <p>CREENCIA IRRACIONAL IDENTIFICADA:</p> <p><i>“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sea como a uno le gustaría que fueran”</i></p>	<p>Emoción:</p> <p>Celos (9) e ira (9)</p> <p>Conducta:</p> <p>Salir del salón y no concluir con las clases.</p>	<p>¿Todos los que ríen con sus amigos significa que están coqueteando?</p> <p>¿Ud. tiene pruebas que aseguren que es cierto lo que piensa?</p> <p>¿Cuándo esta con sus amigos también suele divertirse?</p> <p>¿Pensar de esa forma le ayuda o lo beneficia de algún modo?</p> <p>¿Y aun si fuera cierto, una persona que es soltera podría coquetear con otra persona?</p>	<p>Nuevo pensamiento</p> <p>“no tengo pruebas de ella esté coqueteando con sus amigos, además, ella es una chica sin compromiso, por lo que, aun si lo hiciera (coquetear), está en todo su derecho”.</p>
<p>Su ex pareja se niega a decirle lo que hará o a dónde ira, pues afirma que no son pareja.</p>	<p>Piensa: “ella debería tenerme más consideración” “no soporto que me contradiga y se ponga en esa actitud, me vuelve loco”.</p>	<p>Emoción:</p> <p>Ira (9) y frustración (9).</p> <p>Conducta:</p> <p>Empieza hacer gestos de molestia con</p>	<p>¿Qué significa tenerle consideración?</p> <p>Ud. ¿Ha contradicho a otras personas alguna vez?</p> <p>¿Existen personas a quienes nunca se les haya contradicho?</p> <p>¿Es posible que usted sea</p>	<p>Nuevo pensamiento:</p> <p>“Me gustaría que me tenga consideración, pero si no, no es para tanto, todas las personas son distintas y su</p>

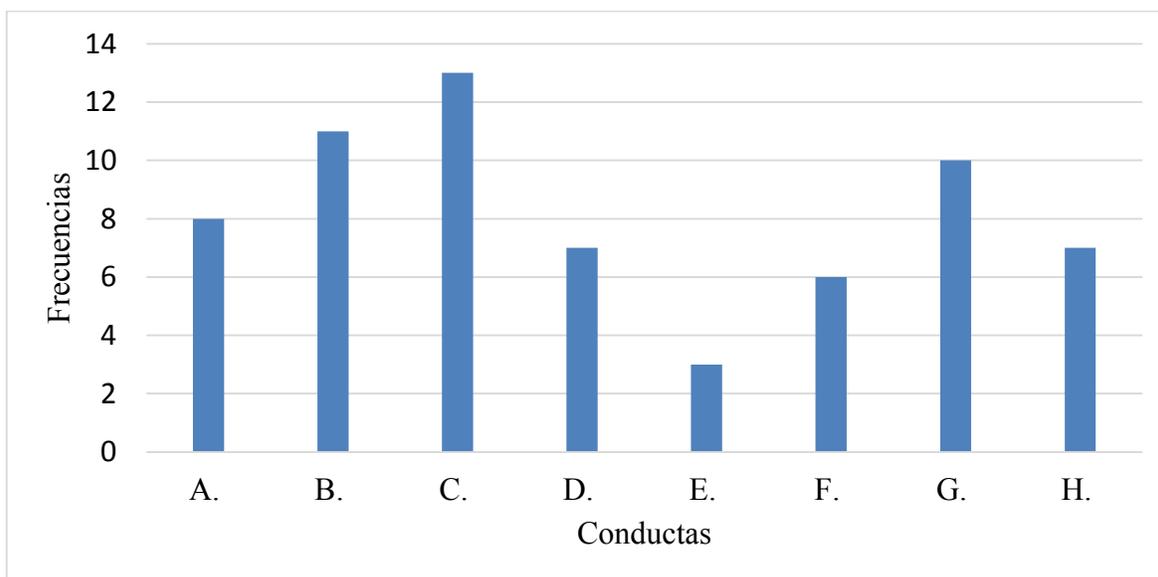
	<p>CREENCIA IRRACIONAL IDENTIFICADA:</p> <p><i>“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sea como a uno le gustaría que fueran”</i></p>	<p>su rostro, frunce el ceño.</p>	<p>contradicho al menos una vez en su vida?</p> <p>¿Qué significa volverse loco?</p> <p>¿A las personas que son contradichas por consecuencia se vuelven locos?</p>	<p>comportamiento no será siempre como yo quiero”, “yo tengo una forma de ser que posiblemente no le agrade muchos”</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

para esto”, “dirán que un orientador debe saber hablar bien, sin tartamudear”.

En la Figura 10 se observa la frecuencia de las conductas motoras, cognitivas y fisiológicas, en donde las conductas de C y B alcanzan una frecuencia máxima de 13 y 11 respectivamente. Por otra parte, las conductas con menor frecuencia son la E y F con 7 y 6 respectivamente.

Figura 10

Listado de conductas presentadas en el Repertorio de Entrada, durante la primera semana de tratamiento



En la Tabla 12 se observa el registro de las conductas problemas evaluada durante una semana. En la cual se observa que tanto como la ansiedad, el miedo y la ira presentan conductas con puntajes altos en la escala de SUD 1-10.

Tabla 12

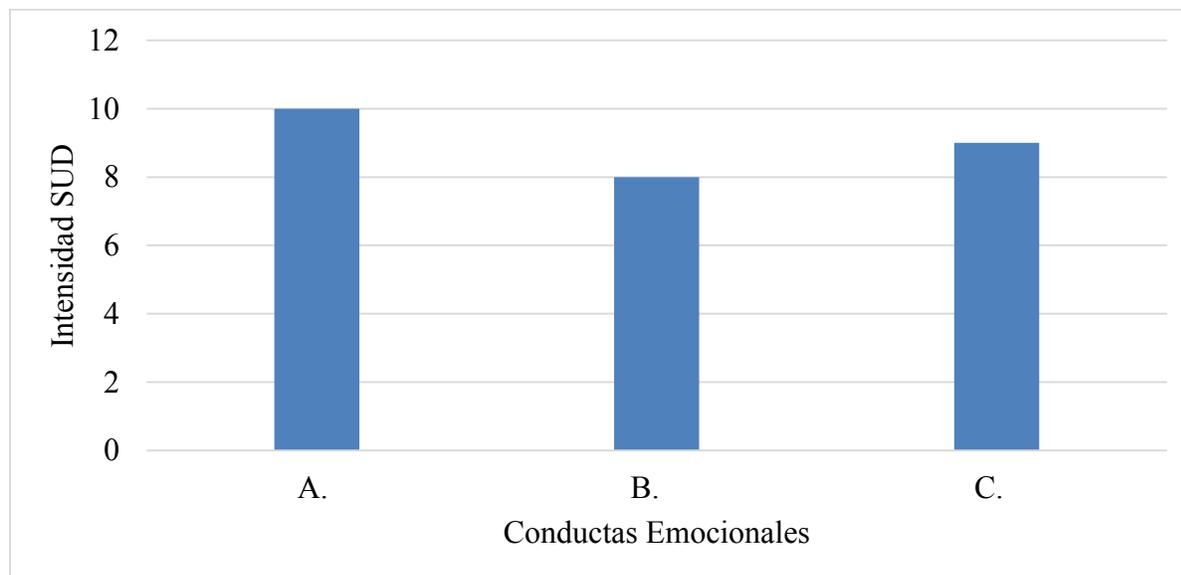
Repertorio de entrada de conductas emocionales presentadas durante la primera semana

Conductas (SUD: 0 – 10)	L	M	Mi	J	V	S	D	Total
A. Ansiedad	10	10	8	9	9	10	10	10
B. Miedo	8	7	7	7	9	9	10	8
C. Ira	10	9	8	9	10	10	7	9

En la Figura 11 se observa la intensidad de las conductas emocionales, en las cuales todas destacan por su alta intensidad en la escala SUD, obteniendo un puntaje mínimo de 8 y máximo de 10.

Figura 11

Listado de conductas emocionales presentadas en el Repertorio de Entrada, durante la primera semana de tratamiento



9.2.1 Conductas Pre-Recurrentes

- Seguimiento de Instrucciones
- Nivel Intelectual Promedio
- Aprendizaje de la ejecución de técnicas imaginarias.

9.2.2 Objetivo Terminal

Al final del Programa de Tratamiento, el paciente será capaz de enfrentar, sin presentar respuestas de ansiedad y temor, situaciones tales como manejar su propio auto, viajar en taxi, solo o acompañado, de amigos o familiares, y encontrarse dentro de un taxi, en medio de una congestión vehicular que ocurre debajo de un puente.

9.2.3 Selección del diseño

Se trabaja con el Diseño Univariable Multicondicional ABA

9.2.4 Objetivos específicos

9.2.4.1 Modificar el pensamiento de “habrá mucha gente, y se van a reír de mi porque pensarán que soy un retrasado” por “No tengo pruebas cien por ciento de que esas personas estén pensando en ello”.

9.2.4.2 Modificar el pensamiento de “si hablo por la radio, todos mis supervisores y compañeros dirán que hablo mal, tartamudeando” por “No tengo la certeza de que vayan a decir eso, aun si así fuera, valoraran más el que envié el mensaje a que tartamudeé”.

9.2.4.3 Modificar el pensamiento de “las personas que pasan por mi puesto seguro ya me han escuchado hablar antes, por eso ríen cuando me ven” por “las personas pueden tener muchos motivos para reír y no necesariamente de mi forma de hablar”.

9.2.4.4 Modificar el pensamiento de “me verán como trabajo y dirán que un orientador debe hablar bien sin tartamudear” por “No tengo pruebas de que me vayan a decir eso, además existen personas tartamudas que pueden desempeñarse adecuadamente en distintos trabajos”.

9.2.4.5 Modificar el pensamiento de “si le hablo a mi amiga, pensará que soy un loco, y no me hablará” por “ser tartamudo no implica perder la cordura, además, la conducta de un loco no es tartamudear”.

9.2.4.6 Eliminar la conducta de evitar hablar por radio a un orientador del metropolitano

9.2.4.7 Eliminar la conducta de evitar informar a las personas que no pueden llevar mascotas dentro del bus del metropolitano.

9.2.4.8 Eliminar la conducta de evitar acercarse a una chica que le gusta

9.2.4.9 Eliminar la conducta de evitar hablar al mozo cuando va a comer a un restaurante.

9.2.4.10 Disminuir el nivel de ansiedad (10/10), miedo (8/10) e ira (9/10) a un nivel de SUD de 5

5.6. Procedimiento

El procedimiento del Tratamiento consiste en inhibir la respuesta de ansiedad y conductas de evitación y escape frente a la situación fóbica, progresivamente, para lograr que el paciente aprenda a enfrentar las situaciones antes que evitarlas, para lo cual se lleva a cabo la siguiente secuencia:

Para alcanzar los objetivos 9.2.4.6, 9.2.4.7, 9.2.4.8, 9.2.4.9 y 9.2.4.10 se utilizarán se seguirá los siguientes pasos:

Paso 1: Psicoeducación

Se empieza explicándole al paciente que el miedo es una emoción natural y adaptativa y como conducta emocional, es aprendida a través de la asociación de estímulos. En el caso de George, esta conducta de ansiedad y temor a situaciones donde tiene que interactuar con otras personas se originó por una experiencia significativa, en una exposición a los 12 años donde se burlaron de él porque tartamudeo. Para entender el mecanismo cómo se mantiene la conducta fóbica, se le graficó la Triple Relación de Contingencias, en donde el Estímulo Discriminativo (Ed) es cuando tiene que hablar por radio con su supervisor y la (c) conducta o respuesta es la de evitar hablar por radio y caminar largos trayectos hasta hablar con su supervisor personalmente; y estas conducta se van a mantener a través de un Proceso de Reforzamiento Negativo, en donde el alivio que siente al evitar tal situación, se convierte en el Estímulo Reforzador (Er).

Paso 2: Entrenamiento en la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson

Se le entrena al paciente en esta técnica con el objetivo de disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad. En este caso se aplica la versión modificada y abreviada para los efectos de este tratamiento, en donde se requiere eliminar o disminuir la ansiedad causada por los estímulos discriminativos previamente identificados en la lista de Jerarquización de situaciones aversivas elaborada por el propio paciente, con ayuda del terapeuta.

El paciente es entrenado en el consultorio, para lo cual se le pide que se ubique cómodamente en un sillón reclinable para proceder a la ejecución de los pasos de la Técnica de Relajación. Dicho entrenamiento se lleva a cabo en la primera y segunda sesión terapéutica, acompañado de una Hoja de Registro de Relajación, asignándole la tarea de practicar en su casa la secuencia

completa de Relajación dos veces por día, durante seis días consecutivos y que dicho entrenamiento sea registrado.

Después de este período de tiempo (una semana) el paciente ya es capaz de relajarse muscularmente al practicar lo aprendido en sesión.

Paso 3: Jerarquización de situaciones aversivas

Se le solicita al paciente que escriba en una hoja, una lista que denominaremos Inventario de Temores donde registra las situaciones que le crean aversión, rechazo o temor, sin tener en cuenta aún alguna jerarquía, sólo que las enumere. Seguidamente, en otra aparte, se procede a jerarquizar, con ayuda del terapeuta, las situaciones aversivas de acuerdo al nivel de ansiedad que le producen las mismas, expresadas en unidades SUD (Unidad Subjetiva de Disturbios), unidad que es empleada como medida subjetiva de la ansiedad experimentada al momento de enfrentar la situación aversiva, empleando el sistema decimal, en donde:

Unidad subjetiva de disturbios (SUD)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAJACIÓN				ALERTA			ANSIEDAD ALTA		

- 1 representa un nivel alto de relajación (es decir, no existen signos de ansiedad)
- 5 a 7 es un nivel de alerta, donde el paciente experimenta ansiedad que le produce ligeras perturbaciones.
- 8 es un nivel de ansiedad a partir del cual puede “bloquear” o “paralizar” al paciente.
- 10 indica un nivel muy alto de ansiedad (donde obviamente no existe la relajación).

De acuerdo con esta Escala de Valorización, se obtiene la siguiente lista de Jerarquización de las conductas aversivas:

Orden	Conductas aversivas	SUD
1	Hablar con un tío o primo	6
2	Tomar la palabra en una reunión familiar	6
3	Llamar por teléfono a un centro de servicios	7
4	Ir a pagar los servicios de luz o agua	7
5	Hacer un pedido en restaurante	8
6	Iniciar la conversación con una chica	8
7	Hacer cumplir las normas que establecidas para los peatones	9
8	Orientar a un grupo de personas en el trabajo	9
9	Hablar por radio a sus supervisores y que todos sus compañeros lo puedan escuchar	10
10	Hablar en reuniones de trabajo, preguntar dudas.	10

D) Exposición a situaciones aversivas mediante afronte imaginal

Se trabaja con el cliente el afrontamiento de situaciones aversivas que le generan un SUD elevado. En este caso se utilizará la imaginación como medio de exposición a los estímulos aversivos, asimismo, se sumará la jerarquización de estímulos ansiógenos para exponer al cliente de una forma gradual, iniciando desde un estímulo que genera un SUD mínimo hasta llegar al estímulo aversivo máximo.

E) Exposición a situaciones aversivas mediante afronte en vivo

A medida que el paciente alcanza la imaginación completa de los ítems de la Lista de Jerarquización, se le indica que trabaje paralelamente dichos ítems en vivo, es decir en situaciones de la vida real, manteniendo una secuencia de continuidad temporal con el trabajo que se realiza en el consultorio.

En el presente caso, el terapeuta dispone de 3 sesiones para trabajar con el cliente los estímulos ansiógenos de forma gradual mediante la Exposición en vivo con Prevención de Respuesta.

En la primera sesión, el terapeuta previamente ha indicado al cliente organizar una reunión con sus tíos primos con la excusa de que tiene un trabajo cuyo fin es saber la salud emocional de sus familiares. Ya en su domicilio el terapeuta indica al cliente iniciar la conversación con sus tíos, utilizando preguntas como: ¿cómo están?, ¿cómo te ha ido esta semana? ¿cómo está la familia. El terapeuta pregunta al cliente cual es nivel de ansiedad que experimenta a lo que responde 7, en ese momento el terapeuta interviene continuando la conversación y las preguntas a los familiares para que el cliente pueda hacer realizar la relajación muscular. Una vez vuelve a la sala el terapeuta pregunta el nivel de ansiedad del cliente a lo que responde 5, y nuevamente retoma la conversación. Mientras la conversación avanza el cliente manifiesta experimentar ansiedad de entre 6 a 7 y nuevamente se le pide pueda prestar atención a sus músculos y poder relajarse. Se inicia la marcha, inicialmente a una velocidad de 40 Km/h, primero por las calles poco transitadas alrededor de su casa. Logra relajarse y bajar a 5 y se continúa con el ejercicio. Se da por concluida la primera sesión de afronte en vivo.

En la segunda sesión, el terapeuta previamente indica al cliente organizar un almuerzo. Ya en a la mesa, el terapeuta actúa como un amigo de la universidad del cliente. El cliente inicia el almuerzo tomando la palabra para agradecer la asistencia de sus familiares que ya tiempo hacía que no compartían un almuerzo y por ende es un día especial. El terapeuta pregunta el nivel de ansiedad experimentada al cliente y responde 8. Se le pide al cliente realizar la técnica de relajación muscular, para ello el terapeuta interviene hablando de un tema de interés del cliente, de música y guitarra peruana. Luego de 5 minutos, el cliente alcanza un nivel de ansiedad de 6 y vuelve a tomar la palabra, continuando el tema de la música. Durante todo el almuerzo el cliente alcanza un nivel de ansiedad de 5. Se por concluida la segunda sesión con acompañamiento.

En la tercera sesión, se repite el procedimiento anterior, para afianzar los avances hasta aquí logrados.

En la cuarta sesión se acompaña al cliente al lugar de trabajo, en donde se le pide que hable por el radio para consultar las dudas que tiene en ese momento a su supervisor, en ese momento el cliente tartamudea al hablar, por lo que el terapeuta consulta al cliente el nivel de ansiedad experimentada, la respuesta es de 9, por lo cual se le pide realizar el ejercicio de relajación muscular y al mismo tiempo el terapeuta pide al cliente que le cuente como se sintió cuando aprendió a tocar guitarra. Luego de 10 minutos el cliente menciona experimentar una ansiedad de 5, por lo que se le pide realizar el reporte por radio nuevamente, el cliente prende la radio y comunica a su supervisor las incidencias del día con tartamudeos en algunas frases.

Terminada la sesión de afrente en vivo, retornamos a su casa y se le indica que igual procedimiento deberá a aplicar a los demás ítems de la lista, con el objetivo de que adquiera habilidad en la aplicación de la Técnica de Relajación para lograr la disminución de la ansiedad.

Los logros alcanzados imaginariamente fueron también acompañados de los logros en vivo casi simultáneamente, según lo indicado por el paciente.

Para alcanzar los objetivos 9.2.4.1, 9.2.4.2, 9.2.4.3, 9.2.4.4 y 9.2.4.5 se utilizarán los siguientes pasos se aplicará restructuración cognitiva mediante el ABCDE:

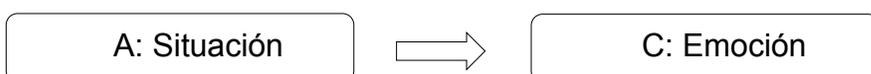
Paso 1: Psicoeducación sobre los elementos de la TREC: ABC

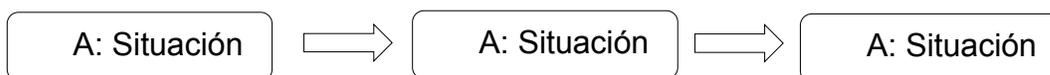
Se explica al cliente sobre las características que tienen los pensamientos irracionales y distorsionados, los cuales se han formado desde la infancia y perpetuándose en el transcurrir de los años. Dichos pensamientos carecen de lógica, son arbitrarios, no obedecen a la realidad y generan malestar emocional en distintas situaciones de la vida diaria. Luego se explica al cliente los elementos A, B y C de la TREC, donde A representa situación que puede contener muchos elementos, un lugar, personas, animales u objetos. B representa el pensamiento que tenemos al interactuar frente a distintas situaciones y C es la consecuencia; emociones con un alto SUD acompañada de una conducta inadecuada.

Paso 2: Diferenciando esquemas

Una vez que el cliente tenga en claro los elementos iniciales A B y C de la TREC, se muestra un gráfico para diferenciar un esquema de pensamiento correcto e incorrecto, es decir, se explica que una situación no puede generar niveles altos de SUD, ya que el principal elemento generador de emociones es el pensamiento, en el caso de Jeorge es pensar que las personas lo están evaluando constantemente respecto a su forma hablar o comportarse, por lo que evita distintas situaciones en donde tenga que exponerse a personas.

❖ **Esquema incorrecto**



❖ **Esquema correcto****Paso 3: Identificación de A, B y C**

En este paso, se evalúa un caso específico para identificar A, B y C, utilizando un ejemplo de la propia experiencia del cliente. De esta forma se enseña al cliente a identificar sus creencias irracionales o distorsionados, los cuales le generan emociones con altos niveles de SUD. Para esta ocasión se utiliza como ejemplo una experiencia propia del cliente.

A	B	C
<p>“Tener que hablar por radio en donde todos sus compañeros y supervisores lo escuchan”</p>	<p>Piensa: “si hablo por la radio, todos mis supervisores y compañeros dirán que hablo mal, tartamudeando”.</p> <p><i>“lectura de pensamiento”</i></p>	<p>Ansiedad (10) y miedo (8)</p> <p>Conducta:</p> <p>Evitar hablar por radio e ir caminando hasta donde esta persona a quien debe dar el mensaje.</p>

Paso 4: Preparación para el debate D y elaboración de un pensamiento racional E

Se hace un repaso de los elementos A B C, luego se procede a enseñar el debate socrático de los pensamientos distorsionados. Se muestra al cliente como hacer el debate mediante preguntas retóricas las cuales estarán dirigidas al pensamiento distorsionado, es decir el pensamiento que presenta en el elemento B. posteriormente luego de realizar las preguntas se generaran conclusiones más lógicas, objetivas y racionales. Logrando así generar nuevos pensamientos racionales en el elemento E.

A	B	C	D	E
<p>Cuando el supervisor de su trabajo, le indica a George, que debe ir a otra estación y deberá estar solo, ya que no hay nadie para que se quede como encargado.</p>	<p>Piensa: “habrá mucha gente, y se van a reír de mi porque pensarán que soy un retrasado”</p> <p>PENSAMIENTO DISTORSIONADO IDENTIFICADO: <i>“Adivinación del pensamiento”.</i></p>	<p>Emoción: ansiedad (9/10) y miedo (8/10),</p> <p>Conducta: George decide irse al baño y quedarse por diez minutos hasta que las personas se vayan.</p>	<p>¿Es posible saber exactamente lo que otra persona piensa?</p> <p>¿Tiene usted pruebas de que sea verdad lo que piensa a un 100%?</p> <p>¿Las personas que tartamudean son igual que las personas que tiene un retraso mental?</p> <p>¿Es probable que las personas puedan distinguir entre una persona que tartamudea por ansiedad y una que tiene retraso mental?</p>	<p>Nuevo pensamiento</p> <p>“No tengo pruebas cien por ciento de que esas personas estén pensando en ello”.</p>
<p>George se queda como encargado en una estación, y observa a una persona discapacitada, la cual necesita de un orientador para que la ayude a subir al</p>	<p>Piensa: “si hablo por la radio, todos mis supervisores y compañeros dirán que hablo mal, tartamudeando”.</p> <p>PENSAMIENTO DISTORSIONADO IDENTIFICADO:</p>	<p>Emoción: ansiedad (8/10) y miedo (8/10)</p> <p>Conducta: evita hablar por la radio y decide dejar su puesto e ir a buscar a un orientador personalmente,</p>	<p>¿Tienes pruebas para afirmar que tus supervisores dirán exactamente lo que mencionas?</p> <p>¿Qué significa hablar mal?</p> <p>¿Las personas que tartamudean pueden hacerse entender?</p> <p>¿tus supervisores valorarán más tus tartamudeos o la información que puedas transmitirles?</p>	<p>Nuevo pensamiento:</p> <p>“No tengo la certeza de que vayan a decir eso, aun si así fuera, valorarán más el que envié el mensaje a que tartamudeé”.</p>

<p>bus, como no hay uno cerca tiene que usar el radio para llamar a uno.</p>	<p><i>“Adivinación del pensamiento”.</i></p>	<p>caminando un largo tramo.</p>		
<p>Cada vez que una persona se acerca a Jeorge sonriendo y le preguntan sobre algún paradero o carro</p>	<p>Piensa: “seguro ya me han escuchado hablar antes por eso se están riendo”.</p> <p>PENSAMIENTO DISTORSIONADO IDENTIFICADO:</p> <p><i>“Adivinación del pensamiento”.</i></p>	<p>Emoción: irá (9/10) y ansiedad (8/10)</p> <p>Conducta: Contesta sin sonreír y con un tono de voz serio.</p>	<p>¿Tienes pruebas de que las personas está burlándose de ti?</p> <p>¿Es probable que una persona pueda estar sonriendo por otro motivo?</p> <p>¿Tiene pruebas usted de que el tartamudeo genere necesariamente una burla en todas las personas?</p> <p>¿En algún momento usted también se ha reído de otras personas?</p>	<p>Nuevo pensamiento:</p> <p>“las personas pueden tener muchos motivos para reír y no necesariamente de mi forma de hablar”.</p>

<p>Cuando George se queda como orientador junto a varios de sus compañeros y algunos supervisores.</p>	<p>Piensa: “me verán como trabajo y dirán que un orientador debe hablar bien sin tartamudear y dirán que un orientador debe saber hablar bien, sin tartamudear”.</p> <p>PENSAMIENTO DISTORSIONADO IDENTIFICADO:</p> <p><i>“Adivinación del pensamiento”.</i></p>	<p>Emoción:</p> <p>Ansiedad (10/10) y miedo (7/10)</p> <p>Conducta:</p> <p>Evita exponerse y se aleja de sus compañeros a zonas donde no le corresponde estar como orientador.</p>	<p>¿Tienes pruebas de que ellos estarán al tanto de como trabajas detalle a detalle?</p> <p>¿Cuándo tú te encuentras realizando una actividad sueles pensar el rendimiento laboral de otros?</p> <p>¿es posible saber con exactitud el pensamiento del otro acerca de nosotros?</p> <p>¿El tartamudeo puede evitar que puedas dar una indicación correcta?</p> <p>¿Todas las personas que conocen a una persona que tartamudea viven para saber que hacen o dejan de hacer?</p>	<p>Nuevo pensamiento:</p> <p>“No tengo pruebas de que me vayan a decir eso, además existen personas tartamudas que pueden desempeñarse adecuadamente en distintos trabajos”.</p>
<p>George refiere que quiere hablarle a una chica que le gusta, quien es su compañera del trabajo.</p>	<p>Piensa: “si le hablo a mi amiga, pensará que soy un loco, y no me hablará”.</p>	<p>Emoción:</p> <p>Ansiedad (8/10) y miedo (7/10)</p> <p>Conducta:</p> <p>Evita acercarse a su amiga.</p>	<p>¿tienes pruebas de que ella piense ello?</p> <p>¿Si una persona no te responde necesariamente tiene que ver con el tartamudeo?</p> <p>¿existen personas con</p>	<p>Nuevo pensamiento:</p> <p>“ser tartamudo no implica perder la cordura, además, la conducta de un loco no</p>

	<p>PENSAMIENTO DISTORSIONADO IDENTIFICADO:</p> <p><i>“Adivinación del pensamiento”.</i></p>		<p>tartamudeo que tienen amigas y pareja?</p> <p>¿usted tiene amigas? ¿qué piensan al respecto de su tartamudeo?</p> <p>¿qué significa estar loco?</p> <p>¿Una persona con tartamudeo cumple con las características de una persona que ha perdido la cordura?</p>	<p>es tartamudear”.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

9.2 Anexo C

ESCALA DE DEPENDENCIA EMOCIONAL: ACCA

Nº	ITEMS	SI	NO
1	Mi miedo se incrementa con la sola idea de perder a mi pareja.		
2	Experimento un vacío intenso cuando estoy sin mi pareja.		
3	Necesito tener siempre a mi pareja conmigo.		
4	Mi mayor temor es que mi pareja me abandone.		
5	Estoy completamente libre de prejuicios de cualquier tipo.		
6	Sin darme cuenta he arriesgado mi vida para mantener a mi lado a mi pareja.		
7	Mi necesidad de tener a mi pareja conmigo me hizo realizar acciones contra mi vida.		
8	Creo en la frase “la vida sin ti no tiene sentido”.		
9	Pienso que el amor por mi pareja no tiene límites incluso el dar la vida.		
10	Por evitar que mi pareja me abandone le he causado daño físico como también a otras personas.		
11	Cuando tengo que ausentarme por unos días de las actividades bajo mi responsabilidad me siento angustiado.		
12	Me preocupa la idea de no tener apoyo de nadie.		
13	Me preocupa que dejen de quererme y se alejen de mí.		
14	Respondo inmediatamente los correos electrónicos que recibo.		
15	Hago todo lo posible para que los demás me presten atención.		
16	Necesito ser considerado siempre en los grupos sociales para sentirme bien.		
17	Soy feliz cuando soy aceptado por los demás.		
18	Si no consigo mis objetivos propuestos me deprimó con facilidad.		
19	Me gusta mi carrera y permaneceré laborando en un área de la misma.		
20	Tengo muchas razones para pensar que a veces no sirvo para nada.		
21	Me inclino a pensar que tengo motivos más que suficientes para sentirme orgulloso(a) de mí mismo(a).		
22	Nunca he dicho mentiras en mi vida.		
23	En general creo que, mis padres han dado lo mejor de sí mismos cuando era pequeño(a).		
24	Siento que no me gusta depender de los otros, sino ser autónomo.		
25	Considero que me gusta sentirme seguro y tomo las medidas que el caso requiere.		
26	Me siento ansioso cuando me comprometo emocionalmente con otra persona.		

27	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto para alcanzar mis metas propuestas.		
28	Me percibo competente y eficaz.		
29	Puedo ser capaz de manejar eventos inesperados.		
30	Cuando enfrento un problema siempre dispongo de alternativas para resolverlo.		
31	Me considero capaz de atraer y gustar a otra persona.		
32	Todos mis hábitos o costumbres son buenos y correctos.		
33	Quiero tanto a mi pareja, considerándola insustituible.		
34	Hago siempre lo que dice mi pareja porque asumo que es correcto.		
35	Siempre me gusta hacer lo que mi pareja demanda o pide, para complacerla.		
36	Cuando estoy ocupado(a) y mi pareja propone hacer otros planes dejo lo que estoy haciendo para unirme a los planes de ella (él).		
37	Priorizo en primer lugar las necesidades de mi pareja antes que las mías.		
38	He renunciado a mi trabajo/estudios porque mi pareja así lo demanda para estar más tiempo cerca de ella (él).		
39	Me satisface ayudar y terminar las tareas de estudios/trabajo de mi pareja antes que las mías.		
40	Sustituyo el tiempo que dedico a mis amigos por mi pareja.		
41	Utilizo gran parte de mi tiempo en hacer las actividades de mi pareja antes que las mías.		
42	Solo algunas veces he llegado tarde a una cita o a mi trabajo.		

9.4 Anexo D

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS)

0 = Nunca lo evito

1 = En ocasiones lo evito

2 = Frecuentemente lo evito

3 = Habitualmente lo evito

N°	Situaciones Sociales	Evitación			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)				
2	Participar en grupos pequeños (D)				
3	Comer en lugares públicos (D)				
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)				
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)				
6	Actuar, hacer una representación o dar una				
7	Ir a una fiesta (S)				
8	Trabajar mientras le están observado (D)				
9	Escribir mientras le están observado (D)				
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)				
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)				
12	Conocer gente nueva (S)				
13	Orinar en servicios públicos (D)				
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada				
15	Ser el centro de la atención (S)				
16	Intervenir en una reunión (D)				
17	Hacer un examen, test o prueba (D)				
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (S)				
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)				
20	Exponer un informe a un grupo (D)				
21	Intentar ligar a alguien (D)				
22	Devolver una compra a una tienda (S)				
23	Dar una fiesta (S)				
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)				

Y a continuación la frecuencia de evitación que usted experimenta de dichas situaciones

- 0 = Nada de Miedo o ansiedad
 1 = Un poco de miedo o ansiedad
 2 = Bastante miedo o ansiedad
 3 = Mucho miedo o ansiedad

N°	Situaciones Sociales	Miedo o Ansiedad			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)				
2	Participar en grupos pequeños (D)				
3	Comer en lugares públicos (D)				
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)				
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)				
6	Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (D)				
7	Ir a una fiesta (S)				
8	Trabajar mientras le están observado (D)				
9	Escribir mientras le están observado (D)				
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)				
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)				
12	Conocer gente nueva (S)				
13	Orinar en servicios públicos (D)				
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada				
15	Ser el centro de la atención (S)				
16	Intervenir en una reunión (D)				
17	Hacer un examen, test o prueba (D)				
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (D)				
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)				
20	Exponer un informe a un grupo (D)				
21	Intentar ligar a alguien (D)				
22	Devolver una compra a una tienda (S)				
23	Dar una fiesta (S)				
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)				

9.5 Anexo E**HISTORIA PSICOLÓGICA COGNITIVO CONDUCTUAL****I. Datos de Filiación**

Nombre y Apellidos : _____

Edad : _____

Lugar y fecha de nac. : _____

Grado de instrucción : _____

Derivado por : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Persona responsable : _____

Parentesco : _____

Fecha de entrevista : _____

Lugar de entrevista : _____

Terapeuta : _____

Observaciones**Estructura familiar**

Descripción del cliente

--

II. Motivo de consulta

--

III. Problema Actual

- Presentación Actual del Problema.
- Desarrollo cronológico del problema.

IV. Historia Personal

- Desarrollo inicial.
- Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia.
- Educación.
- Enfermedades.
- Relaciones interpersonales.
- Preferencias.
- Área laboral.
- Área sentimental.
- Área sexual.

V. Historia Familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Ocupación
Padre				
Madre				
Hermano 1				
Hermano 2				
Abuelo				
Otros				

VI. Diagnóstico Psicológico

- Diagnóstico Tradicional, según el DSM-VTR
- Diagnóstico Funcional
- Análisis Funcional de las Conductas

VII. Informe Psicológico

- Informe Psicológico de cada instrumento
- Informe Psicológico Integrado de todos los instrumentos aplicados

VIII. Programa de Intervención Cognitivo Conductual

- Establecimiento del Repertorio de Entrada
- Conductas pre-recurrentes
- Objetivo de la Intervención
- Selección del Diseño Experimental de Caso único
- Objetivos Específicos
- Procedimiento
- Técnicas Cognitivo-Conductuales empleadas
- Evaluación de la eficacia y /o efectividad del Tratamiento
- Resultados del Tratamiento.

9.6 Anexo F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada "PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASOS DE FOBIA SOCIAL Y DEPENDENCIA EMOCIONAL DE PAREJA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO PRIVADO 2019. Y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el Bachiller Manuel Alejandro Artica LLacua.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha informado que el trabajo psicoterapéutico y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; asimismo, se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Nombre de la persona..... Saúl J.C.

Firma..... Saúl
.....

9.7 Anexo H**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada "PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASOS DE FOBIA SOCIAL Y DEPENDENCIA EMOCIONAL DE PAREJA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO PRIVADO 2019. Y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el Bachiller Manuel Alejandro Artica LLacua.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha informado que el trabajo psicoterapéutico y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; asimismo, se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Nombre de la persona: George L. C.

Firma 