



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD
SOCIAL EN UN VARON ADULTO**

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Pesantes Vera, Katherine Teresa

Asesor:

Carlos Ventura, David Dionisio

ORCID: 0000-0001-7679-6330

Jurado:

Roca Paucarpoma, Favio

Montes de Oca Serpa, Hugo

Casquero Zaidman, Miriam

Lima - Perú

2022

Referencia:

Pesantes, V. (2022). *Intervención cognitiva conductual en un caso de ansiedad social en un varón adulto* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5714>



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/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL EN UN VARON ADULTO

Línea de investigación:

Salud Mental

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

AUTORA:

Pesantes Vera, Katherine Teresa

ASESOR:

Carlos Ventura, David Dionisio

ORCID: 0000-0001-7679-6330

JURADO:

Roca Paucarpoma, Favio

Montes de Oca Serpa, Hugo

Casquero Zaidman, Miriam

Lima – Perú

2022

Pensamientos

“Aprender no es más que descubrir
que algo es posible. Enseñar es
mostrarle a alguien que algo es
posible”.

Fritz Perls

“Hay más en la superficie de lo
que nuestra mirada alcanza”.

Aaron Beck

Dedicatoria

A Dios y mi familia por su apoyo constante, a mi madre por su invaluable ejemplo de vida y a mis hermanos por su entusiasmo y cariño en este trayecto.

Agradecimiento

Agradezco a mis profesores, maestros que con sus enseñanzas y experiencias han guiado este trayecto de aprendizaje y conocimientos adquiridos en esta formación, a mi asesor por su invaluable apoyo y guía.

Índice

Pensamientos	2
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Índice	5
Lista de tablas	7
Lista de Figuras	8
Resumen	9
Abstract	10
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	13
1.2.1 Antecedentes Nacionales	13
1.2.2 Antecedentes Internacionales	16
1.2.3 Fundamentación Teórica	18
1.3 Objetivos	30
1.4 Justificación	31
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	31
II. Metodología	32
2.1 Tipo y diseño de Investigación	32
2.2 Ámbito temporal y espacial	32
2.3 Variables de Investigación	32
2.4 Participante / Sujeto	33
2.5 Técnicas e instrumentos	34

2.5.1 Técnicas	34
2.5.2 Instrumentos	36
2.5.3 Evaluación psicológica	39
2.5.4 Evaluación Psicométrica	49
2.5.5 Informe psicológico integrador	57
2.6 Intervención	64
2.7 Procedimiento	65
2.8 Consideraciones éticas	80
III. Resultados	81
3.1 Análisis de Resultados	81
3.2 Discusión de Resultados	86
IV. Conclusiones	89
V. Recomendaciones	90
VI. Referencias	91
VII. Anexos	96

Índice de Tablas

Nº		Pág.
1.	Lista de Chequeo: Registro semanal de frecuencia de conductas problema	49
2.	Lista de chequeo de Pensamientos Automáticos	49
3.	Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck	50
4.	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck	52
5.	Resultados del Registro de Opiniones de Ellis- Forma A (Adaptado)	54
6.	Resultados la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)	56
7.	Criterios según el DSM V para el Trastorno de ansiedad social	60
8.	Diagnóstico funcional	61
9.	Análisis funcional	62
10.	Análisis cognitivo	63
11.	Triple Relación de Contingencias	66
12.	Línea Base: Registro semanal de frecuencia de conductas problema	81
13.	Conductas problema/ frecuencia pre y post tratamiento	81
14.	Registro semanal de frecuencia de Conductas Cognitivas- pre y postratamiento	82
15.	Puntajes y categorías obtenidas en el Registro de Opiniones- Forma A	84
16.	Puntajes obtenidos en la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)	85

Índice de Figuras

Nº		Pág.
1.	Teoría de Condicionamiento Clásico de la Fobia Social	21
2.	Teoría de Condicionamiento Operante de la Fobia Social	21
3.	Modelo Explicativo de Clark y Wells para la fobia social	24
4.	Resultados comparativos del grado de frecuencia de las conductas problema.	82
5.	Resultados comparativos del grado de frecuencia de las conductas Cognitivas	83
6.	Resultados comparativos de las Creencias Irracionales encontradas en el Registro de Opiniones- Forma A	84
7.	Resultados comparativos de las puntuaciones en la Escala de Ansiedad social	85

Terapia Cognitivo Conductual en un caso de Ansiedad Social en un varón adulto

Katherine Teresa Pesantes Vera

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

Se describe el caso psicológico de intervención cognitivo conductual de un varón adulto de 32 años con Ansiedad Social. El objetivo fue comprobar la efectividad del programa de intervención cognitivo conductual en este usuario. Este abordaje fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron listas de chequeo de conductas, lista de chequeo de distorsiones cognitivas, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck, Registro de Opiniones de Ellis-Forma A (Adaptado), Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Se diseñó una intervención Cognitivo conductual, la cual se desarrolló en 12 sesiones, de una hora de duración y con una frecuencia semanal, además, incluyó técnicas tales como la psicoeducación, respiración diafragmática, modelado, relajación muscular progresiva de Jacobson, análisis de beneficio coste, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, desensibilización sistemática y solución de problemas. Los resultados obtenidos al finalizar la intervención mostraron el logro de una participación social voluntaria, efectiva y satisfactoria del usuario en situaciones sociales, reduciendo las respuestas de evitación, así como sus niveles de ansiedad social, lo cual demostró la efectividad del tratamiento propuesto.

Palabras clave: ansiedad social, terapia cognitivo conductual, estudio de caso.

Cognitive Behavioral Therapy in a case of Social Anxiety in an Adult Male

Katherine Teresa Pesantes Vera

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract:

The psychological case of cognitive behavioral intervention of a 32-year-old male with Social Anxiety is described. The objective was to verify the effectiveness of the cognitive behavioral intervention program in this user. This approach was designed under the ABA multiconditional single case experimental model. The instruments used for the evaluation were behavior checklists, cognitive distortions checklist, Eysenck's Personality Questionnaire, Beck's Automatic Thoughts Inventory, Ellis Opinion Record-Form A (Adapted), Beck's Social Anxiety Scale Liebowitz (LSAS). A cognitive behavioral intervention was designed, which was developed in 12 sessions, lasting one hour and with a weekly frequency, in addition, it included techniques such as psychoeducation, diaphragmatic breathing, modeling, Jacobson's progressive muscle relaxation, cost-benefit analysis, cognitive restructuring, self-instructions, systematic desensitization and problem solving. The results obtained at the end of the intervention showed the achievement of greater patient involvement in situations of social interaction, reducing avoidance responses, as well as their levels of social anxiety, which demonstrated the effectiveness of the proposed treatment.

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

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad social se constituye en una problemática de salud mental que repercute en diversas esferas de funcionamiento de las personas que lo padecen, encontrándose altas prevalencias de este trastorno en la población nacional y mundial. Este trastorno se caracteriza por el miedo fuerte, persistente y crónico a situaciones sociales tanto de relación como de actuación, donde el individuo se siente evaluado de manera negativa por otros, generando respuestas que perjudican de manera significativa su manejo social, siendo las conductas de escape o evitación a las que se recurre para minimizar el malestar generando un alivio momentáneo, no obstante el malestar prevalece con más magnitud y se crea un impacto opuesto al esperado (García, 2013). Esto genera una disfuncionalidad importante en diferentes áreas de la vida de la persona. El presente estudio, tuvo el propósito de comprobar la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual en un adulto varón con ansiedad social. Este abordaje fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA.

El presente estudio de caso se organizó de la siguiente manera: En el primer apartado se muestran los fundamentos teóricos que sustentan el caso abordado, enfatizando el contenido teórico que respalda la eficacia del enfoque utilizado, además de la caracterización de las variables de estudio implicadas. En el segundo apartado encontramos información respecto a la metodología, desde el tipo de investigación, evaluaciones que nos permiten describir el problema actual, hasta la descripción del procedimiento de la intervención planteada. En el tercer apartado se presentan el análisis y discusión de los resultados. En el cuarto apartado mostramos las conclusiones, luego las recomendaciones a considerar para el mantenimiento de las conductas obtenidas, y finalmente se presentan las referencias que sustentan teórica y metodológicamente esta investigación.

1.1. Descripción del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), en el contexto de pandemia por COVID-19, la prevalencia de la ansiedad y la depresión se incrementaron en un 25% en la población mundial, esto estaría asociado a múltiples factores de estrés, generados por el aislamiento social, el miedo a la muerte, y limitaciones respecto a la obtención de apoyo social, laboral y la interrupción en el acceso a diversos servicios de salud, siendo los más afectados las personas con afecciones físicas previas y los jóvenes.

Es así, como los trastornos de ansiedad repercuten en la vida personal, laboral e incluso influyen en el surgimiento de problemáticas de salud pública como el suicidio.

En el 2015, la cantidad de los habitantes en el mundo con trastornos de ansiedad ha sido de 3,6%. De igual manera que, con los trastornos de depresión, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las damas que en los hombres (OPS, 2017).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad social en Estados Unidos y Europa oscila entre 4 a 16% de su población, teniendo un principio en la fase de la adolescencia en el 85% de los casos. Mientras tanto que, en América Latina, se da una prevalencia de 7.9% específicamente en Brasil, y referente a la prevalencia por sexo, se corrobora como ya se había señalado, que la posibilidad en damas es de manera significativa, más alta que en la de varones (Muñoz y Alpizar, 2016).

Piazza y Fiestas (2014) afirmaron que en el Perú la ansiedad social ocupa el segundo lugar en cuanto a prevalencia respecto a los trastornos ansiosos. Además, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA, 2018), a nivel nacional, el 7 % de la ciudadanía aproximadamente padece de trastornos ansiosos, siendo el trastorno de ansiedad social, el que se sitúa con mayor prevalencia.

En el 2015, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, desarrolló un estudio epidemiológico, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia, nivel de

identificación y componentes asociados de los diversos problemas de salud mental en la población adulta de las ciudades de Abancay, Arequipa, Huancavelica, Iquitos, Pucallpa, Tacna, Trujillo y Tumbes que buscaron atención en nosocomios generales , encontrándose que el 44,2% de los pacientes que acuden a atenderse por inconvenientes físicos en los establecimientos de salud del MINSA, han presentado algún trastorno mental alguna vez en su vida. En este último grupo sólo el 6,1% es identificado como tal por su médico tratante. Del resto de pacientes que posee un trastorno sin identificar, un porcentaje variable no tuvo ingreso a atención de salud mental. Según el estudio, son más frecuentes los trastornos depresivos, seguidos de los trastornos de ansiedad y del abuso/dependencia a drogas. En general, los indicadores presentan una más grande afectación de la salud mental en las damas comparativamente con los varones en los nosocomios regionales.

Estos datos nos señalan la necesidad del abordaje de los trastornos de ansiedad respecto a la salud pública, esto debido al elevado índice de prevalencia de esta problemática de salud mental, en nuestra población a nivel nacional.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Después de haber llevado a cabo la averiguación pertinente con base de datos repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web como por ejemplo Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc, y otros, pudimos encontrar que, respecto a la variable de análisis que es la ansiedad social, poseemos los próximos precedentes que en seguida se detallan:

Rodríguez (2020) realizó un estudio para disminuir los síntomas de ansiedad social en un varón adulto de 26 años. El tipo de investigación fue experimental y el diseño que utilizó fue de caso único A-B-A. Como técnicas psicológicas aplicadas antes de iniciar el tratamiento, se encuentran la entrevista psicológica, y como pruebas psicológicas, administró

el Inventario de creencia de Ellis, el Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz. La intervención Cognitiva, la cual desarrolló en 17 sesiones, comenzó con la fase de Psicoeducación sobre los pensamientos, emociones, conducta y los objetivos de tratamiento. Como técnicas aplicadas durante las sesiones, utilizó: detección y debate de creencias irracionales y asignación de labores conductuales de exposición. Los resultados arrojaron una disminución de las creencias irracionales y conductas de evitación, lo cual mostró la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual.

Requena (2019) hizo un análisis de caso de un adulto varón con ansiedad social, con el objetivo de reducir los pensamientos irracionales y cambiar conductas de escape frente a estímulos fóbicos. Utilizó el tipo de investigación experimental, y diseño de caso único ABA. Entre las herramientas usadas están los autorregistros, registro de opiniones de Ellis, test de pensamientos automáticos y test de ansiedad de Zung. Durante la fase de tratamiento, se trabajó con técnicas como reestructuración cognitiva, relajación progresiva de Jacobson y desensibilización sistemática. Se concluyó que el tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual ha demostrado efectividad en este caso, obteniéndose la disminución de las conductas de evitación en un 80%.

Acosta (2018) desarrolló un análisis de caso clínico en una dama de 21 años, con el propósito de cambiar pensamientos distorsionados, instaurando maneras racionales de pensar. Usó el tipo de investigación experimental, y diseño de caso único ABA. Entre los instrumentos utilizados se encuentran Inventario de Depresión de Beck (IDB) y la Escala de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). La terapia constó de 18 sesiones y se trabajó con técnicas tales como psicoeducación, muscular progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. Se concluyó que la paciente logró modificar diversos pensamientos distorsionados y demostrar un adecuado afrontamiento de situaciones antes temidas, además, aumentó su capacidad para solucionar

problemas, comprobando de esta manera, la efectividad de la intervención cognitiva conductual.

Huertas (2018) presentó un análisis de caso clínico de fobia social, en un adolescente varón de 17 años, con el objeto de mejorar el estado afectivo y emocional del paciente, por medio de la modificación de pensamientos distorsionados por otros más adaptativos. El abordaje ha sido diseñado bajo el tipo de investigación experimental y diseño de caso exclusivo multicondicional ABA. Las pruebas usadas fueron la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) e Inventario de Depresión de Beck (IDB); para la intervención se aplicó técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, técnicas de exposición, y entrenamiento en habilidades sociales. Se obtuvo como resultados, una reducción en los indicadores medidos por el IDB en depresión, de 17 a 4, demostrando ausencia de depresión, mientras que, en los indicadores de ansiedad se obtuvo una disminución de 8 a 5, pasando de un nivel severo a un nivel normal, lo cual demostró la efectividad de este abordaje cognitivo conductual.

León (2017) llevó a cabo un estudio en un adulto varón con ansiedad social, bajo el tratamiento conductual cognitivo, con el fin de minimizar los niveles de evitación social y malestar, así como aumentar la frecuencia de exposición a relaciones sociales. El tipo de investigación fue experimental y de diseño caso único multivariable ABCDEA. El proceso de la intervención presentó doce sesiones y se utilizó instrumentos tales como el Registro Observacional de Habilidad Conversacional de Kelly, Escala de evitación social y angustia y autorregistros; se trabajó con técnicas entre las que se encuentran la relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición en vivo. Al finalizar la intervención se demuestra la idoneidad del tratamiento conductual-cognitivo en el tratamiento de este diagnóstico, ya que se evidencia la disminución considerable de la ansiedad durante la interacción social y la reducción del temor a la evaluación negativa.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Martínez et al. (2019) han realizado una intervención de un caso de trastorno de ansiedad social en una dama de 22 años con diagnóstico de Fobia Social, en Madrid. La investigadora empleó el diseño empírico de caso exclusivo A-B-A. Para la evaluación se administró las pruebas: Entrevista conductual de Fernández-Ballesteros, inventario de 90 indicios inspeccionados (SCL-90R), cuestionario de salud general de Goldberg (CGHQ), y la escala breve de fobia social. Se intervino con un programa bajo el enfoque cognitivo-conductual, donde se usaron técnicas tales como psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y exposición, lo cual se desarrolló en 14 sesiones. Se obtuvo como resultados una disminución en las dimensiones de ansiedad en el SCL-90-R, disminución en todas las dimensiones de CGHQ, y en la escala breve de Fobia Social, la puntuación total disminuyó de 48 a 26. Concluyéndose tras la evaluación postratamiento, una evolución favorable tanto en sintomatología como en la fobia social.

Mosquera-Gallego (2018) realizó un estudio de caso de ansiedad social, en una niña de 11 años, en España. Empleó el diseño experimental de caso único A-B-A. Para la evaluación se administró los siguientes instrumentos: modelo de entrevista general para niños, formato para padres y entrevista semiestructurada, autoinformes, sociograma, análisis topográfico y análisis funcional. Para la intervención elaboró una intervención cognitivo conductual a través del programa IAFS: Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social, compuesta de 12 sesiones de 90-120 minutos, con una periodicidad semanal, donde utilizó técnicas de psicoeducación, focalización de la atención, respiración y relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, exposición, habilidades sociales para hablar en público, autoestima y prevención de recaídas. Se obtuvo una disminución en la puntuación de ansiedad social de 13 a 1, mientras que en el CDI obtuvo una puntuación de 14, a 0 después de la intervención, concluyéndose que después del

tratamiento, se lograron los objetivos terapéuticos deseados, demostrando la eficacia de la intervención cognitivo-conductual para la ansiedad social.

Sotelo (2018) realizó una intervención a una paciente diagnosticada con ansiedad social en Bolivia; esto bajo el enfoque de la terapia Cognitivo Conductual. Se empleó el diseño experimental de caso único A-B-A. Para la evaluación administró el inventario de ansiedad-fobia social, escala de ansiedad-evitación social y la entrevista clínica. En la intervención conductual, utilizó técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento asertivo y técnicas de exposición. Se obtuvo una reducción de los síntomas ansiosos y depresivos frente a la exposición en público y se observó cambios en la interacción social del paciente, demostrando que los resultados son coherentes a la evidencia científica disponible sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual sobre la ansiedad social.

Vidal et al. (2008) realizaron una intervención bajo el modelo de la terapia cognitivo conductual, a un varón adulto de 28 años, diagnosticado con fobia social, en Madrid, con el objetivo de cambiar la representación mental que posee en situaciones sociales y a su vez eliminar las evitaciones y las conductas de seguridad. Se empleó el diseño experimental de caso único A-B-A. Para la evaluación se administró los siguientes instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (ISRA) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). El programa de intervención constó de técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, en respiración abdominal, relajación muscular progresiva de Jacobson, entrenamiento en asertividad y técnicas de exposición gradual en vivo, desarrolladas en 14 sesiones. Se obtuvo como resultados una disminución de los niveles de ansiedad en su triple sistema de respuestas y una reducción significativa en sus sesgos interpretativos, así como una ausencia de síntomas depresivos, demostrándose de esta

manera la eficacia de la terapia cognitiva con componentes conductuales en el abordaje de la fobia social.

Pérez (2002), realiza una intervención en un varón de 28 años diagnosticado de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia, en Madrid, estableciendo como objetivos reducir las crisis de angustia, controlar la ansiedad en las interacciones sociales, y favorecer el manejo de las situaciones evitadas. Se empleó el diseño experimental de caso único A-B-A, y para la evaluación, se utiliza el cuestionario biográfico, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA, la entrevista semiestructurada y autorregistros. Durante la intervención, bajo el tratamiento cognitivo conductual, se utilizan las técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y exposición graduada. Al cabo de 21 sesiones se evidencia una significativa reducción de los niveles de ansiedad respecto a situaciones de interacción social y situaciones fóbicas propias de la agorafobia, confirmando la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad.

1.2.3. Fundamentación Teórica:

1.2.3.1 Ansiedad Social. Con respecto a la ansiedad social planteamos algunas definiciones basándonos en diversos estudios e investigaciones. Entre éstas tenemos las siguientes:

La ansiedad social es un estado de malestar emocional que se caracteriza por el miedo fuerte, persistente y crónico a situaciones sociales tanto de relación como de actuación, donde el individuo se siente evaluado de manera negativa por otros, generando respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales que están afectando de manera significativa su manejo social, siendo las conductas de escape o evitación a las que se recurre para minimizar el malestar generando un alivio momentáneo, no obstante el malestar prevalece con más magnitud y se crea un impacto opuesto al esperado (García, 2013).

Bados (2009) refiere que el trastorno de ansiedad social refleja un miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás.

Pérez (2003) indica que, en presencia de ansiedad social, la persona ve amenazada su propia autoestima e integridad psicológica; tiende a interferir negativamente en la vida cotidiana debido a que se presenta en un nivel muy intenso que no guarda relación con la realidad. Presenta síntomas fisiológicos como sudoración, temblor, taquicardia, rubor. Síntomas conductuales como conductas de escape, tendencia al aislamiento social, rehuir la mirada, evitar iniciativas en el terreno social y síntomas cognitivos como miedo exagerado a la desaprobación y a las críticas. Desde la perspectiva cognitiva, los déficits más frecuentes son:

- Centrar la atención en uno mismo y creer que los demás evalúan la conducta social.
- Evaluar la retroalimentación interpersonal con una atención selectiva a los aspectos negativos o fallos propios.
- Evocar selectivamente las relaciones interpersonales negativas
- Subestimar sus habilidades en situaciones sociales.
- Sobrestimar la probabilidad de sucesos sociales negativos por circunstancias ajenas.

Por otro lado, Valles y Valles (2011) sostienen que los individuos socialmente ansiosos acostumbran prestar atención a las señales internas y externas de cómo son notados por los otros; y a los recuerdos de eventos previos socialmente negativos, produciéndose de esta forma distorsiones fundamentadas en interpretaciones negativas, dando como consecuencia un incremento de respuestas ansiógenas y de inquietud sobre la evaluación negativa de su persona y de su actuar, al evadir estas situaciones se obtendrá alivio, lo cual contribuiría al mantenimiento de la ansiedad ante una situación social.

Las definiciones mencionadas con anterioridad, nos permiten asegurar que la ansiedad social es la manifestación de incomodidad o malestar emocional, el cual se da por medio de respuestas psicofisiológicas, cognitivas y conductuales que muestran los sujetos ante a situaciones sociales que piensan amenazantes, siendo la expectativa de ser evaluado de manera negativa por los otros lo cual conduce a experimentar los indicios desagradables; los individuos que muestran esta afectación recurren a medidas de evitación, estabilidad o escape, lo cual conlleva al mantenimiento de la ansiedad social, convirtiéndose en un problema de salud que perjudica los múltiples ámbitos de la vida y producen disfuncionalidad.

De estas definiciones, se enfatizará en el tratamiento propuesto, la definición de García (2013), el cual será asumido a lo largo del abordaje del caso; debido a que el sujeto de intervención se percibe y se observa evaluado de manera negativa y recurrente por los demás, adoptando conductas evitativas y/o de escape frente a las situaciones sociales.

A. Teorías Explicativas de la Ansiedad Social.

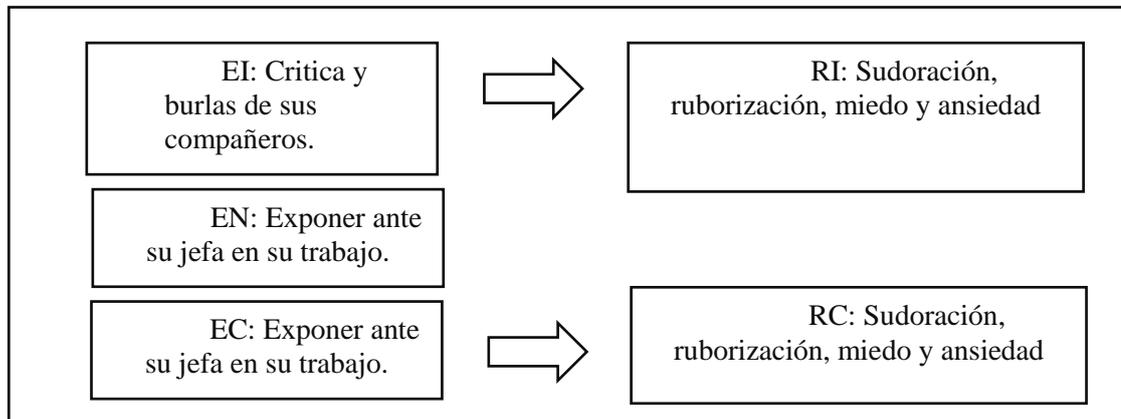
A1. La Teoría Bifactorial de Mowrer (Modelo Condicionamiento Clásico y Operante). Mowrer (1939) explica la adquisición y mantenimiento de la fobia social. Según el autor, los síntomas constituyen una respuesta condicionada adquirida por medio de la asociación entre un objeto fóbico (el estímulo condicionado) y una experiencia aversiva (el estímulo incondicionado). Una vez que se ha adquirido la fobia, la evitación de la situación fóbica reduce la ansiedad condicionada (reforzador), reforzando consecuentemente la conducta evitativa. Esta evitación mantiene la ansiedad, ya que hace difícil aprender que el objeto o las situaciones temidas no son tan peligrosas como anticipa el paciente.

Es así como el condicionamiento clásico explicaría el proceso de adquisición de la Fobia Social, mientras el modelo de condicionamiento operante, explicaría el mantenimiento.

Descriptivamente, la adquisición (Modelo de condicionamiento clásico) sería representada así:

Figura 1

Teoría de Condicionamiento Clásico de la Fobia Social

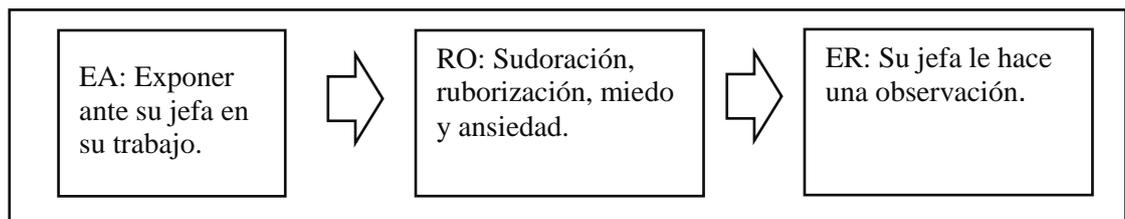


Nota: Adaptado de *Teoría de Condicionamiento Clásico de la Fobia Social*, por Mowrer (1939), Un análisis estímulo-respuesta de la ansiedad y su papel como agente de refuerzo.

Mientras que el mantenimiento (Modelo de condicionamiento operante) de la Fobia Social sería representado así:

Figura 2

Teoría de Condicionamiento Operante de la Fobia Social



Nota: Adaptado de *Teoría de Condicionamiento Operante de la Fobia Social*, por Mowrer (1939). Un análisis estímulo-respuesta de la ansiedad y su papel como agente de refuerzo.

A2. Teoría De Clark y Wells. La explicación del modelo (Clark, 2001) está dividida en dos partes, en la primera se describe lo que ocurre cuando una persona con este trastorno entra en una situación social temida, y en la segunda lo que pasa antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella.

Procesamiento en la situación social

Según Clark (2001), sobre la base de experiencias tempranas, las personas con fobia social desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social, los cuales pueden ser divididos en tres categorías: Normas excesivamente altas de actuación social: “debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”, “siempre debería de tener algo interesante que decir”, “no debo de mostrar nunca algún signo de ansiedad”; creencias condicionales acerca de las consecuencias de sus actuaciones: “sí me equivoco pensarán que soy un estúpido”, “sí no platico mucho, van a pensar que soy un aburrido”, “sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar”; y creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: “no soy suficientemente hábil”, “soy un idiota”, “soy alguien aburrido”.

Estos supuestos determinan que se consideren a las situaciones sociales como peligrosas, anticipándose a fallar en su actuación social, interpretando varias señales sociales inofensivas como signos de evaluación negativa. Por consiguiente, una vez que una situación social se considera así, los fóbicos sociales se ven sumergidos en la ansiedad.

Hay diversos círculos viciosos interconectados que mantienen la ansiedad de los sujetos y evitan la desconfirmación de sus creencias negativas, los cuales son:

Procesamiento del sí mismo como un objeto social. Según Clark (2001), los individuos con fobia social enfocan su atención hacia una observación y monitoreo descriptivo de ellos mismos ante a una evaluación negativa de otros. Tal cual, están formando una imagen distorsionada de agitación, ansiedad, de cómo creen que permanecen siendo observados por los otros; y quedan atrapados en un sistema cerrado, debido a que cualquier prueba externa del medio social que pudiera situar en duda sus creencias disfuncionales, se convierte en algo inaccesible o ignorado.

Conductas de seguridad. Los individuos con fobia social se hallan inmersos en una pluralidad de conductas de estabilidad que traten de prevenir las catástrofes temidas. Esto puede incrementar los indicios que se temen (p. ej. conservar los brazos juntos, para que no se vea el sudor de la camisa, provocándole más sudoración), y esto posee como resultado incrementar la atención en uno mismo, intensificando la imagen negativa del sí mismo con lo cual se impide la desconfirmación de las creencias.

Síntomas fisiológicos y cognitivos. Las personas con este trastorno permanecen en especial preocupadas por el hecho de que los otros se den cuenta de sus indicios de ansiedad, e interpretan estas señales como una señal de fracaso en la obtención del grado de actuación social que quieren. Gracias a esto, se presentan hipervigilantes frente a ellos, lo que tiende a aumentar la percepción de los mismos; y con ello se incrementa la posibilidad de identificar signos de ansiedad, generándose de esta forma un círculo interminable negativo (Clark 2001).

Procesamiento de las señales sociales. Se atienden y se recuerdan las respuestas de los demás que son interpretadas como signos de desaprobación. Éstas podrían ser señales ambiguas. Este fenómeno se ve claramente en el miedo a hablar en público, en el que, por ejemplo, la audiencia no establece contacto visual (señal ambigua), y esto se interpreta negativamente (Por ejemplo; “no me miran porque lo hago mal y no quieren que lo pase peor”).

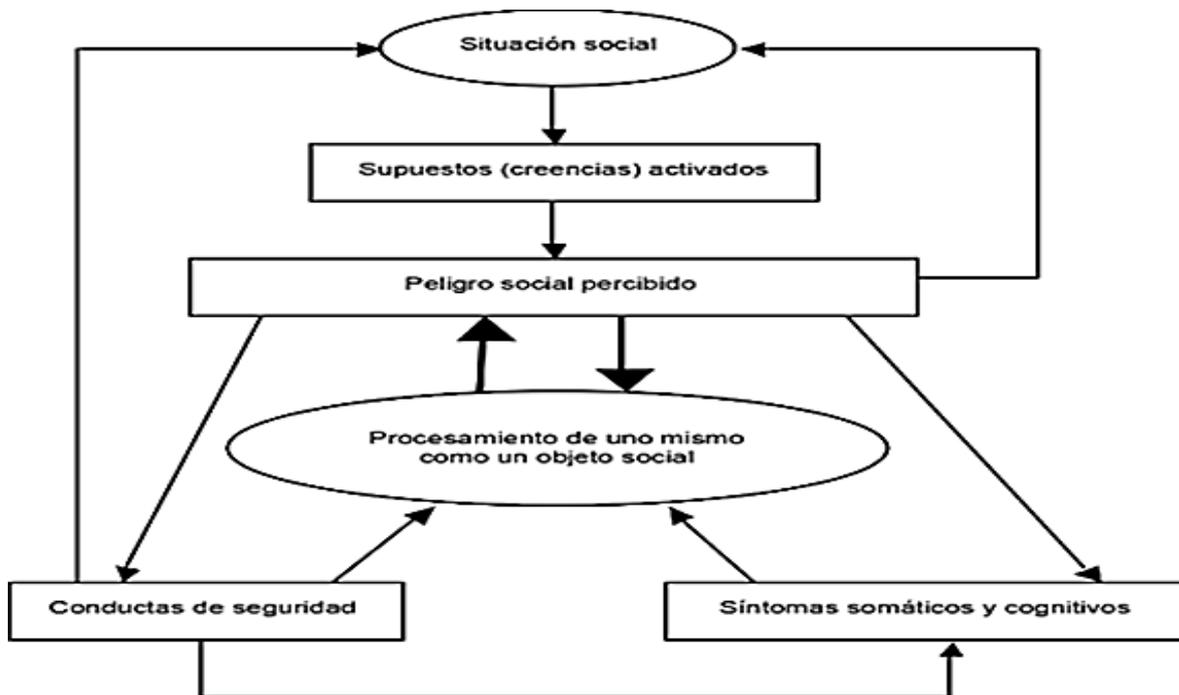
Procesamiento antes y después de la situación social

Según Clark (2001), una persona con fobia social, antes de entrar a una situación social, revisan en detalle todo lo que creen que podría pasar. Y se ponen nerviosos debido a que sus pensamientos tienden a estar dominados por una serie de fracasos pasados, por imágenes negativas de sí mismos durante la situación, y por otras predicciones acerca de una pobre actuación y del rechazo de los demás. La consecuencia, en otras palabras, es que la relación es vista mucho más de manera negativa de lo cual realmente ha sido, siendo

agregada a una lista de fracasos anteriores, fortaleciendo las creencias de inadecuación social del sujeto.

Figura 3

Modelo explicativo de Clark y Wells para la fobia social.



Nota: Tomado de *Modelo explicativo para la fobia social*, por Clark y Wells (2001), Modelos explicativos de la Fobia social.

A3. Teoría de Olivares y Caballo sobre la fobia social. Este es un modelo tentativo sobre el inicio, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. Se propone un esquema teórico explicativo, en estas fases:

Fase de Inicio. Los autores proponen que la alteración de las respuestas del sujeto, es generada por la asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas, que darían lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas (Rodríguez y Caballo, 2003). El contexto social negativo pueden ser modelos significativos que manifiestan aversión al relacionarse ante personas ajenas al ámbito familiar, predisponiendo al sujeto. Los factores orgánicos pueden conllevar una alta

vulnerabilidad en la adquisición de la fobia social, siendo estos los determinantes biológicos, los factores de personalidad, las respuestas de escape, y las historias previas de timidez. Estos factores predisponen una asociación disfuncional entre una situación social y la actuación de sí, percibida con temor, cuya intensidad aversiva fortalece la relación entre las respuestas de la conducta social fóbica, y la situación social desencadenante, siendo la prevención de la ocurrencia de tal estado, la preocupación del sujeto. (Rodríguez y Caballo, 2003).

Fase de Desarrollo. El modelo propone que la incertidumbre que el sujeto posee en relación a sus propias reacciones y las reacciones de otros, retroalimentadas mutuamente, reviste el papel central del constructo “fobia social”, o en palabras de los autores: “...la incertidumbre generada tanto por la falta de retroalimentación “creíble” proveniente del medio social (ellos saben que sus respuestas no se han adecuado a la excelencia exigida por sus referencias), así como la duda sobre la propia capacidad para adecuar su comportamiento a los ideales normativos adquiridos (en el contexto social negativo), se terminaría convirtiendo, tal como ya hemos indicado, en la dimensión más relevante a la hora de dar cuenta de la preocupación excesiva e inadecuada, del estado permanente de máxima alerta cuando se ha de estar o se está en una situación social.” (Rodríguez y Caballo, 2003, p.496).

Fase de Mantenimiento. La persona con fobia social termina instaurando una necesidad ya no de huir o escapar, sino de evitar todas las veces que pueda tales situaciones, derivando esto en un aislamiento social, generando el incremento de la intensidad del miedo a la exposición, el deterioro de las destrezas que hacen posible la actuación y la relación social, y la percepción errónea de la confirmación una y otra vez de los pensamientos negativos que mantienen dicho estado de cosas (Rodríguez y Caballo, 2003). Los autores indican que el proceso responsable del mantenimiento de la fobia social ha completado su ciclo y pasa a retroalimentarse a sí mismo, a consolidarse y generalizarse cada vez más. Y cuanto más consolidado y generalizado esté el trastorno, más aislamiento y sufrimiento.

A4. Teoría de Bados para la Fobia social. Bados (2005) señala que la fobia social se caracteriza por un miedo intenso y persistente en respuesta a ciertas situaciones sociales (posibles escrutinios y/o personas desconocidas). Así mismo, refiere que existen variaciones con respecto al tipo y fuerza de los factores implicados, habilidades sociales y las metas perfeccionistas según cada persona.

Así pues, sugiere que el primer factor implicado en el mantenimiento de la fobia social es la anticipación de las situaciones sociales temidas que activan una serie de creencias previamente establecidas a través de experiencias. La activación de estas suposiciones origina la percepción de peligro social, expectativas negativas de que uno no sabrá desempeñarse y manifestará síntomas de ansiedad, lo cual conducirá a ser evaluado negativamente y a sufrir consecuencias como la humillación o rechazo por parte de los demás. (Bados, 2005).

Estas expectativas negativas y la ansiedad anticipatoria suelen conducir a la evitación de las situaciones temidas, ya sea de un modo total o exponiéndose a las mismas, pero sin implicarse en ellas, siendo las conductas defensivas o de seguridad, las cuales previenen o reducen la ansiedad a corto plazo, sin embargo, mantienen las expectativas negativas, ya que la persona atribuye la no ocurrencia de las consecuencias temidas a la evitación o a las conductas defensivas. Por otra parte, la evitación de las situaciones hace más difícil afrontarlas la siguiente vez, reduce la confianza en uno mismo, fortalece la evitación como estrategia, impide realizar actividades deseadas y dificulta la resolución del problema. (Bados, 2005).

Por lo general, el individuo con fobia social hace interpretaciones en términos de fracaso en respuesta a señales sutiles, y no atiende a lo que está sucediendo realmente en la situación. La intensificación de las expectativas e interpretaciones negativas mantiene las conductas defensivas e incrementa la ansiedad, con lo cual puede dificultarse aún más la actuación social y aumentar las interpretaciones de fracaso social. Aparece así una actuación

insatisfactoria subjetiva (que implica normalmente una subvaloración de la propia actuación) y, muchas veces, también real (conversación sosa, bloqueos, incoherencias, voz temblorosa, menor cordialidad, etc.). En este último caso, y según los fallos cometidos, puede haber reacciones menos cordiales o incluso negativas por parte de los otros, a nivel verbal o no verbal, lo cual confirma aún más las expectativas negativas. (Bados 2005).

La atención selectiva a la propia actuación insatisfactoria, subjetiva o real, y a las reacciones negativas de los otros agrava las expectativas negativas, la ansiedad y las conductas defensivas. Así mismo, estos hechos pueden contribuir también un déficit de habilidades sociales motoras y las dificultades para generar y seleccionar alternativas eficaces de actuación social. La actuación insatisfactoria, real o percibida, favorece el aumento de la ansiedad, y del escape o la evitación sutil (mediante conductas defensivas) de la situación. Esto produce un alivio temporal de la ansiedad, pero impide la invalidación de las expectativas negativas y puede influir negativamente en la propia actuación social y en las respuestas de los otros. De este modo, se fortalecen las expectativas negativas y la probabilidad de evitaciones futuras y se incrementa el posible déficit de habilidades sociales. (Bados 2005).

1.2.3.2. Terapia Cognitivo Conductual. Con respecto a la terapia cognitivo conductual, planteamos algunas definiciones basándonos en diversos estudios e investigaciones. Entre éstas tenemos las siguientes:

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de abordaje de diferentes trastornos mentales, se apoya en que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para afrontar sus inconvenientes. Está constituida conformada por técnicas e intervenciones estructuradas que se ponen en práctica tras una evaluación de la sintomatología del paciente.

Zayfert y Black (2008) refieren que la Terapia cognitivo conductual es un modelo de Psicoterapia que tuvo sus inicios en la alianza entre la terapia cognitivo y los principios de modificación de conducta centradas en el análisis de conducta. Sustenta que los trastornos emocionales son el resultado de la suma de respuestas aprendidas y tienen la posibilidad modificarse por medio de un nuevo aprendizaje.

De estas definiciones se empleará para sostener este trabajo, la definición de Puerta y Padilla (2011), quienes señalan a la terapia Cognitiva Conductual como un modelo que logra modificar pensamientos, conductas, emociones a través de intervenciones estructuradas.

A. Tratamiento Cognitivo conductual en el abordaje de la ansiedad. El principal aporte de la terapia conductual respecto al abordaje de la ansiedad, vendría a ser la relevancia que otorga a la técnica de exposición para este trastorno. Siendo el modelo de Mowrer de gran utilidad para identificar el efecto reforzante de la reducción del nivel de ansiedad que es consecuencia de la evitación, así como, en la delimitación de la ansiedad como un estado o una respuesta transitoria evaluable en función de sus antecedentes, consecuencias, frecuencia y duración, y favoreciendo una explicación en su aparición y extinción por procedimientos de aprendizaje, no obstante, hay una falta de atención a los elementos cognitivos que presumiblemente intervienen en la adquisición, mantenimiento y extinción de la ansiedad.

Mahoney y Arnoff (1978) señalan que algunos grupos de terapia cognitivo conductual permiten un pronóstico favorable ante la presencia de sintomatología ansiógena. Explica la importancia de tres grupos de terapia, siendo los siguientes:

- a. Centrada en la creación de habilidades al momento de afrontar y/o manejar el problema
- b. Centrada en la interpretación racional de la realidad y de manera objetiva
- c. Centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que no tiene solución.

Turner (1994) presentó la terapia para la efectividad social, el cual es un tratamiento que incluye un conjunto de secuencias como una psicoeducación sobre el trastorno,

entrenamiento en habilidades sociales propiamente dicho en cuanto a percepción, discriminación de estímulos, interpretación, y contacto interpersonal y por último la exposición en vivo o imaginal, según las necesidades del paciente, y la autoexposición en el medio natural. Se encontraron resultados positivos en cuanto a su eficacia y concluyó que la terapia muestra efectividad social en el 79% en la población intervenida.

La idea no es anular los niveles de ansiedad del paciente, sino dotarle de recursos básicos que le permitan seguir trabajando por su cuenta para incrementar y ampliar los cambios conseguidos. Entre los tratamientos empleados con mayor eficacia se encuentran la exposición (en vivo y/o imaginal), entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, la relajación aplicada y empleo de grupos.

B. Técnicas cognitivo- conductuales en el abordaje de la ansiedad. Velasco (2007), señala que las opciones que más se han estudiado para el tratamiento de ansiedad social en adultos, se toman bajo un enfoque cognitivo conductual, el cual fomenta la adquisición y fortalecimiento de cogniciones y comportamientos competentes, necesarios para funcionar de manera adaptativa en sus diferentes áreas de ajuste, aquí se incluyen técnicas tales como la exposición, reestructuración cognitiva, relajación y entrenamiento en habilidades sociales, siendo este último eficaz para tratar los casos de fobia social, por ellos se administra en diversas intervenciones cognitivo conductuales, y más aún si se combinan con otros procedimientos psicológicos.

La técnica de exposición trabaja teniendo en cuenta que la respuesta emitida por los pacientes con ansiedad social es aprendida y que dicha exposición de manera gradual brinda la opción de corregir y modificar dicho aprendizaje hasta que se produzca extinción o habituación consiguiendo afrontarlas con un nivel de ansiedad tolerable. La reestructuración cognitiva parte de la idea que los pacientes tienen creencias desadaptativas acerca de sí mismo, los demás y el mundo, buscando lograr un insight y modificar pensamientos y

creencias (Velasco,2007). Según este autor, se busca entrenar al paciente en la identificación de su sintomatología fisiológica para que, a partir de un entrenamiento en relajación frente a las situaciones generadoras de ansiedad, se ayude a reducir dicha activación que genera malestar.

Para García-López (2013), los tratamientos psicológicos que han mostrado ser eficaces son los basados en la terapia cognitivo conductual, siendo las principales técnicas incluidas la exposición, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas cognitivas. Este autor diseña un programa de tratamiento implementando las técnicas recogidas en la IAFS (Intervención en adolescentes con Fobia social) evidenciando una notable efectividad en la reducción de los síntomas del trastorno de ansiedad social.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Al finalizar el programa de tratamiento, el paciente será capaz de participar de manera voluntaria, efectiva y satisfactoria en situaciones sociales, logrando reducir sus respuestas de evitación, así como disminuir sus niveles de ansiedad social

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir conductas problema ante situaciones sociales, tales como brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público, realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa y postergar el avance con su tesis.
- Modificar las distorsiones cognitivas tales como: “Me voy a bloquear y no sabré que decir”, “Mis compañeros van a juzgar mi forma de hablar y se burlarán de mi”, “Mi jefa se dará cuenta de que estoy nervioso”, “No debería equivocarme”, “No podré enfrentar al jurado”, “El jurado va a refutar todos mis sustentos”, y creencias irracionales, por otras más adaptativas.
- Disminuir los niveles de ansiedad ante situaciones sociales.

1.4. Justificación

La ansiedad social es una problemática con alta prevalencia en la población en general, además, produce una elevada disfuncionalidad en diversas áreas de la vida y un gran impacto en la salud mental de las personas que lo padecen. Se presentan casos de manera recurrente en la práctica clínica diaria y se torna imperante la necesidad de profundizar sobre tratamientos efectivos para este trastorno; por lo que, el abordaje de este caso permitirá a nivel práctico, la preparación de una guía clínica que podría ser modelo para la atención y procedimiento de casos semejantes de pacientes con ansiedad social, dentro de la salud y en todos sus niveles de participación

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El modelo terapéutico con base en la terapia cognitivo conductual, demostró un grado de efectividad alto en el abordaje de la Ansiedad social, como lo refieren las diversas literaturas científicas, siendo esto corroborado en la participación con el paciente, cuyo impacto permitió que se adapte de forma eficaz en su grupo familiar, social y de trabajo. Del mismo modo, se espera que esta investigación genere un impacto en la comunidad psicológica, tanto en pacientes, profesionales de la salud, e interesados en el abordaje de la ansiedad social, ya que va a servir como programa base de efectividad comprobada, en el abordaje cognitivo conductual en casos de ansiedad social.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación.

La siguiente investigación es de tipo aplicado pues su fin toma los conocimientos de la investigación básica, para aplicarlos, con el objetivo de mejorar la calidad del fenómeno estudiado, Kerlinger, (2002). El diseño es experimental, especialmente pre-experimental. Esto se caracteriza por utilizar un solo grupo experimental, o sea, no posee conjunto control, por lo cual su nivel de control es mínimo. Hernández et.al. (2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

En cuanto al ámbito de la investigación tenemos:

Ámbito temporal: (2021- 2022).

Ámbito espacial: Lima, distrito de San Juan de Lurigancho

Ámbito temático: Ansiedad social y terapia cognitivo conductual

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable Dependiente: Ansiedad Social

La ansiedad social es un estado de malestar emocional que se caracteriza por el miedo profundo, persistente y crónico a situaciones sociales tanto de relación como de actuación, en donde el individuo se siente evaluado de manera negativa por otros, generando respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales que están afectando de manera significativa su manejo social, siendo las conductas de escape o evitación las que en teoría disminuyen el malestar generando un alivio momentáneo, no obstante es todo lo opuesto (García, 2013).

La operacionalización de esta variable va a estar representada, por los niveles logrados en la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), en sus subniveles de ansiedad y evitación.

2.3.2. Variable Independiente: Terapia Cognitiva Conductual

Velasco (2007), señala que las alternativas que más se han estudiado para el tratamiento de ansiedad social en adultos, se toman bajo un enfoque cognitivo conductual, el cual fomenta la adquisición y fortalecimiento de cogniciones y comportamientos competentes, necesarios para funcionar de manera adaptativa en sus diferentes áreas de ajuste.

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de procedimiento con base en la modificación de pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para afrontar a los inconvenientes. Está constituida por técnicas e intervenciones estructuradas que se ponen en práctica tras una evaluación de la sintomatología del paciente. Para objetivos del procedimiento planteado, se usará este enfoque orientado en el abordaje de la ansiedad.

2.4. Participante

Nombres y Apellidos : Adrián S.Q.I

Género : Masculino

Edad : 32

Fecha de Nacimiento : 02 de abril de 1989

Lugar de Nacimiento : Lima

Grado de Instrucción : Superior completo

Ocupación : Químico Farmacéutico

Estado Civil : Soltero

Domicilio : San Juan de Lurigancho

Número de hermanos : Dos (El mayor de ellos)

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. *Técnicas Cognitivo Conductuales*

Se incluyeron técnicas cognitivo conductuales para realizar un abordaje eficiente, estas son las siguientes:

2.5.1.1. Psicoeducación: Se plantea como técnica, dado que, en la intervención ha mostrado resultados estadísticamente relevantes en la mejoría clínica. Se constituye como herramienta de cambio, que propone una transformación a los paradigmas que se podrían tener sobre la conducta, siendo necesario en la prevención de problemas asociados al estrés. El objetivo directo de la psicoeducación implica comprender el mecanismo de la conducta problema, y a través de eso, colaborar de manera directa con los cuidados particulares para el paciente (Godoy, 2020). Es importante señalar que cada persona experimenta esta vivencia de forma particular, lo que debe ser considerado para elaborar un plan individual y personalizado de afrontamiento.

2.5.1.2. Respiración diafragmática: Es una de las principales técnicas utilizadas en el programa de intervención dada su efectividad e impacto en la regulación fisiológica. Selye (1936) describe este proceso de respiración consciente y profundo produce saciedad de la totalidad de la capacidad pulmonar, una mejor irrigación cerebral, más células oxigenadas llegan al cerebro, mejora el funcionamiento de las diversas partes del cerebro y mejora las conexiones neuronales; esto ayuda a reducir los niveles de estrés; generando estados de relajación que se pueden deber a un incremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático (sistema encargado de los estados fisiológicos de relajación y reposo), producto de la estimulación del nervio vago causado por la respiración diafragmática, así como la reducción de corticoides, generando una mejor estimulación en el eje hipofisopararrenal.

2.5.1.3. Modelado: Es una técnica que cuenta con amplia evidencia científica, dado que permite adquirir nuevos repertorios conductuales, habilidades de efectividad social, y de afrontamiento ante el estrés; dotándolo de herramientas para afrontar determinadas situaciones, mejorar su performance y rendimiento laboral.

2.5.1.4. Reforzamiento positivo: Esta técnica tiene como objetivo premiar aquellas conductas o comportamientos para que se fortalezcan y consoliden. Se trata de proporcionar alguna recompensa o reconocimiento para propiciar que se repita el comportamiento deseado por parte del sujeto. Por ejemplo, si alguien tiene miedo a exponer ante su jefe y poco a poco va practicando de manera progresiva, el incluir refuerzos positivos como palabras de aliento, será de gran ayuda para que se repita y afiance este comportamiento.

2.5.1.5. Reestructuración cognitiva: Consiste en la discusión de distorsiones cognitivas negativas, generadas por las experiencias impactantes que provocan malestar emocional, y el reemplazo de dichas distorsiones, por otros pensamientos más realistas y positivos (Beck, 1979; Seligman, Reivich, Jaycox, y Gillham, 1995). Los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, tiene un rol central en el desencadenamiento y mantenimiento de emociones negativas como el estrés (Riso, 2006).

2.5.1.6. Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson: Desarrollado por Jacobson en 1939. El propósito de este entrenamiento es minimizar los niveles de activación por medio de una disminución progresiva de la tensión muscular. Dicho método se basa en tensar y destensar los diferentes -16- grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones ejecutadas en cada situación. Sin embargo, es necesario considerar una secuenciación de instrucciones específicas a ejecutar (Díaz, et al., 2012).

2.5.1.7. Desensibilización sistemática: Magallanes (2010) menciona que esta técnica ha sido realizada por el terapeuta conductual Joseph Wolpe en 1958, para el procesamiento de fobias básicas, para descondicionar emociones de ira y pena, las fobias sociales y

disfunciones sexuales. Consta de cuatro fases: a) Relajación b) Elaboración de una lista con todos los temores c) Edificar una jerarquía de escenas ansiógenas d) Con la imaginación entrar a las escenas ansiógenas. Gavino (2006) apunta que la D.S. es un método dirigido al abordaje de problemáticas de ansiedad, en especial fóbicas. Este método va dirigido al decrecimiento primero y después a la supresión, de la ansiedad fisiológica condicionada, sin abordar de manera directa el elemento conductual, en esta situación la evitación.

2.5.1.8. Autoinstrucciones: Es una técnica cognitiva que favorece el cambio de conducta. Se modifican las verbalizaciones internas o pensamientos que una persona desarrolla ante algún evento, reemplazándolas por otras más adaptativas y que permiten afrontar tal evento. De esta manera se modifican sus autoverbalizaciones para lograr así, un cambio en la conducta. Meichenbaum (1993).

2.5.1.9. Resolución de problemas. Es una técnica que implica un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual se identifican alternativas de solución o respuestas de afrontamiento eficientes para resolver un problema particular. D’Zurilla y Nezu, (2007).

2.5.2. Instrumentos

2.5.2.1. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE)

Ficha Técnica

Nombre : Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE)

Autor : Hans Jurgen Eysenck

Año : 1954

Objetivo : Evaluar de manera directa las dimensiones de la personalidad, Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo.

Forma de aplicación : Individual y colectiva

Tiempo de aplicación: No cuenta con un tiempo determinado, aunque posee un tiempo promedio de 20 minutos.

Descripción

El CPE consta de tres escalas principales y de una cuarta escala de mentira. Las tres escalas principales evalúan las dimensiones básicas de la personalidad, y la cuarta se emplea como un procedimiento de control a fin de detectar si el sujeto intenta falsear sus respuestas. Posee en total 78 ítems.

Validez: Validado en Perú por Dany Araujo Robles (2000), psicóloga peruana de la UNFV.

2.5.2.2. Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck (IPA)

Ficha Técnica

Nombre : Inventario IPA

Autores : Juan Ruiz y José Lujan

Año : 1991

Objetivo : Identificar las distorsiones cognitivas

Forma de aplicación: Individual y grupal

Tiempo de aplicación: 35 minutos aproximadamente.

Ámbito aplicación: 12 años a más

Descripción

El IPA consta de 15 distorsiones cognitivas, las cuales son: Filtraje, Pensamiento polarizado, Sobregeneralización, Interpretación del Pensamiento, Visión catastrófica, Personalización, Falacia de Control, Falacia de justicia, Falacia de cambio, Falacia de razón, Falacia de recompensa divina, Etiquetar globales, Razonamiento emocional, Culpabilidad, Los debería. Contiene en total 45 ítems.

Confiabilidad: Realizada por Montero (2015), obtuvo un coeficiente de 0.93 siendo confiable.

Validez: Obtenida mediante la validez de contenido V de Aiken, en la que los ítems lograron un puntaje de 1.00 de parte de los jurados.

2.5.2.3. Registro de Opiniones de Ellis- Forma A (Adaptado)

Ficha Técnica

- Nombre : Registro de Opiniones, forma A
- Autores : Martha Davis, Matthew McKay y Elizabeth Esthelman
- Año : 1982, 1987 (versión modificada), 2009
- Objetivo : Poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen de a originar y mantener el estrés y la infelicidad.
- Forma de aplicación: Individual y colectiva
- Tiempo de aplicación: No hay límite de tiempo, aproximado 20 minutos
- Ámbito aplicación : Adolescentes y adultos que hayan aprobado un año de instrucción secundaria mínimamente.

Descripción

Consta de 6 creencias irracionales con 65 ítems.

Validez : Validado por Percy Guzman Grados, Lic en psicología del Hospital Nacional Hipólito Unánue, en el 2009. Presenta validez de contenido y un coeficiente V de Aiken, para las 6 sub escalas fluctuantes entre 0.92 y 0.98, y para la prueba completa de 0.95

Confiabilidad: Posee un alfa de Crombach de 0.61, que se considera aceptable para medir variables de índole.

2.5.2.4. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Ficha Técnica

- Nombre : Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)
- Autores : M.Liebowitz
- Año : 1987
- Objetivo : Evaluar el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por un paciente para ayudar al diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

Forma de aplicación: Individual

Tiempo de aplicación: 10 a 30 minutos

Ámbito aplicación : Adultos

Descripción

La escala está formada por 24 ítems, los cuales se dividen en dos escalas: Ansiedad de actuación o ejecución, la cual posee 13 ítems y Ansiedad social, que contiene 11 ítems. Ambas escalas evalúan el grado de temor o ansiedad ante situaciones específicas y el grado de evitación que provocan.

2.5.3. Evaluación psicológica

2.5.3.1. Historia Psicológica.

Motivo de Consulta. El usuario refiere: “Desde hace 22 años siento preocupación y ansiedad, me es difícil expresarme frente a las personas, y este problema se extiende a varias ramas de mi vida, en mi trabajo, en lo personal, en lo profesional. Esto se presenta cada vez que tengo que hablar con personas desconocidas ocasionalmente, o con personas de mayor autoridad como son mis jefes, todos los días, o frente a un grupo, como me ocurrió hace un mes en la reunión de mi trabajo por un intercambio de regalos, donde me puse muy nervioso al hablar frente a todos, pienso que estoy siendo evaluado constantemente, a menos que sean personas de mucha confianza para mí, por lo que cuando está a mi alcance, trato de poner excusas para no hablar frente a todos, y evito coincidir con mis jefes para no saludarlos, o mantener conversaciones con personas que no son cercanas. Un problema importante que ha traído esto, es el haber postergado culminar y sustentar mi tesis desde hace cuatro años, por evitar exponer frente a un jurado evaluador y esto me ha traído conflictos y reclamos por parte de mi familia ya que aún no me he titulado, actualmente por la pandemia, las sustentaciones se están dando de manera virtual, lo cual para mi representa una oportunidad,

el grado de ansiedad sería menor, pero cada vez que intento avanzar al llegar a casa, me siento cansado, y cuando veo publicaciones de otras personas ya titulándose, me estreso, me siento estancado, sé que aún estoy evitando la situación final de exponer frente al jurado”.

2.5.3.2. Problema Actual: El consultante refiere sentir ansiedad al expresarse frente a las personas que no son cercanas, o frente a grupos, y recientemente, cada vez que observa en las redes sociales publicaciones respecto a sustentaciones de tesis porque recuerda que aún no se ha titulado, experimentando a nivel fisiológico: aceleración de la frecuencia cardiaca, aceleración en la respiración. Refiere: “Siento ardor, como si no tuviera nada en el estómago, como si estuviera vacío”. Así mismo, al expresarse ante personas o frente a un grupo, estos síntomas incluyen también sequedad de boca, sensación de ahogo, dolor estomacal, sonrojo (rubor facial), y sudor corporal, los cuales sostiene durante aproximadamente 40 minutos.

Estos cambios fisiológicos se presentan en situaciones: Cuando sus compañeros le piden dar unas palabras para un cumpleaños, en reuniones de agasajo del trabajo, su jefa le pregunta sobre sus avances de trabajo en los análisis de medicamentos, se imagina tener que estar frente a un jurado y sustentar su tesis o exponer ante su jefa.

En el aspecto emocional siente principalmente ansiedad, malestar, preocupación e incomodidad. El consultante evalúa el nivel de ansiedad que le genera al tener que enfrentar estas situaciones y siente Ansiedad (10/10), Miedo (9/10), Enojo (8/10), Frustración (6/10) y Culpa (7/10).

A nivel conductual indica: “Cuando estoy en esas situaciones no puedo decir nada, quiero hablar, pero no lo consigo”, “Me bloqueo, no puedo pronunciar las palabras al inicio en la situación”. Además, realiza pausas reiteradas al hablar y dice: “Me voy a bloquear”, brinda excusas para no hablar como encontrarse mal de la garganta y con tos y posterga el avance diario de su tesis.

Con respecto a sus pensamientos antes las situaciones descritas el refiere: “Ella sabe más que yo, es superior en conocimientos”, “Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle”, “Debí haberlo superado hace mucho tiempo y no tuve el valor de hacerlo”, “Es mi culpa que solo sea bachiller”, “Es injusto que siendo tan hábil en lo que hago me suceda esto a mí”, “Me van a juzgar y se burlarán de mí”, “Ellos (el jurado) saben más que yo van a refutar todos mis sustentos”, “Se van a enfocar totalmente en lo que voy a decir”, “Me voy a bloquear y no sabré que decir”, “Ella sabe más que yo, es superior en conocimientos”, “Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle”.

Una consecuencia importante de estos problemas, refiere que es haber postergado el término y sustentación de su tesis desde hace cuatro años, para evitar exponer frente a un jurado evaluador, ya que esto le ha generado conflictos y reclamos por parte de su familia ya que aún no se ha titulado. Actualmente por la pandemia, las sustentaciones se están realizando de manera virtual, por lo que refiere: “Esto representa una oportunidad para mí, el grado de ansiedad sería menor si sustento virtualmente, pero cada vez que intento avanzar mi tesis, al llegar a casa, me siento cansado, y cuando veo publicaciones de otras personas ya titulándose, me estreso, me siento estancado, sé que aún estoy evitando la situación final de exponer frente al jurado”.

2.5.3.3. Desarrollo cronológico del problema. Adrián menciona que a la edad de 5 años fue víctima de violencia física por parte de un niño mayor, al respecto refiere: “Cuando era pequeño con mis hermanos me quedaba en casa de un vecino que era mucho mayor que nosotros y a este le gustaba golpearlos bastante, le gustaba molestarlos”. Esta situación generó cólera (6/10) y miedo a otras personas más fuertes que él (8/10), mantenidos por algunos minutos (15 minutos aproximadamente desde que se daba la situación), por lo que actuaba evitando a personas que para él tenía poder o más fuerza, miedo el cual se mantiene latente hasta la actualidad, pero ahora frente a personas académicamente mejor preparados.

A los 9 años refiere que un compañero se burló de su forma de hablar cuando salió al frente para exponer en una clase de historia, sintió vergüenza y comenzaron a fastidiarlo en su colegio. Meses después, hizo el esfuerzo de exponer en clase sobre un tema de su agrado, pero, al estar en frente de sus compañeros, se sintió paralizado, manifestando sudoración excesiva, sequedad de boca, temblores en manos, dolor estomacal, palpitaciones excesivas, por lo que terminó de exponer leyendo detrás de su compañero. Cuenta que ese es el recuerdo más importante, porque luego de eso ejecutaría acciones para escapar de estas situaciones: “Me hacía el enfermo y ponía excusas para no, desde ahí empecé a evitar estas situaciones”. Esto ocurrió varias veces en el colegio (aprox. dos veces por mes), durante toda la etapa de colegio expresando miedo (8/10) y vergüenza (9/10) durante 45 minutos aproximadamente.

A los 10 años recuerda que en el aniversario de su colegio tenían que preparar una danza, y lo posicionaron delante de grupo de baile, durante los ensayos tenía un buen desempeño porque ensayaban en la salida, cuando ya no había alumnado, y un día, al ensayar durante el recreo, se sintió observado por todos, menciona: “Yo estaba al frente de mi grupo, el profesor se puso en la parte de atrás y los alumnos me observaban, ese día me di cuenta que tenía cierto miedo escénico (8/10). Pienso que las personas me están viendo, que se burlan, y a partir de ahí, solo participaba en actividades de grupo, como danzas porque son con varias parejas, pero no para recitar poemas o poesías”. Adrián recuerda que la emoción de miedo fue intensa (8/10) y que duró todo el tiempo que estuvo al frente del escenario (10 minutos), durante toda su permanencia en el colegio e incluso hasta la actualidad en la que se posiciona frente a un público.

A los 14 años la profesora de literatura dejó de tarea recitar un poema, lo cual no cumplió, fue la primera vez que desaprobó un curso y sintió lo “duro” que puede ser esto: “Me negué a aceptar que tenía un problema, me sentía impotente, por mi cabeza pasaban muchas cosas, pensaba de niño esta ansiedad iba a terminar, que era como un resfriado, pero

vi que podía continuar hasta mi adolescencia, y ahora veo que sigo con lo mismo”. Así mismo, comenta que durante toda la secundaria no expuso en ninguna ocasión.

Posteriormente, a los 18 años ingresó a la UNMSM, y, al empezar su etapa universitaria eran necesarias las exposiciones, y pensó que podía evitarlas cómo lo había hecho hasta ese entonces, pero se dio cuenta que no era posible: “Desde mi primera exposición sentí bastante ansiedad, era muy notorio, mis compañeros se dieron cuenta y me decían que debía estudiar oratoria, que debía estar más calmado y que tenía que prepararme más, vi mi problema una vez más, y me sentía mal, pensaba que las notas que tenía eran por lastima, notas de consuelo”. La frecuencia que presentó fue en varias ocasiones durante toda la etapa universitaria, duración variable de 15 minutos o lo que duraba la exposición, latencia se mantiene hasta la actualidad, con una intensidad de ansiedad 9/10.

A los 24 años durante su internado ya no le pedían exponer, pero tenía que mantener conversaciones con los médicos, esto le generaba ansiedad, al respecto indica: “Sentía que se me secaba la boca y que me faltaba el aire, es complicado hablar con personas que van a juzgar todo lo que digo y que yo sé que saben más que yo”.

Al culminar sus estudios universitarios refiere: “Mi tesis, era a lo que más le tenía miedo, le tengo aún miedo porque sé que debo exponer y ser calificado por un jurado; busqué ayuda, pero siempre me autosaboteaba, buscaba asesores, pero al final les decía que ya no, si yo hubiera deseado, la hubiera terminado en 6 meses, ya han pasado cuatro años y por eso me siento frustrado (8/10) y enojado conmigo mismo”.

2.5.3.4. Historia Personal:

a. Embarazo y parto. Refiere que no conoce fue planificado, no le preguntó a su madre. Es el primero de tres hijos de padre y madre. Nació por parto natural con asistencia médica a los 9 meses, pesando 4 000 gr, en el Hospital Arzobispo Loayza, cuando su madre

tenía 19 años y su padre 25. Recibió lactancia materna hasta que cumplió 1 año y 6 meses de edad.

b. Desarrollo Psicomotor. Indica que gateó, sentó, paró, y caminó acorde a lo esperado. En cuanto el desarrollo del lenguaje, desconoce la edad en la que dijo sus primeras palabras, sin embargo, a los 6 años, sus familiares le hicieron notar que tenía problemas en el habla (se trababa al pronunciar algunas palabras).

c. Enfermedades y/o Accidentes. A los 2 años tuvo un accidente automovilístico (bus interprovincial), lo cual le generó malestar para estar los buses y de niño asociaba las películas que veía con el recuerdo del accidente, lo que daba como consecuencias, pesadillas esporádicas a lo largo de su vida.

En el 2009, tuvo una ruptura de clavícula (izquierda), durante un partido de fútbol, por lo que fue operado y le pusieron placa y tornillos, por lo que trata de cuidarse siempre el lado izquierdo. Además, se realizó una intervención láser a los ojos para superar una miopía. Actualmente, se encuentra con sobrepeso. En su último control (hace un mes), su médico le recomendó reducir el consumo de carbohidratos.

d. Conductas inadecuadas. Relata que a los 8 años se comía las uñas por un periodo corto y tras llamadas de atención de sus padres relacionadas a la falta de higiene de dicha conducta, dejó de hacerlo. A los 9 años comenzó a presentar bruxismo, lo cual se mantiene hasta el día de hoy, ocurre mayormente ante situaciones agradables, y de forma inesperada como al jugar fútbol. Asimismo, refiere que desde su adolescencia ha tenido poco sueño, por lo que se despertaba en la madrugada aproximadamente a las 4:00am.

e. Niñez. Refiere que posee buenos recuerdos de su niñez con sus hermanos y amigos, por lo que considera haber tenido una “infancia bonita”. A los 11 años, su madre viaja a EEUU, lo cual representa un hecho relevante para él, refiere: “Esto generó un cambio en mi vida, hizo que la forma de vincularme con los demás se redujera, mis expresiones de afecto se

limitaron porque no me apegaba a muchas personas, solo lo hacía con mis hermanos y mi papá, con quienes no expresaba como me sentía, ya que soy el hermano mayor, tenía que mostrarme fuerte para ellos”. Comenta que sus padres se separaron, y se enteró de ello a los 15 años, sintió decepción y pena cuando su padre le contó por qué su mamá no retornaba de viaje, debido a que tuvo dos hijos más, con otra pareja en EE. UU.

f. Escolaridad. A los 2 años ingresó a inicial, sin dificultades para adaptarse. Mientras que, a los 6 años, comenzó la primaria en la I.E. Carlos Noriega Jiménez, cursando toda la primaria en dicha institución, sobresaliendo en Matemáticas. Durante la secundaria sus padres lo trasladaron a la I.E. Nicolás Copérnico, manteniendo un buen desempeño académico, alternando entre el primer y segundo puesto. Tuvo problemas en las exposiciones ya que el evitarlas afectó sus calificaciones, es así que, en toda su etapa escolar, solo expuso una vez en tercero de primaria. Las dificultades que presentó para hablar en público expresan que eran “propios de él”, y ello fue por el trato de sus padres, indica: “era como que uno es ciego, yo tenía el problema de hablar y era así, nunca lo dijeron, pero yo lo entendí así”, sin embargo, sus padres lo llevaron al psicólogo; después de haber pasado por chamanes y curanderos, pero ellos nunca supieron que presentaba problemas para exponer.

Cuando terminó el colegio e iba a postular a la universidad refiere que tuvo que sopesar “lo que quería y lo que podía”, por lo que dejó las posibilidades que se relacionaban a ponencias, exposiciones o presentaciones, además del tema remunerativo; tuvo que descartar las carreras que le gustaban por sus dificultades para hablar en público, por lo que dejó de lado la Historia, como carrera de interés, que era su deseo real. Entonces, al pasar a la academia, se preparó durante un año, y llegó a pensar que “no sabía nada” y fue un choque dado que en el colegio era primer lugar, pero en la academia era muy diferente. Estudió Farmacia y Bioquímica en la UNMSM, donde tuvo un desempeño promedio, daba clases

particulares y trabajó los tres primeros años de carrera, disminuyendo su tiempo dedicado a los estudios, además de sus problemas para exponer, llegó a desaprobando algunos cursos.

g. Relaciones Interpersonales. El consultante manifiesta que toma la iniciativa para iniciar las conversaciones con sus amigos y personas de confianza, mostrándose bromista y amable, no obstante, cuando no son cercanos, evita saludarlos o compartir espacios en común. Refiere que, al conversar, y darse cuenta de que se está trabando con algunas palabras, inmediatamente piensa: “Se van a dar cuenta de cómo estoy hablando y me van a juzgar”, a partir de ello se desencadenan síntomas fisiológicos de ansiedad como sudoración y malestar, los cuales logra regular haciendo una pausa al hablar, cambiando de tema, haciendo una broma o cuando alguna amiga le expresa: “Cálmate, tranquilo, no pasa nada”.

Sobre las relaciones en general considera: “No siempre puedo ser bueno, hay cosas buenas y malas, pero cuando se pone esto en una balanza, poseo más cosas buenas, y trato de llevar mis relaciones con los demás lo más amablemente posible”.

2.5.3.5. Historia Familiar:

a. Datos de la Familia.

Padre: Fortunato, de 55 años, natural de Huancavelica, Técnico Electricista, pero no ejerce, desde hace 8 años radica en EE.UU., estado civil separado desde hace 20 años, vive con su hijo menor Armando y trabaja de obrero en un supermarket. Al referirse al padre, resalta como cualidad, su lealtad hacia sus hijos: “...Mi papá ha sido huérfano, nosotros somos su única familia, trata de protegernos, como si tuviese lo único que tiene, siempre me da consejos...”; también manifiesta que el carácter de su padre es dócil, refiere que no demuestra su orgullo y que su afecto se sobrepone a ello. Describe la relación con su padre como muy buena, busca consejos de él, lo llama de manera interdiaria o diaria. También señala a su padre como el único que manifiesta sus emociones: “A diferencia de nosotros mi

papá es más expresivo, él nos aconseja y deja de lado el orgullo con tal de resolver los problemas”.

Madre: Maruja, de 52 años, natural de Huancavelica, cursó hasta el tercer año de secundaria, radica en EEUU hace 21 años, viajó cuando Adrián tenía 10 años. Vive con sus hijos Sergio (hermano de padre y madre de Adrián), y con su hija Jady y André. Se dedica a la alta pastelería. La percibe como una persona que le gusta mantenerse ocupada, y en sus relaciones sociales, se centra en las primeras impresiones y en prejuicios. Adrián menciona: “La primera impresión que se lleva define su trato, es muy orgullosa”. Además, refiere que cuando se molesta, no perdona, se resiente, esto le genera problemas porque tampoco suele expresar lo que siente, por lo que manifiesta que tiene que averiguar qué le está pasando”. La relación con su madre es buena y establecen una comunicación interdiaria. En cuanto al plano afectivo, refiere no recordar abrazos o caricias que le haya realizado cuando era niño.

Hermano 1: Sergio, de 30 años, cursó hasta quinto año de secundaria, radica en EE. UU desde hace 8 años, vive con su mamá y trabaja con ella en la preparación de dulces en una pastelería. Adrián menciona que una característica que resalta es su orgullo, no obstante, con él no se muestra así: “Yo sé cuándo tocarlo, conmigo no es orgulloso”. Describe su relación como buena: “Jugábamos conversábamos, pero Sergio siempre es hermético con sus problemas, él quería resolverlos solo, así sea mal o a medias él los solucionaba así”.

Hermano 2: Armando, de 28 años, cursó hasta quinto año de secundaria, radica en EE. UU desde hace 8 años, vive con su mamá y trabaja como bartender en un bar. Lo describe como una persona impulsiva con las cosas que hace: “Es acelerado para hacer las cosas, vehemente, cuando quiere algo lo consigue es muy aventado”. Menciona que la relación es buena, respeta sus decisiones y su postura.

Hermano 3: André (medio hermano), de 15 años, estudia en la escuela (Octavo Grado High School) y trabaja. Vive en EE. UU con su madre y con su hermana Jady y Sergio. Refiere que su hermano es una persona que se aísla. También lo describe como impulsivo: “Mi mamá muchas veces con sus palabras lo hiere, por eso comprendo que pueda tener una baja autoestima”. Percibe la relación con él como distante, no se comunican ni se escriben.

Hermana 4: Jady, de 12 años, estudia en la escuela (Quinto Grado - High School). Vive en EE. UU con su madre y hermanos. Menciona que ella tuvo un cuadro de Bulimia con autolesiones, se cortó las piernas, ella fue hospitalizada por varios meses (2018). Actualmente se encuentra estable. Percibe la relación con su medio hermana con poca cercanía y respetuosa.

b. Dinámica familiar: comunicación, relaciones afectivas.

En su dinámica familiar presenta identificación con su núcleo familiar, percibe una pobre vinculación emocional con sus padres, y una aceptable implicación afectiva en su relación fraternal. Observa en su madre, un estilo negligente en la relación parental, donde predomina una baja aceptación asociada a una indiferencia frente sus acciones positivas y a sus opiniones, no satisface sus necesidades afectivas y existe una pobre comunicación, además de privación. Percibe a su padre como comprensivo, pero ausente en actividades en las que se diese lugar a compartir actividades en común entre todos.

2.5.4. Evaluación psicométrica

Tabla 1

Lista de Chequeo: Registro semanal de frecuencia de conductas problema

Conductas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Total
Brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público.	2	1	1	1	2	0	0	7
Realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa .	2	1	2	1	2	0	0	8
Postergar el avance de su tesis cuando regresa del trabajo.	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabla 2

Lista de chequeo: Registro semanal de Pensamientos Automáticos

Conductas Cognitivas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Total
“Debí haberlo superado hace mucho tiempo y no tuve el valor de hacerlo”.	2	1	3	2	2	2	1	13
“Es mi culpa que solo sea bachiller”.	1	0	1	1	1	0	0	4
“Es injusto que siendo tan hábil en lo que hago me suceda esto a mí”.	1	1	1	1	1	0	0	5
“Me van a juzgar y se burlarán de mi”.	1	0	1	0	1	0	1	4
“Ellos (el jurado) saben más que yo van a refutar todos mis sustentos”.	1	1	1	1	1	0	0	5
“Se van a enfocar totalmente en lo que voy a decir”.	2	2	2	2	3	2	1	14
“Me voy a bloquear y no sabré que decir”	3	2	2	2	2	3	2	16
“Ella sabe más que yo, es superior en conocimientos”	3	0	3	0	3	3	3	15
“Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle”	2	2	2	3	2	3	0	14

2.5.4.1. Informe psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Apellidos y nombres : Adrian S. Q. I.
 Edad : 32
 Lugar y fecha de Nacimiento: Lima, 02 de abril de 1989
 Estado civil : Soltero
 Lugar de entrevista : Consultorio psicológico
 Psicólogo : Katherine Pesantes Vera

Instrumento aplicado

Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Resultados

Tabla 3

Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	14	60	Extroversión
Neuroticismo	7	35	Tendencia a la estabilidad
Psicoticismo	3	35	Tendencia al ajuste conductual
Mentiras	3	15	La prueba se valida

Interpretación de los resultados

El evaluado presentó patrones de personalidad extrovertida, esto quiere decir, prefiere relacionarse con sus pares y familiares por que propone realizar junto con ellos actividades al salir de su trabajo como ir a comer, y salir a pasear los fines de semana, además, necesita abundancia de estímulos por lo que disfruta y se siente cómodo con la compañía de las personas y busca la actividad práctica, no obstante se le dificulta iniciar una conversación, así como expresarse frente a un grupo de personas desconocidas mayor a dos, y ante personas

de mayor autoridad como sus jefes, sintiendo ansiedad y experimentando sudoración corporal, ruborización y aceleración de la frecuencia cardiaca , piensa: “se burlarán de mi”, “quizás no entiendan lo que digo”, generándose ocasionalmente, enredos para hablar en estas situaciones . Pese a ello, al relacionarse con personas de su confianza, se muestra creativo, con buen ánimo, y con apertura a realizar bromas.

Además, mostró tendencia a la estabilidad, por lo que suele mostrarse sereno, ecuánime, pausado, tolerante frente a situaciones desagradables, demuestra autocontrol emocional lo cual lo lleva a reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones, aunque frente a personas desconocidas y ante figuras de autoridad tiende a mostrarse inseguro, lo cual genera que en su medio laboral asuma una actitud pasiva y complaciente frente a ellos y que delegue responsabilidades con el fin de disminuir la comunicación con sus jefes.

Se ajusta a las normas sociales y a las normas familiares, mostrándose respetuoso y con un buen grado de interacción social, se muestra solidario por lo que le agrada compartir objetos personales cuando le solicitan sus familiares y amigos, y se muestra responsable con su cuidado personal y con las normas de su trabajo, acatando la puntualidad como principios.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Intervención individual en terapia cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad.

2.5.4.2. Informe de Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck

Apellidos y nombres : Adrián S. Q. I.
 Edad : 32
 Lugar y fecha de Nacimiento: Lima, 02 de abril de 1989
 Estado civil : Soltero
 Lugar de entrevista : Consultorio psicológico
 Psicólogo : Katherine Pesantes Vera

Instrumento aplicado

Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck

Resultados

Tabla 4

Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck

Pensamiento Automático	Puntaje	Efecto emocional
Falacia de justicia	3	Regular
Debería	3	Regular
Falacia de razón	3	Regular
Falacia de recompensa divina	3	Regular

Interpretación de los resultados

El evaluado presentó el pensamiento automático de falacia de justicia, debido a que considera importante el obtener reconocimiento de sus jefes al realizar su trabajo en el análisis de medicamentos, no obstante siente cólera cuando le piden hacer horas extras y quedarse después del horario de salida trabajando, piensa: “Es injusto que solo a mí me sobrecarguen de trabajo, entiendo que sea porque otros compañeros no dan la talla para ser efectivos en el trabajo”, ante lo cual tiende a acatar los pedidos, además piensa: “aunque sé que es injusto, mis jefes van a tomar a mal que no acepte si yo sé que hay mucho trabajo”.

Así mismo evidenció el pensamiento automático de debería. siente cólera frente a sus propios errores cuando no sale bien un análisis, piensa: “No debí equivocarme, en qué fallé, y se autocritica diciéndose: “qué tonto, no debí hacerlo así”, por otro lado, siente culpa y cólera, por no poder aun superar su problema para hablar frente a un público, piensa: “Hace tiempo debí mejorar, ya no debería seguir así, por no buscar tratamiento antes, que dirán de mí”, por lo que evita tomar la palabra en reuniones y dar reportes frente a sus superiores.

Además, se encontró la falacia de razón, por lo que discute con sus compañeros de trabajo que poseen un puesto similar al suyo, piensa: “Yo sé que tengo la razón, a mí me enseñaron de esta manera y ellos se equivocan, pero no quieren reconocerlo”, por lo que siente cólera cuando tiene que confrontar sus diferencias.

Finalmente, se evidenció la presencia de la falacia de recompensa divina, respecto al futuro piensa: “Espero que vengan tiempos mejores, en el que pueda haber superado este problema que no me permite expresarme frente a mis superiores o frente a un grupo, de la forma como quisiera”, cada vez que surgen reclamos de sus padres y pareja respecto a la postergación en el término de su tesis, lo cual justifica diciéndoles : “No me alcanza el tiempo, me sobre recargan mucho en mi trabajo, mis compañeros no son tan eficientes como yo por eso me necesitan, esto será recompensado más adelante”, sintiendo alivio al aún poder evitar la ansiedad que le generaría exponer frente a un jurado evaluador, a su vez, se ha ido incrementando la frustración y cólera, por aún no poder titularse en su carrera profesional.

Recomendaciones y/o sugerencias

Aplicar reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos automáticos de falacia de justicia, debería, falacia de razón y falacia de recompensa divina.

2.5.4.3. Informe de Registro de Opiniones de Ellis- Forma A (Adaptado)

Apellidos y nombres : Adrian S. Q. I.
 Edad : 32
 Lugar y fecha de Nacimiento: Lima, 02 de abril de 1989
 Estado civil : Soltero
 Lugar de entrevista : Consultorio psicológico
 Psicólogo : Katherine Pesantes Vera

Instrumento aplicado

Registro de Opiniones de Ellis- Forma A (Adaptado)

Resultados

Tabla 5

Resultados del Registro de Opiniones de Ellis- Forma A (Adaptado)

Creencia Irracional	Puntaje	Diagnóstico
A. “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”.	6	Irracional
C. “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables y la gente que los realiza debe ser avergonzada y castigada”.	4	Tendencia Irracional
F. “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”.	7	Irracional

Interpretación de los resultados

Adrián presenta comportamientos que subyacen bajo la creencia irracional: “Es necesario ser aceptado por todas las personas significativas para uno”, esto debido que considera importante el reconocimiento de sus jefes para motivarse a realizar bien su trabajo. Por otro lado, se le dificulta decir no cuando sus amigos les piden favores, y se esfuerza por ser considerado por sus familiares, visitando a su tía y primas ayudándoles con sus tareas pese a estar cansado, se le dificulta poner límites, también se muestra permisivo y tolerante con su pareja, pese a sentir cólera cuando le reclama que él salga a comer con sus amigos, a él se le dificulta expresar su enojo, no dice lo que piensa con el fin de evitar problemas.

Así mismo, mantiene la creencia irracional: “El pasado siempre afectará mi vida”, debido a que considera que es imposible superar las influencias del pasado, desearía haber tenido experiencias de vida diferente por la ausencia de sus padres, ambos están en EE.UU, lo cual no le permitió afianzar una mayor seguridad, piensa, por otro lado, asume que no podrá superar un evento que sucedió cuando tenía 7 años y sus compañeros de colegio se burlaron de él al equivocarse y olvidarse su tema en una exposición, lo cual asocia a la vergüenza y ansiedad que experimenta cuando tiene que dar reportes de su trabajo a sus superiores.

Finalmente, presenta la creencia irracional: “Ciertos actos son condenables y quien los realiza debe ser castigado”, debido a que asume que quienes cometen actos inmorales como los abusadores sexuales o los delincuentes deben ser castigados y que merecen cargar con la culpa debiendo encontrarse de manera permanente en la cárcel. Así mismo siente cólera frente a sus propios errores, cuando no sale bien un análisis, por lo que pide disculpas, y se autocrítica, también cuando percibe que lo que dijo generó malestar en una persona significativa para él, como su pareja, amigos o familiares.

Recomendaciones y/o sugerencias

Terapia cognitiva conductual en base a técnicas de reestructuración cognitiva de los esquemas de pensamiento: “Es importante ser aceptado por las personas significativas para uno”, “El pasado siempre afectará mi vida”, y “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables quien los realiza debe ser condenado y castigado”.

2.5.4.4. Informe de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Apellidos y nombres : Adrian S. Q. I.

Edad : 32

Lugar y fecha de Nacimiento: Lima, 02 de abril de 1989

Estado civil : Soltero

Lugar de entrevista : Consultorio psicológico

Psicólogo : Katherine Pesantes Vera

Instrumento aplicado

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Resultados

Tabla 6

Resultados la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Dimensión	Puntuación	Resultado
Evitación	30	
Ansiedad	31	
Total	61	Ansiedad social moderada

Interpretación de los resultados

Adrián obtuvo una puntuación total de 61, lo cual lo ubica dentro de un nivel de ansiedad social moderada, lo cual evidencia la presencia de problemas para interactuar de manera satisfactoria en su entorno social, en el área emocional muestra intolerancia a las respuestas asociadas a una ansiedad anticipatoria que se desencadenaría en ciertas situaciones sociales o tales como sentirse observado mientras expone frente a sus coordinadores o jefa de trabajo, y evitando además, ciertas situaciones sociales tales como hablar en reuniones sociales, exponer frente a sus compañeros de trabajo en alguna reunión formal, y presentarse frente a un jurado para sustentar su tesis.

Recomendaciones y/o sugerencias

Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y en técnicas de relajación muscular progresiva.

2.5.5. Informe Psicológico integrador

Apellidos y nombres : Adrián S. Q. I.

Edad : 32

Lugar y fecha de Nacimiento: Lima, 02 de abril de 1989

Estado civil : Soltero

Lugar de entrevista : Consultorio psicológico

Psicólogo : Ps. Katherine Pesantes Vera

Observación psicológica

Paciente lúcido, orientado en espacio, tiempo y persona, de tez trigueña, posee contextura gruesa y estatura alta. Presentó un adecuado aseo y aliño personal. Aparentó su edad cronológica, vestimenta acorde a su edad, género y de la estación. Adoptó una postura erguida, mantuvo los brazos cruzados la mayor parte de las sesiones y movió constantemente sus piernas. Mantuvo poco contacto visual. Se mostró colaborador, haciendo uso de un lenguaje claro, coherente y funcional de acuerdo al contexto, con un tono de voz adecuado y ritmo acelerado. Evidenció pensamiento coherente, de nivel abstracto, de contenido anticipatorio y curso circunstancial, con conservada capacidad de atención sostenida, memoria de corto y largo plazo adecuada, siendo capaz de evocar información respetando secuencia y orden de la información. Cabe señalar que en ocasiones presentó dificultades para pronunciar algunas sílabas trabadas. Finalmente, en cuanto a la afectividad se evidenció indicadores de ansiedad.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck
- Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck
- Registro de Opiniones de Ellis- Forma A (Adaptado)
- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Interpretación de Resultados

Adrián presenta características de personalidad extrovertida, prefiere relacionarse con sus pares y familiares, además, necesita abundancia de estímulos por lo que disfruta y se siente cómodo con la compañía de las personas, no obstante, se le dificulta iniciar una conversación, así como expresarse frente a un grupo de personas desconocidas mayor a dos, y ante personas de mayor autoridad como sus jefes. Además, suele mostrar autocontrol emocional en situaciones conocidas y estresantes, aunque frente a personas desconocidas y ante figuras de autoridad tiende a experimentar ansiedad.

Por otro lado, sostiene la creencia irracional de que necesario ser aceptado por todas las personas significativas para uno, considerando importante el reconocimiento de sus jefes y familiares, por lo que acepta fácilmente favores que le piden, con el fin de evitar conflictos y el rechazo de parte de ellos. Además, considera que es imposible superar las influencias del pasado, asume que no podrá superar cuando sus compañeros de colegio se burlaron de él en una exposición, experimentando sentimientos de vergüenza y ansiedad cuando tiene que dar reportes de su trabajo a sus superiores y jefes.

Así mismo, presenta los pensamientos automáticos de los debería, por lo que se autocritica al no poder aun superar su temor para hablar frente a un público, y frente a errores y equivocaciones. También se evidencia el pensamiento automático asociado a la falacia de razón, por lo que se le dificulta aceptar ideas distintas a las que posee, además, de la falacia de recompensa divina, por la que posee expectativas de que en su futuro pueda ser mejor debido a los esfuerzos por agradar que realiza en su trabajo.

Respecto a los indicadores de ansiedad, presenta un nivel moderado de ansiedad estado, ya que refiere experimentar preocupaciones por posibles situaciones sociales como el exponer y relacionarse con personas de autoridad, y un nivel grave en cuanto a su ansiedad rasgo, debido a que posee pensamientos anticipatorios que le generan inseguridad en

situaciones sociales ante quienes poseen mayor conocimiento en su área profesional. En consecuencia, experimenta intolerancia a las respuestas asociadas a la emoción de ansiedad, evitando diversas situaciones sociales tales como hablar en reuniones sociales, exponer frente a sus compañeros de trabajo en alguna reunión formal, y presentarse frente a un jurado para exponer su tesis, lo cual ha interferido en el logro de diversos objetivos en el área profesional, personal y social.

Presunción Diagnóstica

Los resultados de la evaluación destacan indicadores que harían presumir el diagnóstico de ansiedad social moderada.

Conclusiones

- Características de personalidad extrovertida
- Tendencia a la estabilidad emocional
- Adecuado ajuste a las normas sociales y familiares
- Presenta pensamientos automáticos de falacia de justicia, debería, falacia de razón y falacia de recompensa divina, los cuales generan un efecto emocional regular en su desempeño.
- Posee las siguientes creencias irracionales: Es importante ser querido y aceptado por las personas significativas para uno y el pasado siempre afectará mi vida.
- Presenta un nivel ansiedad social moderada.
- En cuanto a ansiedad estado evidencia un nivel moderado, y respecto a ansiedad rasgo, posee un nivel grave. Muestra sentimientos aprensivos que lo tornan ansioso y esta conducta es sostenida con un afronte evitativo frente a las situaciones sociales temidas.

Recomendaciones

- Intervención individual en terapia cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad.

Diagnóstico Psicológico

Tabla 7*Criterios según el DSM V para el Trastorno de ansiedad social*

Criterios DSM V	Presentes en el paciente
A Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales, ser observado y actuar delante de otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Miedo a: <ul style="list-style-type: none"> - Exponer frente a jefes - Hablar en público - Hacer pedidos a figuras de autoridad - Sustentar frente a un jurado su tesis
B La persona tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).	<ul style="list-style-type: none"> ● Miedo a: <ul style="list-style-type: none"> - La crítica y burlas por equivocaciones - Ser rechazado en las ideas que propone - A ser criticado por sus jefes
C Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.	Experimenta miedo y ansiedad
D Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.	Conducta de evitación recurrente
E El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social.	Sus miedos están basados en anticipaciones.
F El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente 6 o más meses.	Inicio cuando tenía 9 años, en la niñez
G El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Esto ha afectado diversos ámbitos, personal profesional, aún no ha podido titularse
H El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.	No presenta alguna afección médica.
I El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.	No presenta otro trastorno mental.
J Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.	No afección médica.

Tabla 8*Diagnóstico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> ● Realiza pausas reiteradas al hablar y dice: “Me voy a bloquear”. ● Brinda excusas para no hablar como encontrarse mal de la garganta y con tos. ● Posterga el avance diario de su tesis. ● Miedo a conversar con una persona que tiene mayor rango de autoridad como su jefa ● Miedo a exponer frente a un público, o con personas superiores o con un mayor dominio en un área específica. ● Miedo a sustentar su tesis frente a un jurado. <p>● Ansiedad 10/10, temor 9/10, enojo 8/10, ira 10/10, culpa 7/10 y frustración 7/10</p> <p>● Aceleración de la frecuencia cardiaca, aceleración de la respiración, ruborización sudoración corporal, sensación de ahogo, malestar abdominal, escalofríos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Expresar opiniones en temas en los que otras personas poseen mayor conocimiento. ● Descansar sus horas completas de sueño. ● Saludar a personas que no son de su confianza 	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad para relajarse en situaciones sociales. ● Manejo de pensamientos irracionales. ● Identificar y expresar adecuadamente la emoción del miedo.
Pensamientos de:		
<ul style="list-style-type: none"> ● “Ella sabe más que yo, es superior en conocimientos”. ● “Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle”. ● “Debí haberlo superado hace mucho tiempo y no tuve el valor de hacerlo”. ● “Es mi culpa que solo sea bachiller”. ● “Es injusto que siendo tan hábil en lo que hago me suceda esto a mí”. ● “Me van a juzgar y se burlarán de mí”. ● “Ellos (el jurado) saben más que yo van a refutar todos mis sustentos”. ● “Se van a enfocar totalmente en lo que voy a decir”. ● “Me voy a bloquear y no sabré que decir” 		

Tabla 9*Análisis funcional*

Estimulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
<p>Interno</p> <p>Pensamientos Anticipatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “Me voy a bloquear” ● “Se van a enfocar totalmente en lo que voy a decir”. ● “Me van a juzgar”. <p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sus compañeros le piden dar unas palabras para un cumpleaños, en reuniones de agasajo del trabajo. ● Su jefa le pregunta sobre sus avances de trabajo en los análisis de medicamentos ● Imagina tener que estar frente a un jurado y sustentar su tesis ● Exponer ante su jefa 	<p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedad 10/10, temor 9/10, enojo 8/10, ira 10/10, culpa 7/10 y frustración 7/10 <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aceleración de la frecuencia cardiaca, aceleración de la respiración, ruborización sudoración corporal, sensación de ahogo, malestar abdominal, escalofríos. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “Ella sabe más que yo, es superior en conocimientos”, “Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle”. ● “Debí haberlo superado hace mucho tiempo y no tuve el valor de hacerlo”. ● “Es mi culpa que solo sea bachiller”. ● “Es injusto que siendo tan hábil en lo que hago me suceda esto a mí”. ● “Me van a juzgar y se burlarán de mi”. ● “Ellos (el jurado) saben más que yo van a refutar todos mis sustentos”. ● “Se van a enfocar totalmente en lo que voy a decir”. ● “Me voy a bloquear y no sabré que decir” <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realiza pausas reiteradas al hablar y dice: “Me voy a bloquear”. ● Brinda excusas para no hablar como encontrarse mal de la garganta y con tos. ● Posterga el avance diario de su tesis. 	<p>Refuerzo externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evita expresarse frente a los demás y siente alivio y tranquilidad ● Su compañera le comenta que se notó su nerviosismo al conversar con su jefa (Confirmación de su pensamiento) ● Posterga la culminación y sustentación de su tesis ante un jurado. <p>Refuerzo interno: (pensamientos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “Todo esto es culpa mía porque yo he dejado que este problema siga así”. ● “Que pena seguir así, ya estoy viejo para esto.” ● “Prefiero decir que tengo tos” ● “Deben sentir lástima por cómo me expreso”,

Tabla 10*Análisis cognitivo:*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Sus compañeros le piden dar palabras para un cumpleaños, en reuniones de agasajo del trabajo.	<p>“Me voy a bloquear y no sabré que decir”</p> <p>“Me van a juzgar y se burlarán de mi”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Enojo 8/10 • Brinda excusas para no hablar como encontrarse mal de la garganta con tos.
Su jefa le pregunta sobre sus avances de trabajo en los análisis de medicamentos	<p>“Ella sabe más que yo, es superior en conocimientos”</p> <p>“Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle”</p> <p>“Me voy a bloquear”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Realiza pausas reiteradas.
Imagina el tener que estar frente a un jurado y sustentar su tesis	<p>“No podré enfrentar al jurado”</p> <p>“Ellos saben más que yo van a refutar todos mis sustentos”</p> <p>“Es mejor esperar más tiempo quizás dejen de ser tan estrictos en las condiciones de sustentación”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración 6/10 • enojo 8/10 • Culpa 7/10 • Posterga el avance diario de su tesis

2.6. Intervención

Programa de Intervención

Se presentaron las sesiones terapéuticas, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado. Así mismo se describieron cada uno de los instrumentos de evaluación pertinentes utilizados en el estudio. El tratamiento se prolongó a lo largo de 12 sesiones, cada una con 50-60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana, sin embargo, si de haber ocurrido alguna contingencia se añadiría una sesión a la semana pertinente (se tuvo en consideración las normas de salud vigentes en el contexto COVID-19) así como del estado de emergencia sanitaria. El tratamiento tuvo una duración aproximada de cinco y seis meses, desde la demanda hasta la culminación de la misma. Las sesiones comprendieron la evaluación pretratamiento, el proceso de evaluación propiamente dicho (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades, finalmente la intervención propiamente dicha.

Objetivo general

Al finalizar el programa de tratamiento, el paciente será capaz de participar de manera voluntaria, efectiva y satisfactoria en situaciones sociales, logrando reducir sus respuestas de evitación, así como disminuir sus niveles de ansiedad.

Objetivos específicos

- Disminuir conductas problema ante situaciones sociales, tales como brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público, realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa y postergar el avance con su tesis.
- Modificar las distorsiones cognitivas tales como: “Me voy a bloquear y no sabré que decir”, “Mis compañeros van a juzgar mi forma de hablar y se burlarán de mi”, “Mi

jefa se dará cuenta de que estoy nervioso”, “No debería equivocarme”, “No podré enfrentar al jurado”, “El jurado va a refutar todos mis sustentos”, y creencias irracionales, por otras más adaptativas.

- Disminuir los niveles de ansiedad ante situaciones sociales.

2.7. Procedimiento

2.7.1. Sesión 1 y 2

Se trabajó el objetivo específico 1: Disminuir conductas problema ante situaciones sociales, tales como brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público, realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa y postergar el avance con su tesis, mediante la psicoeducación en la emoción de ansiedad y técnica de modelado.

Procedimiento:

Paso 1: Psicoeducar al paciente sobre el sentimiento de ansiedad y los mantenedores de ésta por medio de las conductas de evitación. Se comenzó definiendo que es una emoción natural y adaptativa y como conducta emocional, es aprendida a través de la asociación de estímulos. Se señaló, que, en la situación de Adrián, esta conducta de ansiedad y miedo para exponerse frente a situaciones de evaluación social, la aprendió cuando recibió burlas y críticas una vez que se olvidó parte de una exposición en la escuela, a la edad de 9 años.

Para comprender el mecanismo de cómo se preserva el comportamiento ansioso, se graficó la Triple Relación de Contingencias, en donde el Estímulo Discriminativo (Ed) es la situación social donde se expone a una evaluación de otros; la respuesta es la de evadir o hacer frente estas situaciones; y estos comportamientos se van a conservar por medio de un Proceso de Reforzamiento Negativo, en donde el alivio que experimenta al evitar tales eventos sociales, se convierte en el Estímulo Reforzador (Er).

Asimismo, se le describió los fundamentos de la Terapia Cognitivo Conductual, detallando puntos involucrados sobre el abordaje de la ansiedad, sobre el aprendizaje de las conductas evitativas, y como éstas influyen en la sintomatología del comportamiento ansioso, instruyendo acerca del proceso respuesta lucha y huida de una persona ante la percepción de peligro, por medio de tres niveles de respuesta: fisiológico, conductual y cognitivo.

Tabla 11

Triple Relación de Contingencias

Ed Estímulo Discriminativo	R Respuesta o Conducta	Er Consecuencias
Sus compañeros le piden dar unas palabras para un cumpleaños, en reuniones de agasajo del trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda excusas para no hablar como encontrarse mal de la garganta con tos. • Pensar: “Me voy a bloquear”, “Me van a juzgar y se burlarán de mi”. • Ansiedad (10) • Enojo (8) • Taquicardia, sudoración en las manos, aceleración cardiaca, temblor de piernas, dolor de estómago, opresión en el pecho • Realiza pausas reiteradas al hablar. 	Alivio y tranquilidad al evitar expresarse frente a los demás.
Su jefa le pregunta sobre sus avances de trabajo en los análisis de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Pensar: “<i>Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle y me voy a bloquear</i>” • Ansiedad (10) • Sudoración en las manos, aceleración cardiaca, temblor de labios, temblor de piernas, dolor de estómago, opresión en el pecho. 	Disminución de ansiedad (Confirmación de su pensamiento)
Imagina tener que estar frente a un jurado y sustentar su tesis	<ul style="list-style-type: none"> • Posterga el avance diario de su tesis. • Pensar: “No podré enfrentar al jurado”, “Ellos saben más que yo van a refutar todos mis sustentos” • Frustración (6) • Enojo (8) • Culpa (7) 	Alivio al continuar evitando la sustentación de su tesis ante un jurado.

Paso 2: Se utilizó la técnica de Modelado, donde la terapeuta representó una situación en la que expone un tema de interés frente a un grupo de personas (Un comunicado a difundir en el área de trabajo). La modelo (terapeuta) ilustró los componentes no verbales y paralingüísticos de la conducta de dirigirse y hablar frente a un público.

Se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: Prestar mucha atención a las conductas que realizó la modelo mediante la observación y la escucha, para luego acordarse de ellas. Luego de ello se realizó una discusión con el paciente, sobre qué es lo que hizo la terapeuta como modelo, respecto a la conducta de exponer frente a un grupo, y la terapeuta complementó con otras respuestas. Fue importante señalarle a Adrián, que no interprete la conducta modelada como la manera correcta de comportarse, sino como una forma de enfrentar este evento en particular. Luego de la presentación de estas habilidades sociales, se brinda autoretroalimentación y autorrefuerzo; así como el refuerzo social de la terapeuta.

Se señaló como actividad semanal, evaluar los elementos lingüísticos y paralingüísticos en las conductas de dialogar ante un conjunto de individuos, con sus colegas y registrar sus observaciones.

2.7.2. Sesión 3

Se abordó el objetivo específico 3: Reducir el grado de ansiedad frente a situaciones sociales. Dichos se hizo través de técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson

Paso 1: Entrenamiento en técnica de Respiración diafragmática. Se le pidió a Adrián:

- a) Sentarse cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración. Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original.
- b) Inspirar por la nariz y espirar por la nariz o por la boca.

c) Hacer una inspiración lenta y profunda por la nariz durante 5 segundos, retener el aire durante 5-7 segundos y espirar lentamente por la nariz o por la boca durante 10 segundos. Fue recomendable pedirle que repita mentalmente y de forma pausada la palabra "calma", "relax" o "tranquilo" cada ocasión que espiraba e imaginar que la tensión se escapa con el aire expulsado. Para conservar el ritmo se le pidió realizar un conteo de 1 a 5 (inspiración), de 1 a 5 o 7 (retención) y de 1 a 10 (espiración).

Se le motivó a practicar durante la semana la respiración diafragmática.

Paso 2: Entrenamiento en técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

Se entrenó a Adrián en el uso de la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson, con el fin de reducir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad y reconocer los cambios fisiológicos positivos a partir del ejercicio.

En esta situación se aplicó la versión completa, en donde se requiere eliminar o disminuir la ansiedad producida por los estímulos discriminativos evaluados, en este caso, las situaciones sociales reales (Con sus compañeros de trabajo y jefes), y situaciones imaginadas (Presentarse frente a un jurado y exponer su tesis). El consultante fue entrenado en el consultorio, para lo cual se le pidió ubicarse cómodamente en una silla para proceder a la realización de los pasos de la Técnica de Relajación progresiva.

Al finalizar el entrenamiento de esta técnica, se hizo envío de un audio con la voz grabada de la terapeuta, acompañado de una Hoja de Registro de Relajación, y se le asignó la tarea de ejecutar en su casa la secuencia completa de Relajación dos veces por día, durante seis días seguidos, de esta manera este entrenamiento fue registrado. Cabe mencionar que esta técnica fue de gran utilidad para el aprendizaje de la técnica de Desensibilización sistemática.

2.7.3. Sesión 4

Se trabajó el objetivo específico 3: Disminuir los niveles de ansiedad ante acontecimientos sociales, mediante la realización de un horario, autorrefuerzos verbales positivos y análisis de beneficio de coste.

Procedimiento:

Paso 1: Se trabajó con Adrián la elaboración de un horario, en el cual se registraron las actividades que realiza diariamente, para planificar los días y horas en los que avanzaría su tesis, siendo esta conducta de postergación, una forma de evitar la situación de sustentarla frente a un jurado. Se registró inicialmente cuál es su horario real y se elaboró luego, un horario ideal, el cual se muestra a continuación:

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
06:00 hrs	Salida al trabajo	Salida al trabajo	Salida al trabajo	Salida al trabajo	Salida al trabajo	Deporte	Deporte
07:00 – 17:00 hrs	Trabajo	Trabajo	Trabajo	Trabajo	Trabajo	Actividades de limpieza en casa	Ocio y descanso
17:00 – 18:30 hrs	Traslado a casa	Traslado a casa	Traslado a casa	Traslado a casa	Traslado a casa	AVANZAR TESIS	AVANZAR TESIS
18:30 – 20:00 hrs	Descanso y cena	Descanso y cena	Descanso y cena	Descanso y cena	Descanso y cena	Cena	Cena
20:00 – 22:00 hrs	Ver noticias	AVANZAR TESIS	Ver noticias	AVANZAR TESIS	Ver noticias	Ver tv	Ver tv
23:00 hrs	Descanso						

Paso 2: Se le indicó brindarse a sí mismo autorrefuerzos verbales positivos cada vez que cumpla el horario establecido para avanzar su tesis y realizar la respectiva investigación,

tales como: “Si puedo hacerlo”, “Estoy directamente dirigiéndome los objetivos que me he planteado profesionalmente”, “Soy capaz de realizar lo que me he propuesto”, “A veces es difícil, pero estoy dando el mejor esfuerzo para avanzar mi tesis y lograr titularme”.

Paso 3: Se empleó la técnica de establecer referencias (análisis de beneficio de coste) y retribución. Se le pidió a Adrián que realice una lista de ventajas reales de avanzar su tesis. Seguidamente que realice una lista de desventajas reales de hacerlo, para que luego valore qué ganancias y desventajas obtendría, y en base a ello, poder afianzar la conducta de avanzar su tesis.

2.7.4. Sesión 5

Se trabajó el objetivo específico 2: Modificar las distorsiones cognitivas: “Me voy a bloquear y no sabré que decir”, empleando la técnica de psicoeducación en el ABC de la conducta y reestructuración cognitiva.

Procedimiento:

Paso 1: Se le explicó a Adrián en qué consiste la relación pensamiento – emoción – conducta, como también de los resultados de mantener pensamientos catastróficos en el mantenimiento de emociones desagradables y de conductas problema, esto es la técnica: Psicoeducación sobre el ABC de la conducta.

Paso 2: Se explicó sobre los pensamientos distorsionados y creencias irracionales, y cómo se abordarán en terapia, por medio del debate de éstos y el desarrollo de pensamientos alternativos más racionales. Luego, se explicó el registro de ABCDE, enfatizando las columnas “D” (Debate: Se realizaron preguntas aplicando las técnicas de Reestructuración Cognitiva: Apelando a las consecuencias, Cuestionamiento Socrático, Solicitando pruebas, Discusión pragmática, Debate satírico, para cada distorsión cognitiva) y “E” (Nuevos Pensamientos Funcionales, y junto a Adrián se generaron preguntas para lograr nuevos pensamientos funcionales).

Técnica: Reestructuración cognitiva

A	B	C	D	E
			Solicitando pruebas	
			¿Qué pruebas tienes para estar seguro de que vas a bloquearte?	Dar unas cuantas palabras hacia el cumpleaños frente a sus compañeros.
Sus compañeros le piden dar palabras para un cumpleaños, en reuniones de agasajo del trabajo.	<i>“Me voy a bloquear y no sabré que decir”</i>	Brinda excusas como encontrar se mal de la garganta con tos.	Cuestionamiento socrático ¿Crees que toda persona en este mundo, se expresa “bien”? ¿Crees que la gente no se equivoca? ¿Crees que tus compañeros, no poseen ningún defecto o no cometen errores al hablar? ¿Estás seguro de que la mejor forma de afrontar esto es evitar estar en este tipo de situaciones?	· “Yo no tengo pruebas de que siempre me sucederá lo que digo.” · “Es parte del ser humano equivocarse y tener defectos.” · “La solución no es huir.”
			Proponiendo alternativas: ¿Podría haber otra forma de verte cuando estés frente a un grupo? ¿Cómo te haría sentir el pensar que hablarás fluidamente?	· Ansiedad (5) · miedo (5)

2.7.5. Sesión 6

Se trabajó el objetivo específico 2: Modificar las distorsiones cognitivas: “Me van a juzgar y se burlarán de mí”, empleando la técnica de psicoeducación en el ABC de la conducta, y la técnica de reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Procedimiento:

Paso 1: Se analizó con Adrián, una situación social en la que sus compañeros le piden dar unas palabras en reuniones de agasajos por cumpleaños, evaluando la distorsión cognitiva

y la conducta evitativa que suele presentar ante ello, y luego se ejecutó la técnica de reestructuración cognitiva mediante el planteamiento de preguntas, por las cuales, al finalizar, se planteó la generación de nuevos pensamientos alternativos.

A	B	C	D	E
<p>Sus compañeros le piden dar palabras para un cumpleaños, en reuniones de agasajo del trabajo.</p>	<p><i>“Me van a juzgar y se burlarán de mi”.</i></p>	<p>Brinda excusas como encontrarse mal de la garganta con tos.</p>	<p>Solicitando pruebas: ¿Existen pruebas que indiquen que tus compañeros se burlen de ti?</p> <p>Debate satírico: ¿Qué sería lo peor que pasaría si tus compañeros se burlan de ti? ¿Qué sería lo peor que pasaría te juzgan? ¿Tu harías lo mismo con alguien que expone en una reunión? ¿Necesariamente tiene que ocurrir el hecho que se burlen?</p> <p>Discusión pragmática En la medida que pienses así, ¿Cómo te vas a sentir? ¿Qué va a pasar?</p> <p>Estableciendo alternativas: ¿Podrías encontrar otra manera de ver esta situación?</p>	<p>pruebas: que “Mi miedo a que se den cuenta de mi ansiedad es una idea irracional, ya que los nervios le dan a cualquier persona, cualquiera puede sentir ansiedad” “Es poco probable que se rían de mí, no lo han hecho antes”.</p> <p>“</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ansiedad (5) · miedo (5)

2.7.6. Sesión 7

Se trabajó el objetivo específico 2: Modificar las distorsiones cognitivas “Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle y me juzgará”, empleando la técnica de

psicoeducación en el ABC de la conducta, la técnica de reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Procedimiento:

Paso 1: Se analizó con Adrián una situación social, cuando su jefa le pregunta sobre sus avances de trabajo en los análisis que realiza, evaluando la distorsión cognitiva y la conducta motora que suele presentar ante este evento, y luego se ejecutó la técnica de reestructuración cognitiva mediante el planteamiento de preguntas, por las cuales, al finalizar, se planteó la generación de nuevos pensamientos alternativos.

A	B	C	D	E
Su jefa le pregunta sobre sus avances de trabajo en los análisis de medicamentos	“Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle y me juzgará”	Realiza pausas reiteradas al hablar.	Solicitando pruebas:	· Yo no tengo
			¿Tienes la convicción de que sucederá lo que mencionas? ¿Qué pruebas posees de que pueda juzgarte al notarte así?	pruebas de que siempre me sucederá lo que digo.
			Definición:	· No es
			¿Qué significa para ti recibir la aprobación de tu jefa o de tus superiores?	imprescindible que todos me acepten.
			Cuestionamiento socrático	· La solución
			¿Es imprescindible recibir la aprobación de tu jefa en todo lo que hagas o digas?	no es huir.
				· Ansiedad (5)
			Debate satírico:	
			¿Qué es lo peor que podría suceder, si ella te juzga?	
			Evaluando alternativas: ¿Podría haber otra manera de ver este evento? ¿Cómo te haría sentir?	

2.7.7. Sesión 8

Se trabajó el objetivo específico 2: Modificar las distorsiones cognitivas “No podré enfrentar al jurado, me voy a equivocar”, por otras más adaptativas, empleando la técnica de psicoeducación en el ABC de la conducta, la técnica de reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Procedimiento:

A	B	C	D	E
			Apelando a las consecuencias:	
Imagina estar frente a un jurado y sustentar su tesis	<i>“No podré enfrentar al jurado, me voy a equivocar”</i>	Posterga el avance diario de su tesis	¿Cuáles serían las consecuencias emocionales y conductuales si pensaras que si puedes enfrentar al jurado?	· “El hecho que piense de una manera, no refleja necesariamente lo que va a suceder”.
			Solicitando pruebas	
			¿Tienes pruebas de que no podrás dar una adecuada sustentación?	- “Aunque no es fácil, daré mi mayor esfuerzo y eso es satisfactorio”
			Debate satírico	
			¿Crees que las personas que sustentan su tesis no poseen errores? ¿Existirá alguien que nunca ha fallado en su sustentación?	
			Discusión pragmática	
			¿Postergar esta sustentación te ayudara a resolver algún problema?	· Ansiedad (6) miedo (6)

Paso 1: Se analizó la situación en la que Adrián se imagina encontrándose al frente de un jurado calificador para sustentar su tesis, y se evaluó la distorsión cognitiva y la conducta motora que suele presentar ante este evento activador pensado, luego se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva, planteándose preguntas, mediante las cuales, al finalizar, se generaron nuevos pensamientos alternativos.

2.7.8. Sesión 9

Se trabajó el objetivo específico 2: Modificar las distorsiones cognitivas por otros pensamientos más adaptativos, empleando la técnica de autoinstrucciones, para favorecer la generación de pensamientos más funcionales a las situaciones sociales y mejorar el afrontamiento ante estos eventos.

Procedimiento:

Paso 1. Se enseñó a distinguir entre autoinstrucciones irracionales y racionales, con el objetivo de poseer pensamientos de afrontamiento en la situación de exponer frente a un grupo.

Autoinstrucción irracional	Autoinstrucción racional
“Debo expresarme bien o se burlarán de mi”	“¿Qué certeza tengo de que no voy a hacerlo bien y de que se burlarán?” “Creo que es deber autoimpuesto que tengo de que todo lo debo hacer bien, eso provoca que me sienta así.” “Desearía expresarme bien, aunque si no logro ello, sé que mi esfuerzo es valioso”.
“Me van a estar mirando, y notarán mi nerviosismo”	“Si me miran no tengo porque tener temor, son personas como yo y no van a hacerme daño, además, a bastantes personas les pasa no solo a mí.” “Sí me equivoco en algo puedo tolerar que me evalúen y que me miren, ahora que recuerdo he observado a personas que algunas veces tartamudean o se olvidan una palabra, pero continúan exponiendo y están tranquilos yo también lo podría hacer así”.
“Voy a causar una mala impresión”	“He estado evitando estas situaciones respecto a cómo expresarme frente a un conjunto de individuos, pero evaluando mejor, esto no me ha ayudado más bien me ha afectado, no se trata de verme aceptable frente a todos o de generar una mala impresión frente a ellos, se trata de compartir como lo hacen otros y de continuar desarrollándome”,

2.7.9. Sesión 10

Se trabajó el objetivo específico 3: Reducir el nivel de ansiedad ante acontecimientos sociales, a través de la técnica de desensibilización sistemática.

Procedimiento:

Paso 1: Se enseñó la técnica de Desensibilización Sistemática: Se comenzó con la selección de la respuesta incompatible con la ansiedad, previamente habiéndose realizado el entrenamiento con los recursos de respiración profunda y Relajación Progresiva de Jacobson.

Paso 2: Elaboración de una jerarquía de estímulos: Donde se elaboró conjuntamente con Adrián una lista de jerarquía de exposición donde ordenó los pasos que se irán dando en la cercanía y desempeño de una situación temida, en este caso, el conversar con jefe o alguien de mayor jerarquía o con mayores conocimientos en un asunto específico de su carrera. La jerarquía contempló a partir de los pasos más sencillos, a los más difíciles. Para graduar la intensidad de los ítems se utilizó una escala de ansiedad subjetiva (SUD) de 1 a 10.

	Situación aversiva	SUD
1	Pensar que conversa con alguien de menor jerarquía por al menos 5 minutos	4
2	Pensar que conversa con alguien de menor jerarquía por al menos 10 minutos	4
3	Pensar que conversa con alguien de mayor jerarquía por al menos 5 minutos	5
4	Pensar que conversa con alguien de mayor jerarquía por al menos 10 minutos	6
5	Conversar con un familiar o amigo por al menos 5 minutos.	7
6	Conversar con un familiar o amigo por al menos 10 minutos.	8
7	Conversar con un jefe con alguien de mayor jerarquía por al menos 5 minutos.	9
8	Conversar con un jefe con alguien de mayor jerarquía por al menos 10 minutos.	10

Paso 3: Entrenamiento en imaginación: Donde se presentaron cada uno de los ítems en imaginación. Se solicitó que Adrián recree una imagen de la mente lo más realista posible, de tal forma, que exista cierta analogía con la realidad, y que esta imagen tenga la capacidad de generar ansiedad. Adrián tuvo que imaginar escenas en las que conversa y da reportes a su jefa, agregando todo tipo de detalles, para ello, la terapeuta ayudó en la generación de un mayor número de detalles y particularidades, dándole indicaciones específicas de detalles que podía imaginar. Se fueron realizando cambios en la escena imaginada progresivamente. De la misma forma que Adrián fue adquiriendo mayor capacidad, se realizaron cambios hasta lograr crear con la imaginación escenas muy diversas y realistas referidas a expresarse con su jefe, personas de mayor jerarquía o conocimientos.

Paso 4: Proceso de la Desensibilización Sistemática propiamente dicho: Antes de las sesiones se acordó con Adrián una señal con los dedos de las manos que debía realizar para indicar si estaba relajado o si sentía ansiedad por la presentación de algún ítem. Se desarrolló estando en una silla, la respuesta de relajación que había sido entrenada, y se pide a Adrián que ejecute la señal acordada en ese estado. En ese momento, se presentó el primer ítem de la jerarquía y se le pidió que lo imagine con la mayor autenticidad. Dado que el primer ítem no provocó ansiedad, se pidió mantener en la imaginación durante unos 20 segundos, después de los cuales se pidió que vuelva a centrarse unos 50 segundos en la relajación.

Es importante conservar un tiempo de atención en la relajación no menor a 40 segundos entre las exposiciones, consiguiendo incrementarse si aparecen señales de ansiedad. La presentación consecutiva de un ítem tres veces sin que se produzca ansiedad, o que la que se produzca no supere los 3 SUDs es el criterio de desensibilización de ello, en este momento es posible ya pasar al siguiente nivel. Si en la exposición de un ítem se producen respuestas de ansiedad persistentes, se propone retroceder y terminar la DS para ver el problema (ansiedad excesiva, dificultad en la imaginación y/o en la relajación etc.).

En este caso, al cabo de tres repeticiones aproximadas en los últimos ítems, se lograron los efectos deseados respecto a la disminución de la ansiedad.

2.7.10. Sesión 11

Se trabajó el objetivo específico 2: Modificar creencias irracionales, por otras más adaptativas. Se abordaron las siguientes creencias “Es necesario ser querido y aceptado por todas las personas significativas para uno”, “Si un acontecimiento fuerte afectó nuestra vida, este continuará afectando”, “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables y los individuos que lo realicen deben ser castigados”, empleando la técnica de reestructuración cognitiva.

Procedimiento:

Paso 1: Se otorgó a Adrián información sobre las creencias racionales e irracionales y el modelo ABC, explicando la discrepancia entre pensamientos racionales e irracionales, y se realiza la descripción y presentación de las seis creencias irracionales básicas.

Paso 2: Se explicó el modelo A (acontecimiento activador) B (sistema de creencias) C (consecuencia emocional y conductual) y la relevancia del sistema de creencias en el surgimiento de conductas desadaptativas.

Paso 3: Se brindó el detalle de los componentes D y E. Se mostró el componente D (disputar) que comprende: detectar, diferenciar y debatir (a través de preguntas), y el componente E: nuevo impacto cognitivo (creencia racional), nuevo impacto emocional y conductual.

Paso 4: Se generaron creencias racionales alternativas a las siguientes: “Es necesario ser querido y aceptado por todas las personas significativas para uno”, “Si un acontecimiento fuerte afectó nuestra vida, este continuará afectando”, “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables y los individuos que lo realicen deben ser avergonzados y castigados”, y se reflexionó sobre un nuevo sistema de creencias que permite una mayor adaptabilidad.

2.7.11. Sesión 12

Se trabajó el objetivo específico 1: Disminuir conductas problema ante situaciones sociales, tales como brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público, realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa y postergar el avance con su tesis, mediante la técnica de solución de problemas.

Procedimiento

Paso 1: Se explicó a Adrián los beneficios de la técnica de solución de problemas en diversas situaciones, para luego proceder a la "Definición del problema", mediante las siguientes preguntas: ¿En qué consiste el problema?, ¿Cómo se da?, ¿Cuándo se da?, ¿Dónde ocurre?, ¿Quiénes están involucrados?, ¿Qué sentimientos tengo respecto al problema?, ¿Qué pienso acerca del problema?, ¿Qué sentimientos tienen las personas involucradas?

Paso 2: Se indicó la necesidad de proponer alternativas, anotando todas las ideas que ocurran sobre qué hacer en una situación en la que tenga que expresarse en público como, por ejemplo: Relajarse, realizar ensayos mentales, conversar con algún amigo sobre lo que piensa realizar, ensayar señales paralingüísticas y gestos frente a un espejo, decir excusas para evitar la situación, huir, entre otras alternativas.

Paso 3: Se eligieron las alternativas más razonables y se anotaron en una hoja.

Paso 4: Se desarrolló un plan o estrategia a implementar, logrando utilizar las habilidades y estrategias previamente adquiridas durante el tratamiento.

Paso 5: Se pidió ejecutar el plan durante la semana.

Paso 6: Se enseñó a evaluar los resultados, preguntándose si las acciones que se han ejecutado lo beneficiaron o tuvieron un impacto respecto a una participación efectiva y satisfactoria en situaciones sociales.

Paso 7: Finalmente se enseñaron formas de gratificarse, administrándose autorreforzadores y autoreforzos, además, la terapeuta brinda refuerzos sociales por los resultados obtenidos.

2.8. Consideraciones éticas

Es necesario asegurar el respeto de los derechos y los intereses de la persona que participa en este estudio. Es por ello que esta intervención asegura la protección de los datos personales del participante para favorecer la privacidad y confidencialidad del tratamiento, y garantiza también la participación libre y voluntaria, realizando el proceso de consentimiento informado para afianzar la libertad de autodeterminación en este tratamiento.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

Después de ejecutar el presente programa de Intervención en Terapia Cognitivo Conductual, a continuación, se comparan los resultados obtenidos, tanto de la línea base (pretest) como del postratamiento (postest).

Tabla 12

Línea Base: Registro semanal de frecuencia de conductas problema

Conductas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Total
Brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público.	2	1	1	1	2	0	0	7
Realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa.	2	1	2	1	2	0	0	8
Postergar el avance de su tesis cuando regresa del trabajo,	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabla 13

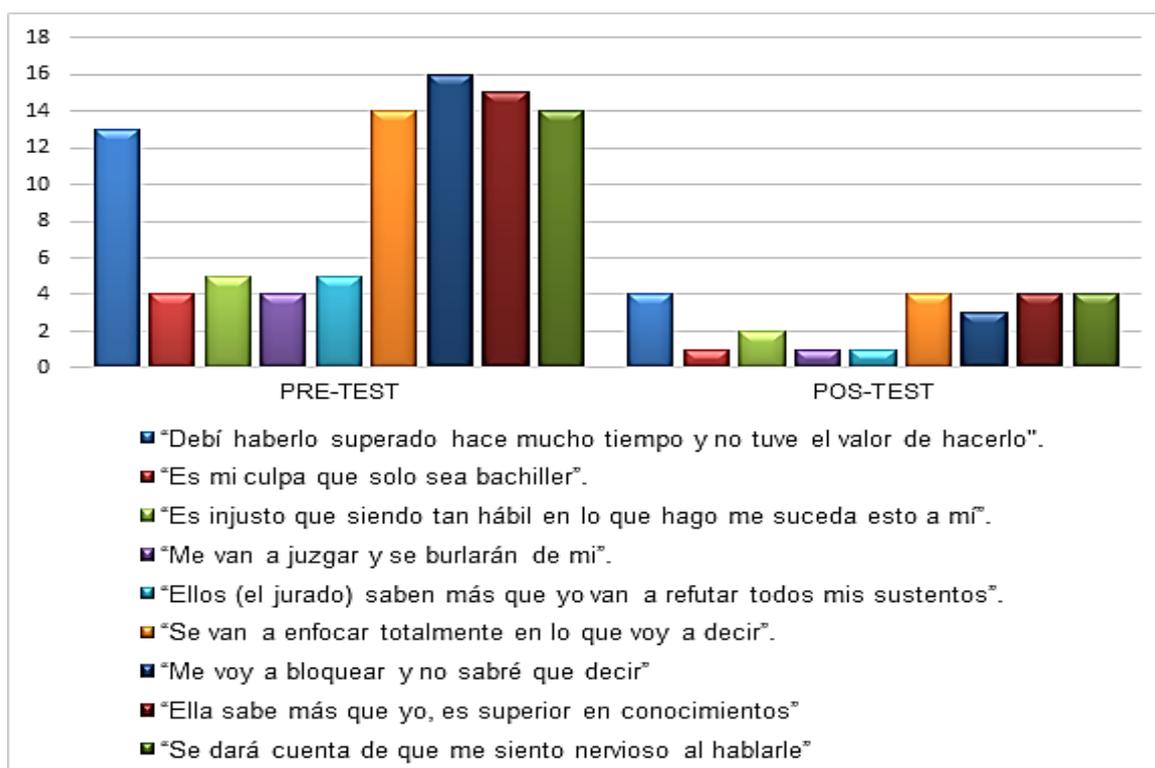
Conductas problema/ frecuencia pre y post tratamiento

Conductas	Pre Semana 1	Post Semana 12
Conductas de brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público	7	1
Realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa	8	2
Postergar el avance de su tesis cuando regresa del trabajo	7	1

“Ellos (el jurado) saben más que yo van a refutar todos mis sustentos”.	Pre	1	1	1	1	1	0	0	5
	Post	0	0	0	0	1	0	0	1
“Se van a enfocar totalmente en lo que voy a decir”.	Pre	2	2	2	2	3	2	1	14
	Post	0	1	1	0	1	0	1	4
“Me voy a bloquear y no sabré que decir”	Pre	3	2	2	2	2	3	2	16
	Post	1	0	0	1	0	0	1	3
“Ella sabe más que yo, es superior en conocimientos”	Pre	3	0	3	0	3	3	3	15
	Post	1	0	1	0	1	1	0	4
“Se dará cuenta de que me siento nervioso al hablarle”	Pre	2	2	2	3	2	3	0	14
	Post	0	1	1	1	1	0	0	4

Figura 5

Resultados comparativos pre y post tratamiento, de la frecuencia de las conductas Cognitivas.



Nota: Se observa en la Figura 5, que Adrián presentó una alta frecuencia de distorsiones cognitivas con un promedio de 14 veces por semana, siendo las más frecuentes: “Me voy a bloquear y no sabré que decir”, “Ella (mi jefa) sabe más que yo es superior en conocimientos”, “Se dará cuenta que me siento nervioso al hablarle”, y después del tratamiento éstas disminuyen a un promedio de dos a cuatro veces durante la semana.

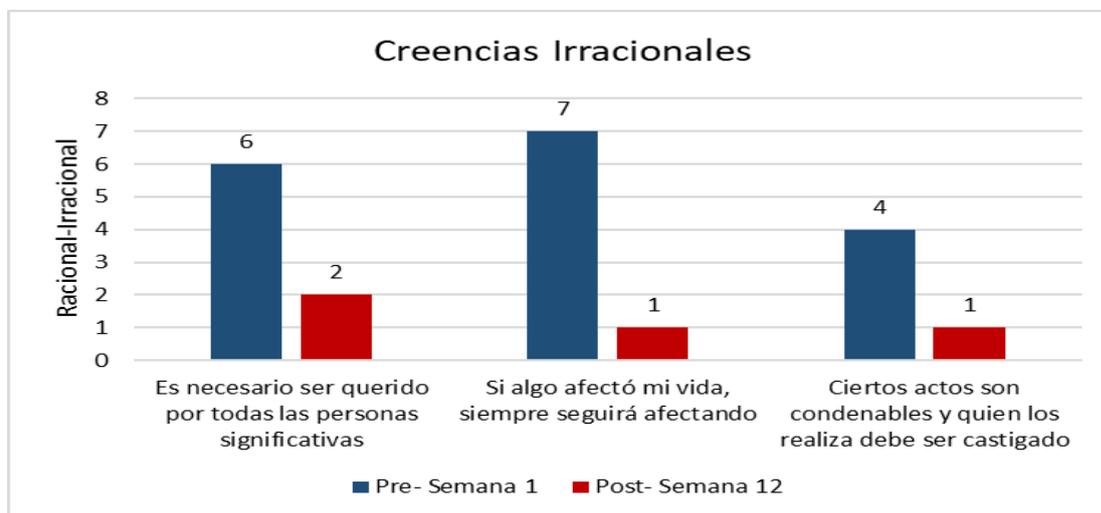
Tabla 15

Puntajes y categorías evaluadas en el Registro de Opiniones- Forma A

Creencia Irracional	Pre	Post
	Semana 1	Semana 12
Es necesario ser querido y aceptado por todas las personas significativas para uno	6 (Irracional)	2 (Racional)
Si un acontecimiento afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	7 (Irracional)	1 (Racional)
Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables y la persona que los realiza debe ser avergonzada y castigada	4 (Tendencia Irracional)	1 (Racional)

Figura 6

Resultados Comparativos de las Creencias Irracionales encontradas en el Registro de Opiniones- Forma A



Nota: En la figura 6 se presentan las creencias irracionales destacadas al iniciar el tratamiento, donde Adrián obtuvo una categoría irracional en la creencia: “Es necesario ser querido y aceptado por todas las personas significativas para uno”, y en la creencia “Si un acontecimiento afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”), y una tendencia irracional en las la creencia: “ciertos actos no solo son malos sino que son condenables y la persona que los realiza debería ser avergonzada y castigada”. Al terminar el programa obtuvo puntajes correspondientes a la categoría racional en estas creencias, lo que significó un cambio y adaptabilidad en su manera de pensar

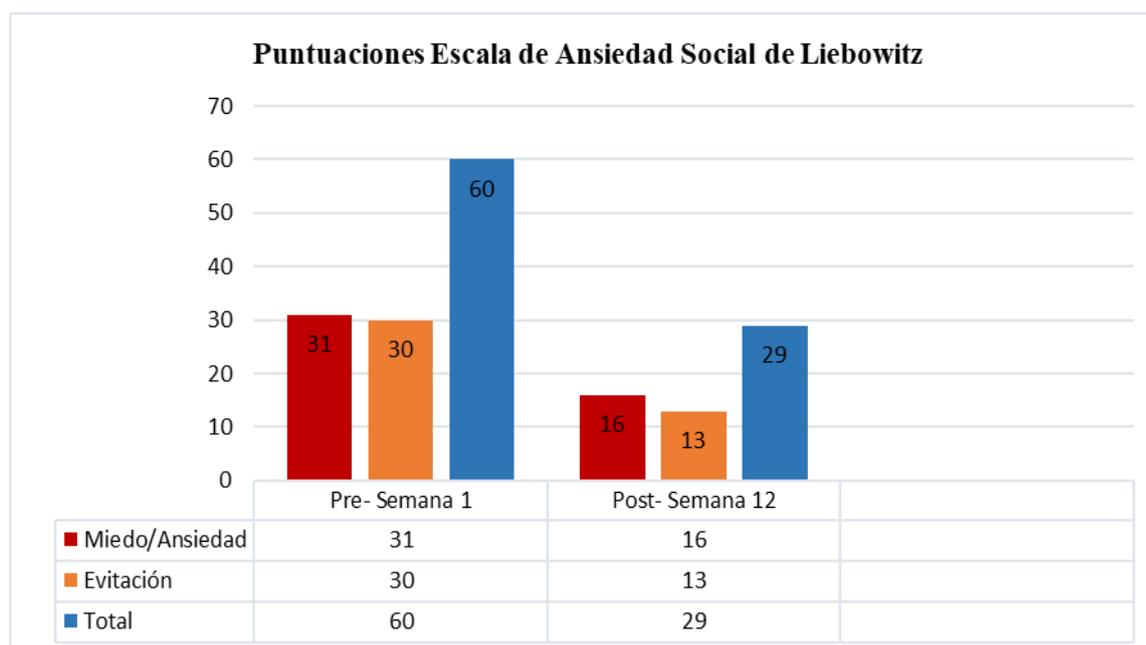
Tabla 16

Puntajes obtenidos en la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Áreas	Pre Semana 1	Post Semana 12
Miedo o ansiedad	31	16
Evitación	30	13
Total	61 = Ansiedad Social Moderada	29 = No se aprecia Ansiedad Social

Figura 7

Resultados Comparativos de las puntuaciones en la Escala de Ansiedad social pre y postratamiento



Nota: En la figura 7, se observa que Adrián obtiene una puntuación total de 61 en la escala mencionada, ubicándolo en una categoría diagnóstica de Ansiedad social moderada, y luego del tratamiento se observa que su puntuación se reduce significativamente a 29, lo cual indica niveles de ansiedad social mínima.

3.2. Discusión de los Resultados

En esta parte se discuten los resultados de la presente intervención de caso, primero se analizará los efectos del programa de la terapia cognitivo conductual, en un varón adulto. Para posteriormente analizar los objetivos específicos referente al caso.

Al abordar el presente caso, se estableció como objetivo general que el usuario sea capaz de participar de manera voluntaria, efectiva y satisfactoria en situaciones sociales, logrando reducir sus respuestas de evitación, así como logró sus niveles de ansiedad social. Al concluir las 12 sesiones del programa de tratamiento, se obtuvo una reducción de los niveles de Ansiedad social, logrando, además, reducir las conductas evitativas frente a situaciones sociales, demostrando la efectividad de la terapia cognitivo conductual. Estos resultados refuerzan lo señalado por Martínez et al.(2019) y Pérez (2002) quienes después de la intervención cognitivo en casos de ansiedad social, lograron una disminución en las subáreas de la ansiedad social, y favorecer el manejo de las situaciones evitadas.; estos resultados también coinciden con los obtenidos por Huertas (2018), quien luego del abordaje cognitivo conductual en un caso de fobia social, demostró una ausencia de sintomatología depresiva, y una disminución significativa de los indicadores de ansiedad de un nivel severo a un nivel normal, siendo este tratamiento efectivo para el abordaje de estos casos.

Con respecto al primer objetivo específico del presente estudio, se logró disminuir las conductas problema ante situaciones sociales, tales como brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público, realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa y postergar el avance con su tesis, mediante la

psicoeducación, entrenamiento en técnica de respiración diafragmática, técnica de relajación progresiva de Jacobson, modelado y auto instrucciones, como se puede apreciar en la Figura 4. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Requena (2019), quien aplicó relajación progresiva de Jacobson y desensibilización sistemática, logrando la disminución de las conductas de evitación en un 80%. Así mismo, estos resultados refuerzan lo obtenido por Sotelo (2018), quien utilizó procedimientos de relajación progresiva y técnicas de exposición, obteniendo como resultado que los síntomas ansiosos y depresivos se redujeran ante la exposición en público, observando cambios en las relaciones sociales del paciente.

En cuanto al segundo objetivo específico, el presente estudio logró modificar y reducir las distorsiones cognitivas tales como: “Me voy a bloquear y no sabré que decir”, “Mis compañeros van a juzgar mi forma de hablar y se burlarán de mí”, “Mi jefa se dará cuenta de que estoy nervioso”, “No debería equivocarme”, “No podré enfrentar al jurado”, “El jurado va a refutar todos mis sustentos” y creencias irracionales tales como “Es necesario ser querido y aceptado por todas las personas significativas para uno”, “Si un acontecimiento afectó fuertemente en algún momento nuestra vida, siempre seguirá afectando”, y “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables y la persona que los realiza debe ser avergonzada y castigada”, empleando la técnica de psicoeducación en el ABC de la conducta, la técnica de reestructuración cognitiva y autoinstrucciones; los resultados señalan que se presentó una reducción en la frecuencia de dichas distorsiones cognitivas como se aprecia en la Figura 5. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Rodríguez (2020), quien aplicó reestructuración cognitiva, identificación y debate de creencias irracionales en un caso de ansiedad social, arrojando como resultado una reducción de las creencias irracionales y de las conductas de evitación. Así también, se coincide con Vidal (2008), quien obtiene una reducción significativa en los sesgos interpretativos en un caso de

ansiedad social, haciendo uso de técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva entre otras.

Por último, en cuanto al último objetivo específico se buscó disminuir los niveles de ansiedad social a través de la técnica de relajación progresiva propuesta por Jacobson y desensibilización sistemática, obteniendo una disminución de ansiedad social moderada hacia niveles de ansiedad social mínima, tal y como se observa en la figura 7. De manera similar que León (2017) quien luego de realizar un tratamiento conductual cognitivo para un caso ansiedad social utilizando técnicas de relajación progresiva de Jacobson, y exposición en vivo, logró que la ansiedad durante la interacción social disminuya considerablemente y se redujera el miedo a la evaluación negativa.

De esta manera, la presente investigación contribuye a comprobar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el abordaje casos de ansiedad social.

IV. CONCLUSIONES

En relación con los objetivos del presente estudio de caso se concluye lo siguiente:

- Al finalizar la intervención cognitivo conductual se logró que el paciente tenga una participación voluntaria, efectiva y satisfactoria en situaciones sociales, reduciendo de esta manera, las respuestas de evitación, y sus niveles de ansiedad social, lo que evidencia la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el abordaje de casos de ansiedad social.
- Se logró disminuir conductas problema ante situaciones sociales tales como brindar excusas como encontrarse mal de la garganta y con tos cuando le piden expresarse en público, realizar pausas reiterativas al expresarse con su jefa y postergar el avance con su tesis, mediante la psicoeducación en la emoción de ansiedad, entrenamiento en habilidades, realización de un horario, autorrefuerzos verbales positivos y análisis de beneficio de coste.
- Se logró modificar las distorsiones cognitivas tales como: “Me voy a bloquear y no sabré que decir”, “Mis compañeros van a juzgar mi forma de hablar y se burlarán de mi”, “Mi jefa se dará cuenta de que estoy nervioso”, “No debería equivocarme”, “No podré enfrentar al jurado”, “El jurado va a refutar todos mis sustentos” y creencias irracionales tales como “Es necesario ser querido y aceptado por todas las personas significativas para uno”, Si un acontecimiento afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”, y “Ciertos actos son malos, y son condenables y la persona que los realiza debe ser avergonzada y castigada”, empleando la técnica de psicoeducación en el ABC de la conducta, la técnica de reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.
- Se logró disminuir los niveles de ansiedad social a través de técnicas de respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson y desensibilización sistemática.

V. RECOMENDACIONES

- Utilizar este modelo de intervención cognitivo conductual con pacientes que posean similares características del caso clínico estudiado, dada la efectividad que demuestra en el abordaje de casos de ansiedad social.
- Replicar el uso de las siguientes técnicas terapéuticas, tales como: psicoeducación en la emoción de ansiedad, entrenamiento en habilidades, realización de un horario, autorrefuerzos verbales positivos y análisis de beneficio de coste, que le permitan al paciente, seguir disminuyendo las conductas problema y sintomatología de la ansiedad social.
- Motivar el ejercicio y la continuidad del uso de las técnicas de psicoeducación en el ABC de la conducta y la técnica de reestructuración cognitiva, dada su efectividad en la modificación de diversas distorsiones cognitivas y creencias irracionales.
- Fortalecer la práctica y uso de las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y desensibilización sistemática, dado que favorecen significativamente, la disminución de los niveles de ansiedad social.
- Realizar un seguimiento mensual y después de seis meses, que permita mantener en el tiempo, los cambios obtenidos por la presente intervención.

VI. REFERENCIAS

- Acosta, R. (2018). *Estudio de caso clínico: Intervención Cognitivo conductual en un caso de Fobia social*. [Tesis de Pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4203/ACOSTA_HR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Antona, C., García, L., Yela, J., Gómez, M., Salgado, A., Delgado, C. y Urchaga, J. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de Ansiedad social. Universidad Pontificia de Salamanca & Universidad de Granada, *Psicología Conductual*, 14(2), 183-200. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Antona_14-2oa-1.pdf
- Bados, A. (2009). *Fobia Social*. Universitat de Barcelona <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Baeza, C., Fenérier, C., Gely, M. (2012). Diferencias en Ansiedad social entre Estudiantes universitarios chilenos y franceses. *Revista Panamericana de Neuropsicología* 6(2), 39-47. <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439643141004.pdf>
- Fiestas, F. y Piazza, M. (2005). Prevalencia de vida y edad de inicio de Trastornos mentales en el Perú Urbano: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental, 2005. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública* 2014; 31(1), 39-47. <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n1/a06v31n1.pdf>
- González, M. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual para un varón adulto con Trastorno de pánico*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4623/Gonzales_Moreno_Miguel_Angel_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Instituto Nacional de Salud Mental (2012). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y Callao – Replicación 2012. *Anales de Salud mental* 29(1), 32-49
<https://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2015). Estudio Epidemiológico de salud mental en Hospitales Regionales 2015. *Anales de salud mental* 35(1), 19-54
<https://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXV%202019%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Regionales.pdf>

Huamán, L. (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a fobia social en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4299/MDhumala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Huertas, L. (2018). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso clínico de fobia social* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres].
 Repositorio Institucional USMP.
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4532>

Kuba, C. (2017). *Relación entre creencias irracionales y ansiedad social en estudiantes de la facultad de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/659/Relaci%c3%b3n_KubaKikuyama_Clara.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- León, M. (2017). Tratamiento cognitivo conductual de la ansiedad social: Un estudio de caso. *Acta Psicológica Peruana*, (2)2, 301-318. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/81/63>
- Malca, J. (2018). *Ansiedad social y pensamientos automáticos en estudiantes universitarios de una institución pública de Lima Metropolitana*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2599/MALCA%20VICENTE%20JESSICA%20DORA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, P. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de casos clínicos en Salud Mental*, 7(1), 63-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323083>
- Mosquera, L. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 50-56. http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5761/Tratamiento_cognitivo-conductual_ansiedad_social_acoso_escolar.pdf?sequence=1&rd=0031309479918858
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (02 de marzo de 2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *La brecha de tratamiento en la región de las Américas*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es

- Orellana, J. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad social en una mujer adulta*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
Repositorio Institucional UNFV.
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4582/Orellana_Coronado_Jacqueline_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Pérez, M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 1(1), 115-138.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=259841>
- Requena, F. (2019). *Intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón adulto*. [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
Repositorio Institucional UNFV.
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3450/UNFV_REQUENA_VILLARREAL_FREDDY_HECTOR_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Grupo Editorial norma.
<https://books.google.com.pe/books?id=zu2BjSmdtwUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Rodríguez, G. (2020). *Terapia cognitivo conductual para un hombre adulto con ansiedad social*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4367>
- Rodríguez, J., y Caballo, E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 483-515.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/05.Olivares-3_11-3r.pdf

Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia.

Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 10(2), 131-156.

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06>

VII. ANEXOS

Programa de Intervención COGNITIVO CONDUCTUAL – CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo A.S.Q.I., en calidad de participante voluntario durante este programa Cognitivo Conductual, me comprometo ante la Lic. psicóloga a:

- Asistir puntualmente a todas las sesiones del programa.
- Cumplir con las tareas asignadas en cada una de sus sesiones.
- Informar con anticipación si por algún motivo no puedo presentarme a la cita.
- Informar a la terapeuta si he decidido dejar de asistir a las sesiones del programa.

Soy consciente de que el incumplimiento a cualquiera de los puntos mencionados, sin que para ello exista un motivo justificado o aviso oportuno, puede ocasionar la suspensión inmediata de la atención.

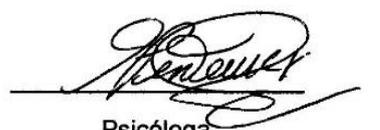
Yo Katherine Teresa Pesantes Vera identificada con DNI 46670580 en calidad de responsable de llevar a cabo este programa de Intervención Cognitivo- Conductual, me comprometo con el usuario a:

- Cumplir con las actividades correspondientes a cada una de las sesiones del programa.
- Utilizar todos mis conocimientos y habilidades para el cumplimiento de los objetivos del programa en pro del bienestar del usuario.
- Informar oportunamente a la paciente (por lo menos 24 horas antes) cualquier eventualidad relacionada con el desarrollo normal de las sesiones del programa (por ejemplo: cancelación o postergación de una sesión).
- Guardar absoluta reserva sobre los datos personales del usuario y sobre la información que proporcione a lo largo de las sesiones.
- Mantener los registros del usuario en un lugar reservado, que garantice la confidencialidad de los datos respectivos.
- Respetar la decisión del usuario si decide abandonar el programa sin repercusiones negativas y aún si ella no quisiese revelar los motivos de dicho retiro.
- Informar al usuario lo que éste considere oportuno sobre las pruebas que se le aplicó y los resultados de su proceso terapéutico.

En forma expresa manifestamos que hemos leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia aceptamos su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

En constancia de lo anterior firmamos este documento.


 Usuario
 A.S.Q.I.


 Psicóloga
 Katherine Pesantes Vera

HOJA DE RESPUESTA DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

Nombre: ASQI.

Instrucciones: Marque con una X en el casillero que corresponda según su respuesta

	SI	NO
1		X
2		X
3		X
4	X	
5	X	
6	X	
7		X
8		X
9		X
10	X	
11		X
12	X	
13	X	

	SI	NO
14	X	
15	X	
16		X
17	X	
18		X
19		X
20	X	
21	X	
22	X	
23	X	
24		X
25		X
26	X	

	SI	NO
27	X	
28	X	
29	X	
30		X
31		X
32	X	
33		X
34		X
35		X
36		X
37		X
38		X
39		X

	SI	NO
40		X
41	X	
42		X
43		X
44	X	
45	X	
46		X
47		X
48	X	
49	X	
50		X
51	X	
52	X	

	SI	NO
53		X
54		X
55		X
56	X	
57	X	
58	X	
59		X
60		X
61	X	
62	X	
63		X
64	X	
65	X	

	SI	NO
66		X
67	X	
68	X	
69	X	
70		X
71		X
72	X	
73	X	
74	X	
75	X	
76		X
77	X	
78		X

P	3	35
E	14	60
N	7	35
L	3	15

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

(Ruiz y Lujan, 1991)

Nombre: _____

A.S.Q.-I

Edad: 32 Fecha: _____

Responda Ud. en función de: Cómo piensa frecuentemente y como piensa en general, no en situaciones concretas

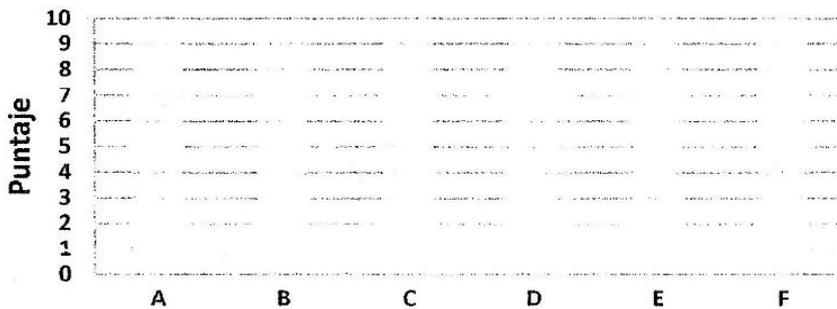
Items	Nunca pienso eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mi	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil.	0	1	2	3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28. No debería cometer estos errores	0	1	2	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil.	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

HOJA DE RESPUESTA DEL REGISTRO DE OPINIONES - "Forma A"

Nombre A.S.Q.I. Edad 32 Fecha _____

A			B			C			D			E			F		
V	1.	(F)	V	2.	(F)	V	3.	(F)	(V)	4.	F	(V)	5.	F	V	6.	(F)
V	7.	(F)	(V)	8.	F	(V)	9.	F	(V)	10.	F	(V)	11.	F	V	12.	(F)
V	13.	(F)	V	14.	(F)	V	15.	(F)	V	16.	(F)	V	17.	(F)	(V)	18.	F
(V)	19.	F	(V)	20.	F	V	21.	(F)	V	22.	(F)	V	23.	(F)	V	24.	(F)
(V)	25.	F	V	26.	(F)	(V)	27.	F	(V)	28.	F	(V)	29.	F	V	30.	(F)
V	31.	(F)	(V)	32.	F	V	33.	(F)	(V)	34.	F	V	35.	(F)	(V)	36.	F
(V)	37.	F	V	38.	(F)	(V)	39.	F	V	40.	(F)	(V)	41.	F	V	42.	(F)
V	43.	(F)	V	44.	(F)	V	45.	(F)	(V)	46.	F	(V)	47.	F	V	48.	(F)
V	49.	(F)	V	50.	(F)	(V)	51.	F	(V)	52.	F	(V)	53.	F	V	54.	(F)
(V)	55.	F	(V)	56.	F	(V)	57.	F	V	58.	(F)	V	59.	(F)	(V)	60.	F
(V)	61.	F	(V)	62.	F	V	63.	(F)	(V)	64.	F	V	65.	(F)			
Total: _____			Total: _____			Total: _____			Total: _____			Total: _____			Total: _____		

GRÁFICO DE BARRAS

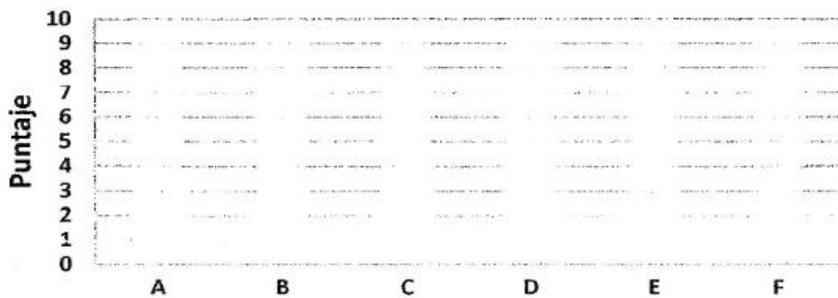


HOJA DE RESPUESTA DEL REGISTRO DE OPINIONES - "Forma A"

Nombre A.S.Q.I. Edad 32 Fecha _____

A			B			C			D			E			F		
<input checked="" type="radio"/> V	1.	F	<input type="radio"/> V	2.	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	3.	F	<input checked="" type="radio"/> V	4..	F	<input checked="" type="radio"/> V	5..	F	<input checked="" type="radio"/> V	6.	F
<input type="radio"/> V	7..	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	8.	F	<input checked="" type="radio"/> V	9.	F	<input checked="" type="radio"/> V	10..	F	<input checked="" type="radio"/> V	11..	F	<input checked="" type="radio"/> V	12.	F
<input type="radio"/> V	13.	<input checked="" type="radio"/> F	<input type="radio"/> V	14.	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	15.	F	<input checked="" type="radio"/> V	16.	F	<input type="radio"/> V	17..	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	18..	F
<input checked="" type="radio"/> V	19..	F	<input checked="" type="radio"/> V	20..	F	<input type="radio"/> V	21.	<input checked="" type="radio"/> F	<input type="radio"/> V	22.	<input checked="" type="radio"/> F	<input type="radio"/> V	23..	<input checked="" type="radio"/> F	<input type="radio"/> V	24..	<input checked="" type="radio"/> F
<input checked="" type="radio"/> V	25..	F	<input type="radio"/> V	26.	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	27..	F	<input checked="" type="radio"/> V	28..	F	<input checked="" type="radio"/> V	29..	F	<input checked="" type="radio"/> V	30.	F
<input checked="" type="radio"/> V	31.	F	<input checked="" type="radio"/> V	32..	F	<input checked="" type="radio"/> V	33.	F	<input checked="" type="radio"/> V	34..	F	<input checked="" type="radio"/> V	35.	F	<input type="radio"/> V	36..	<input checked="" type="radio"/> F
<input checked="" type="radio"/> V	37..	F	<input type="radio"/> V	38.	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	39..	F	<input checked="" type="radio"/> V	40..	F	<input checked="" type="radio"/> V	41..	F	<input checked="" type="radio"/> V	42.	F
<input checked="" type="radio"/> V	43.	F	<input type="radio"/> V	44.	<input checked="" type="radio"/> F	<input type="radio"/> V	45.	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	46..	F	<input type="radio"/> V	47.	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	48.	F
<input checked="" type="radio"/> V	49.	F	<input type="radio"/> V	50.	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	51..	F	<input type="radio"/> V	52..	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	53..	F	<input type="radio"/> V	54.	<input checked="" type="radio"/> F
<input type="radio"/> V	55..	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	56..	F	<input checked="" type="radio"/> V	57..	F	<input type="radio"/> V	58..	<input checked="" type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> V	59..	F	<input checked="" type="radio"/> V	60..	F
<input checked="" type="radio"/> V	61	F	<input checked="" type="radio"/> V	62	F	<input checked="" type="radio"/> V	63	F	<input checked="" type="radio"/> V	64	F	<input type="radio"/> V	65	<input checked="" type="radio"/> F			
Total: ____			Total: ____			Total: ____			Total: ____			Total: ____			Total: ____		

GRÁFICO DE BARRAS



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

A. S. Q. I.

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

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

A.S.Q.I.

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