



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON ANSIEDAD SOCIAL**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

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

**Autora:**

Zeballos Flores, Simiona María

**Asesor:**

Carlos Ventura, David Dionisio  
(ORCID: 0000-0001-7679-6630)

**Jurado:**

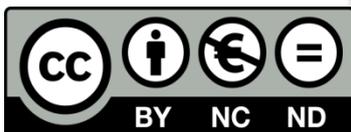
Mendoza Huamán, Vicente  
Del Rosario Pacherras, Orlando  
Casquero Zaidman, Miriam

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

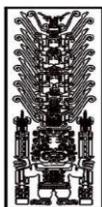
Zeballos, S. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad social*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6191>



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

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

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



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA  
CON ANSIEDAD SOCIAL**

Línea de Investigación: Salud mental

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

**Autora:**

Zeballos Flores, Simiona María

**Asesor:**

Carlos Ventura, David Dionisio

(ORCID: 0000-0001-7679-6630)

**Jurado:**

Mendoza Huamán, Vicente

Del Rosario Pacherras, Orlando

Casquero Zaidman, Miriam

Lima - Perú

2022

## **Pensamientos**

“Las creencias racionales nos  
acercana conseguir buenos  
resultados en el mundo real.

Albert Ellis,

“El conocimiento es un  
antídoto para el miedo”

Gigerenzer

### **Dedicatoria**

Este trabajo lo dedico primero a Dios,

A mi Profesor y a mi querida familia.

### **Agradecimientos**

A cada uno de mis docentes que aportaron a logro de la especialidad de Terapia Cognitivo Conductual de la Facultad de Psicología de la Universidad Federico Villarreal.

A todos mis docentes quienes nos han brindado su sapiencia y contribuyeron a lo largo de nuestra trayectoria académica, en especial a mi asesor, Mg. David Carlos Ventura por su sapiencia en el logro de la ejecución de este gran trabajo

## Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras	x
I. Introducción	1
1.1. Descripción del Problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.2.1. Antecedentes Nacionales	3
1.2.2. Antecedentes Internacionales	6
1.2.3. Bases teóricas científicas	7
1.2.3.1 Definición de ansiedad social	7
1.2.3.2 Etiología de la ansiedad social	9
1.2.3.3 Evitación	9
1.2.3.4 Terapia cognitivo conductual	10
1.2.3.5 Técnicas de reestructuración cognitiva	11
1.2.3.6 Terapia Racional Emotiva Conductual	11
1.2.3.7 Técnicas de la terapia racional	12
1.2.3.8 Técnicas emotivas	13
1.2.3.9 Técnicas conductistas	14

1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación	15
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	15
II. Metodología	16
2.1. Tipo y diseño de investigación	16
2.2. Ámbito temporal y espacial	16
2.3. Variables de la investigación	16
2.3.1 Variable independiente	16
2.3.2 Variable dependiente	16
2.4 Participante	17
2.5 Técnicas e instrumentos	17
2.5.1 Técnicas	17
2.5.2 Instrumentos	18
2.5.3 Evaluación psicológica	20
2.5.4 Evaluación psicométrica	27
2.5.5 Informe psicológico	30
2.6 Intervención	37
2.6.1 Plan de intervención	37
2.6.2 Programa de intervención	40
2.7 Consideraciones éticas	44
III. Resultados	45
3.1 Análisis de los resultados	45
3.2 Discusión de resultados	54

3.3 Seguimiento	59
IV. Conclusiones	60
V. Recomendaciones	61
VI. Referencias	62
VII. Anexos	67

## Índice de Tablas

Tabla 1.	Resultados de la prueba de Matrices Progresivas de Raven	27
Tabla 2.	Diagnóstico tradicional	32
Tabla 3.	Diagnóstico funcional	33
Tabla 4.	Análisis funcional	34
Tabla 5.	Análisis cognitivo	36
Tabla 6.	Línea base de registro de conductas. Fase A	45
Tabla 7.	Frecuencia de la conducta ansiosa	47
Tabla 8.	Registro de frecuencia de pensamientos irracionales Pre y post int.	48
Tabla 9.	Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones	49
Tabla 10.	Resultados comparativos de unidades subjetivas de ansiedad	50
Tabla 11.	Resultados de la prueba de pensamientos automáticos	52
Tabla 12.	Resultados del registro de opiniones de Ellis Pre y post test	52
Tabla 13.	Resultados de la Lista de Chequeos de Habilidades Sociales	53
Tabla 14.	Resultados de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz	54

## Índice de Figuras

Figura 1.	Línea base de registro de conductas	46
Figura 2.	Resultados de frecuencia de conductas pre y post test	47
Figura 3.	Resultados comparativos de la frecuencia de los pensamientos irracionales	48
Figura 4.	Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones	50
Figura 5.	Resultados comparativos de SUD de ansiedad	51

## Resumen

Se presenta el caso de una mujer adulta, de 24 años, quien según el criterio del DSM-V presenta trastorno de ansiedad social. **Objetivo:** Lograr que la examinada confronte situaciones sociales con un performance del 82% a través de la terapia cognitivo conductual, **Método:** diseño experimental utilizado fue el caso único A-B. Para la evaluación de síntomas se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de ansiedad social de Liebowitz, Inventario de pensamientos automáticos, Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein, Cuestionario de personalidad Eysenck y Test de Matrices Progresivas de Raven; se prosiguió con la recolección de datos, elaboración de la línea base utilizando la entrevista conductual, auto registros, registro de opinión de Albert Ellis y el análisis funcional. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo antes y después de la aplicación del programa. El programa cognitivo conductual constó de 14 sesiones, se incluyó técnicas de psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, relajación y relajación de Jacobson, solución de problemas y reestructuración cognitiva. **Resultados:** del programa de tratamiento se evidencian una disminución del 82 % de los síntomas de ansiedad social. **Conclusión:** se comprueba una vez más la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad social.

*Palabras clave:* Ansiedad social, terapia cognitivo conductual, estudio de caso

## Abstract

We present the case of a 24-year-old adult woman who, according to the DSM-V criteria, presents a social anxiety disorder. Objective: To get the examinee to confront social situations with a performance of 82% through cognitive behavioral therapy, Method: experimental design used was the only case A-B. The following instruments were used to assess symptoms: Liebowitz Social Anxiety Scale, Automatic Thoughts Inventory, Goldstein Social Skills Checklist, Eysenck Personality Questionnaire and Raven's Progressive Matrices Test; data collection continued, baseline development using behavioral interview, self-recording, Albert Ellis opinion record and functional analysis. The application of the instruments was carried out before and after the application of the program. The cognitive behavioral program consisted of 12 sessions, including psychoeducation techniques, diaphragmatic breathing training, relaxation and Jacobson's relaxation, problem solving and cognitive restructuring. Results: the treatment program shows a decrease of 82% of the symptoms of social anxiety. Conclusion: the efficacy of cognitive behavioral therapy in social anxiety disorder is confirmed once again.

*Keywords:* Social anxiety, cognitive behavioral therapy, case study

## I. Introducción

Ciertas conductas, como compartir con nuestros compañeros de aula, compartir tareas y vivir momentos agradables, es gratificante, pero por la diversidad de pensamientos, hay personas a quienes no les gusta, porque temen ser juzgadas negativamente. Existen personas que tienen habilidades para lograr expresarse espontáneamente y sin problemas ante una exposición ante muchas personas, pero por temores y pensamientos negativos, también hay personas a quien por el temor a ser evaluadas y juzgadas negativamente les causa molestia no solo fisiológica sino emocional y conductual generándoles pensamientos disfuncionales causándole actitudes evitativas, de escape de la situación ante la presencia de síntomas como es la ansiedad social, todo esto le genera conflictos con ella misma así como con sus relaciones interpersonales, laborales y consigo misma, afectándole en todo su rendimiento laboral así como en todos los momentos y ambientes donde se desenvuelve, con las consecuencias de rechazo por parte de su entorno así como la falta de tolerancia de los demás, lo que le produce un conflicto que, sumados a la conducta ansiosa, empeora su situación con ella misma y con los demás.

El trabajo trata del caso de una mujer de 24 años, quien desde muy joven presentaba dificultad para exponer en público, y tanto el DSM V como la CIE 11, corresponde al trastorno de ansiedad social, el cual perjudica sus interrelaciones con su entorno, vida personal y social en general. Para el desarrollo del caso se dio inicio a través de la evaluación general, la obtención de la línea base, el análisis funcional, y la ejecución del programa, el mismo que se llevó a cabo en 14 sesiones, se aplicó técnicas cognitivo conductuales, que van desde la respiración diafragmática, relajación muscular de Jacobson, reestructuración cognitiva, autoobservación, debate socrático, la imaginación, control encubierto, flecha descendente, asignación de tareas, habilidades sociales; se termina con resultados y conclusiones.

## 1.1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012) la ansiedad, el miedo y la depresión han aumentado a raíz del Covid 19, se estima que 280 millones de personas en todo el mundo sufren algún problema mental, el mismo informe dice que la ansiedad es un problema que perjudica a 350 millones de personas en el mundo y se sitúa en el cuarto lugar que trae como consecuencia algún tipo de discapacidad en la persona que la padece. Por otro lado, se calcula que desde el año 2020 la ansiedad es la segunda causa de incapacidad, perjudicando la calidad de vida de las personas y ocasionando posiblemente problemas mayores como el suicidio, tal vez debido a que la persona no es capaz de superar el problema por el que se encuentra pasando debido a que le también se acompaña con ataques de pánico, lo que le produce desesperación, pensamientos suicidas y más adelante llegar al suicidio porque se siente incomprendido, rechazado y con temores infundados.

Con respecto a la ansiedad social, en el ámbito epidemiológico este problema de salud mental es el tercer trastorno psicológico con mayor prevalencia, tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol Asociación Psiquiátrica Americana [APA] (2000). Según Bados (2001a) el 4,5% de las pacientes adultas sufren ansiedad social y el 9,5% la tienen o la han sufrido en su vida. Asimismo, la prevalencia de trastornos de ansiedad social en Latinoamérica se evidencia un 7.9% en Brasil, 4.07% en Medellín; siendo más significativa en mujeres que en los varones, encontrándose Perú en el segundo lugar de prevalencia dentro de este tipo de trastornos (Muñoz-Murillo y Alpizar-Rodríguez, 2016), agregan que el 7% de la población también lo sufre, a la vez que acompaña las características y consecuencias de este tipo produce sufrimiento en quien lo sufre, las personas que pasan por estos momentos también hacen sufrir a la familia.

Por otro lado, se obtiene que la investigación sobre la evaluación y el tratamiento de la ansiedad social en población adulta se incrementó de forma sobresaliente desde su

consideración como entidad diagnóstica (APA, 2000). Siendo las técnicas empíricamente validadas y habitualmente utilizadas en el tratamiento de la ansiedad social: el entrenamiento en habilidades sociales, la exposición y reestructuración cognitiva, y a la atención plena entre otros (Caballo, et al. 2014).

En este sentido, las investigaciones que se vienen desarrollando sobre el tema impulsa una mayor investigación para así evitar complicaciones, por lo tanto, en nuestro contexto es necesario continuar contribuyendo en la intervención de este trastorno en beneficio de la población y en ampliar estrategias de intervención. Es así como en el presente trabajo académico se plantean los antecedentes, conceptos de la ansiedad social y sus características, se ha trabajado de acuerdo con el modelo cognitivo conductual, los pasos y su efectividad en la paciente. Luego se expone el caso, el informe psicológico, el programa de intervención, los resultados, conclusiones y recomendaciones.

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes Nacionales***

Luego de realizar una exhaustiva revisión en base de datos científicos, tales como Ebsco, Procur, Prequest, Redalib, Scielo, y repositorios de universidades Villarreal, San Marcos y otros se ha podido obtener los siguientes antecedentes que abordan directa e indirectamente la variable estudiada, donde se corrobora la eficacia de la terapia Cognitiva Conductual en los problemas de ansiedad social y otros trastornos, se presenta algunos antecedentes que se encontró.

Orellana (2020) realizó una investigación experimental denominada Intervención Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en una paciente de 26 años la cual presentó un trastorno de ansiedad social. El objetivo general fue disminuir la sintomatología de la ansiedad social. Se llevó a cabo durante 16 sesiones, el instrumento utilizado fue el Inventario de personalidad NEO-PIR. Las técnicas usadas fue la entrevista psicológica, la

psicoeducación, entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson, entrenamiento en habilidades sociales, exposición con evitación en respuesta, reestructuración cognitiva. Se evidenció en el resultado comparativo pre y post test mejoría en sus pensamientos que le causaban la ansiedad, se utilizó el diseño experimental aplicado (Kerlinger, 2002) con diseño de un caso único. Las conclusiones señalan que hubo mejoría disminuyendo los pensamientos que le causaban ansiedad, es decir la terapia cognitiva conductual fue efectiva.

Rodríguez (2020) hizo un estudio sobre la terapia cognitivo conductual con un hombre adulto de 26 años que cuenta con estudios superiores cuyo diagnóstico fue de ansiedad social, el objetivo general fue que la persona logre confrontar situaciones sociales de manera funcional. El programa constó de 17 sesiones, se utilizó el inventario de Ellis, el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan y la escala social de Liebowitz, las técnicas aplicadas fueron psicoeducación, TREC, debate de creencias irracionales y otros. Los resultados evidenciaron la disminución de las creencias irracionales y conductas de evitación, con lo que demostró una vez más sobre la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual. El diseño fue experimental de caso único con diseño A-B-A. Las conclusiones señalan que hubo mejoría, disminuyeron las creencias irracionales que le causaban ansiedad y evitación, mejoraron sus habilidades sociales, hubo mejor seguridad en la toma de decisiones, su entorno lo empezó a aceptar y así logró un mejor rendimiento y mayor aceptación de sus superiores.

Requena (2019) realizó un estudio de intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón de 38 años que tenía problemas de interacciones sociales, cuyo objetivo general fue enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público, reducir respuestas de escape, miedo y evitación. Se realizaron 11 sesiones, los instrumentos utilizados fueron el Registro de Opiniones-Forma A, el Test de pensamientos automáticos, y la Escala

de ansiedad de Zung, se utilizaron técnicas conductuales como la exposición en vivo, relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento en relajación diferencial, desensibilización sistemática, detención del pensamiento, TREC, se obtuvieron resultados satisfactorios al 80%, se mejoró la interacción social, se modificó pensamientos negativos y creencias irracionales, se utilizó el diseño experimental de caso único multicondicional tipo A-B-A. Las conclusiones señalan que hubo mejoría porque mejoró su interacción social y modificó sus pensamientos negativos.

Pacheco (2018) en una investigación de un estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo conductual para un caso de Fobia Social, en una mujer de 25 años, quien presentaba temor frente a exposiciones sociales específicas como exponer en la universidad, hablar con personas nuevas o con grupos numerosos de personas. El objetivo fue modificar el sistema de creencias disfuncionales. Constó de 15 sesiones. El instrumento utilizado fue la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), las técnicas fueron la psicoeducación, escucha activa, dialogo expositivo, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, modelado, ensayo conductual, exposición gradual. Tuvo resultados satisfactorios, utilizo el diseño Caso único. Las conclusiones señalan que hubo mejoría porque disminuyeron los pensamientos que le causaban ansiedad.

Acosta (2018) realizó un programa de intervención Cognitivo Condutal en un caso de fobia social en una usuaria de 21 años, quien cursaba estudio superior técnico. El objetivo general es identificar y modificar pensamientos distorsionados. Consistió en sesiones, Los instrumentos que se utilizó fueron el STAI, Inventario de depresión IDB-II, de Beck, Inventario Millon, cuestionario sobre la historia de la vida por Lazarus; se utilizaron técnicas de psicoeducación, relajación, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales, en los resultados la usuaria logro retomar sus actividades académicas e integro un grupo de amigos, estos se evidenciaron a través del pretest y post test. El diseño que se utilizó es caso

único clínico. Las conclusiones señalan que hubo mejoría porque la paciente logro integrar grupo de amigos y sus actividades académicas.

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

Martínez et al. (2019), en un trabajo llevado a cabo en España, trabajó con un caso de trastorno de ansiedad social en una mujer de 22 años con diagnóstico de fobia social. El objetivo general fue disminuir síntomas de ansiedad social. Se desarrolló en 16 sesiones, los instrumentos utilizados fueron el inventario de 90 síntomas (SCL-90R), Cuestionario de Goldberg, la escala breve de Fobia Social (BSPS). Se utilizó el diseño A-B-C, la técnica utilizada fue la reestructuración cognitiva y el debate socrático. En los resultados de evaluación postratamiento fue favorable por la disminución de los síntomas de ansiedad social, reportaron que hubo disminución de los pensamientos que le causaban fobia social.

Sotelo (2018), en Colombia, realizó un estudio sobre fobia social y terapia cognitiva, que en una persona de sexo femenina de 17 años que vive con sus padres. El objetivo general fue disminuir los niveles de ansiedad, la terapia fue de 18 sesiones, los instrumentos utilizados fueron el inventario de ansiedad y fobia social, escala de ansiedad-evitación social y entrevista clínica, se utilizó la técnica de relajación progresiva, las técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento asertivo y técnicas de exposición. El tratamiento redujo los síntomas ansiosos y depresivos, se evidenciaron cambios frente a la exposición en público y la interacción social por lo que se demostró la eficacia de la terapia cognitivo-conductual. La investigadora empleo el diseño A-B-A. Las conclusiones señalan que hubo mejoría porque redujo síntomas ansiosos y logro exponer en público e integrar grupos de amigos.

Investigaciones llevadas a cabo en la ciudad de México, sobre ansiedad y conductas autodestructivas en una adolescente de 16 años, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad, constó de 12 sesiones. Utilizó técnicas conductuales de respiración, exposición imaginaria y de exposición, psicoeducación, distracción del pensamiento, flecha descendente,

ascendente, pruebas de realidad, Auto instrucciones, solución de problemas. Los resultados mostraron disminución de los niveles de ansiedad, lo que demostró que la aplicación de terapia cognitiva conductual fue efectiva. El diseño tuvo un enfoque mixto secuencial, predominante cualitativo (Marín, 2015).

Castro (2018), en Venezuela, realizó una investigación sobre la influencia del Mindfulness sobre la Ansiedad y la Depresión en 30 Estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello, entre los 16 a 25 años, el objetivo general fue investigar la influencia del mindfulness sobre la ansiedad y depresión; los instrumentos utilizados fueron Shapiro-Wilk IDARE (Inventario de ansiedad rasgo-estado) BDI-II, pre y post test las técnicas empleadas es el Mindfulness. El diseño de investigación fue cuantitativa, cuasi experimental. Los resultados obtenidos demostraron que el mindfulness es efectivo para disminuir los síntomas de la ansiedad.

Marín, et al. (2015), en México, realizaron un estudio sobre: Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. El objetivo fue determinar la prevalencia de la sintomatología de ansiedad social, planteando un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Se trabajó con un solo sujeto, utilizando como instrumento el Inventario de Fobia Social, el test de Discriminación del Alcoholismo de Michigan. El resultado fue que existe una prevalencia de 15.4%, no encontrando una dependencia entre la sintomatología de ansiedad y factores evaluados. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

### ***1.2.3. Bases teóricas científicas***

**1.2.3.1. Definición de ansiedad social.** La ansiedad es parte de la vida del ser humano como respuesta adaptativa, sin embargo, cuando esta es insana y afecta la integridad de una persona, es necesario intervenir para prevenir un problema personal y/o social. Según el diccionario de la Academia de la Real Academia Española la ansiedad proviene del latín

anxietas, que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. La ansiedad social es una respuesta inadecuada, la cual se da cuando la persona se siente susceptible ante la posible evaluación negativa y rechazo de los demás, implicando esto emociones de humillación y vergüenza (Bados, 2009).

Según la APA (2000) la ansiedad social es el miedo insistente ante determinada situación social, como hablar en público donde la persona está expuesta ante sujetos ajenos a ellos, que no son su familia y tiene temor a ser evaluada por los mismos. Los indicadores para el diagnóstico son:

- Psicológicos, comportamentales o vegetativos, los cuales son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias como ser ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- La situación social es evitada, cuando ello es posible.

A través de la historia las ansiedades han sido expresadas por filósofos, líderes religiosos, como los médicos y científicos sociales con intervenciones que pueden resolver la problemática de la humanidad. Actualmente los sucesos graves, los desastres naturales o delincuenciales, la violencia, terrorismo generan miedo y ansiedad que muchas veces dejan impactos en la salud mental de las personas.

Según la Teoría de los dos factores, se menciona que la adquisición y mantenimiento de los síntomas de la ansiedad social son respuestas condicionadas, resultado de las asociaciones de estímulos condicionados y una experiencia negativa en su vida, cuando se adquiere este diagnóstico, es la evitación lo que mantiene el problema en sí, ya que con esta actitud la paciente reduce su ansiedad (Caballo et al., 2014).

Virgen et al. (2005) refieren que la ansiedad social es un temor exagerado que surge a partir de una actuación o exposición ante personas que no conoce donde se ve expuesta ante una posible evaluación de personas que no pertenecen al ámbito familiar, la persona teme

actuar de un modo que sea humillante o embarazoso, sienten ansiedad cuando tienen que actuar en público sienten malestar y evitan, sienten un miedo exagerado a ser juzgados negativamente y pasar vergüenza y humillación, lo que puede convertirse en crónico.

La Organización Mundial de la Salud (2020), haciendo referencia al CIE 11, en relación con los trastornos de ansiedad, reporta que quien la padece se caracterizan porque las personas tienen palpitaciones, temblor, boca seca, dolor de cabeza o calambres en el estómago, no pueden controlar sus preocupaciones, dificultades para relajarse, se sienten inquietos, temor a que algo terrible les pueda suceder. Esta preocupación los puede llevar a tener sentimientos de inutilidad, desconfianza de sí mismos. Con frecuencia tienen ataques de pánico. Todo esto los lleva a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda especializada porque tienen temor a que algo les pueda suceder y que los pueda llevar a la muerte.

**1.2.3.2. Etiología de la Ansiedad Social.** Caballo et al. (2014) mencionan que la etiología de la ansiedad social es dos:

- **Variable biológica.** Según estudios realizados a gemelos evidencian una moderada intervención de la genética para el inicio de los trastornos de ansiedad social. Otros aspectos biológicos que intervienen son la vulnerabilidad del sistema nervioso autónomo, el temperamento y la inhibición conductual.
- **Variable ambiental y de aprendizaje.** Las variables ambientales y de aprendizaje que propician el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad social son: Tiempos largos de separación de los progenitores durante la infancia o adolescencia. Pérdida de una relación íntima con algún adulto, especialmente en varones. Casos de psicopatología de los progenitores, principalmente fobia social. Haber padecido abuso sexual, escolar, etc.

**1.2.3.3. Evitación.** Significa evitar exponerse y participar ante situaciones sociales, no quiere ser el centro de atención, ni exponerse a críticas, esto lo consigue a través de conductas

defensivas. buscando seguridad ante supuestas amenazas y de esta manera evitando disminuye la ansiedad. Si no logra evitar surgen actitudes como tartamudeo, incoherencias, disminución del volumen de voz, muecas faciales, etc. (Bados, 2001a). Según Huamán (2014) Manifiesta que la afectada se da cuenta que esa sensación no es razonable, sin embargo, escapa a su voluntad y le cuesta dominarlo, causándole sufrimiento e inconvenientes en su vida diaria. Las causas más importantes son:

**A. Origen traumático.** La persona vivió una experiencia negativa muy intensa en relación con hablar en público u otra situación asociada que tuvieron características comunes ya sea en primera persona o por lo aprendió por observación.

**B. Por un nivel bajo de autoestima.** Algunas personas se han formado desde su niñez con ciertas creencias relacionadas a su baja Valía y que no le dan importancia de lo que ellos pueden aportar, aprendieron creencias como “Se van a reír de mi porque tengo defectos”.

**C. Por exceso de autoexigencia.** Estas personas tienen un alto grado de exigencia, generalmente son perfeccionistas, muchas veces no toleran ningún error, temen el juicio crítico que los demás le pueden hacer ante la exposición en público.

**1.2.3.4. Terapia cognitivo conductual (variable independiente).** Caballo (2002) manifiesta que la teoría cognitiva conductual en la práctica ayuda a disminuir pensamientos negativos y como consecuencia también disminuyen emociones y conductas disfuncionales. Enseñando así nuevos conocimientos a las personas brindando experiencias de aprendizaje más funcionales. El terapeuta actúa como entrenador, enseñando a la paciente nuevas habilidades para que enfrenten su ansiedad en lugar de evitarlas. Para el tratamiento de la ansiedad social, la teoría Cognitivo conductual se justifica en la idea de que los pensamientos irracionales o distorsionados aumentan la ansiedad. Este modelo se basa en las siguientes ideas:

- La persona siente tal como piensa
- Cuando se halla ansiosa, se está autoengañando.

- Cuando modifique sus pensamientos, podrá modificar su manera de sentir.

Las cualidades de la terapia cognitivo conductual son:

- Los pensamientos son causa de distorsiones.
- Es necesario ejecutar análisis funcional del caso y estudiar sus variables
- Es necesario la comprobación empírica
- Se utilizan procedimientos conductuales y cognitivos con el fin de cambiar el aspecto cognitivo.
- En la terapia existe trabajo activo entre terapeuta y paciente.

La terapia cognitiva conductual implica cambiar la forma cómo piensa “cognitivo”, y como actúa conductualmente, estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. Se centra en problemas y dificultades de aquí y ahora, ayuda a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas, esto ayuda a que estas partes están conectadas entre sí como le afectan en su situación problema. Se utiliza la desensibilización sistemática, que en relación a otras técnicas de exposición, son de gran aceptación y validez para el tratamiento en la disminución de la ansiedad social. También son de gran utilidad las técnicas de relajación, porque tienen un procedimiento más flexible y también posee bases teóricas consolidadas (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

**1.2.3.5. Técnicas de reestructuración cognitiva.** El propósito primordial es la captación y modificación de las cogniciones que prolongan la enfermedad, esta técnica analiza la coherencia de los pensamientos y creencias ayudando a concientizar a la persona a pensar de manera más funcional o correcta. Tanto las terapias de Beck y Ellis sostienen un tratamiento ordenado y pautado (Ellis, 1999).

**1.2.3.6. Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC).** Albert Ellis es fundador y primer representante de la Terapia Cognitivo Conductual, quien en 1956 presentó su teoría llamada Terapia Racional, donde manifiesta que el cambio de creencias irracionales también

trae como consecuencia la modificación en las emociones y conductas. Así es como el método ABC a través de su práctica, indican los pasos terapéuticos para solucionar este trastorno, cambiando sus creencias distorsionadas sobre el mismo, sobre las personas y del mundo a través de la terapia a creencias más racionales y lógicas (Ellis, 1999).

#### **1.2.3.7. Técnicas de la Terapia Racional.** Tenemos lo siguiente:

**A. La refutación: es confrontativa.** Es confrontativa, consiste en contradecir mostrar oposición u objetar un pensamiento irracional; esta técnica es más eficaz para pacientes cuestionadores, y más racionales, y a través de este a través de la contradicción, se dará cuenta al final que ha estado creyendo en algo que no tiene base, así el mismo empezara a abandonar sus pensamientos irracionales.

- **La discriminación.** Se le ayuda a distinguir los valores no absolutos y los absolutos del concepto. Esta técnica le ayudara a diferenciar a analizar los esquemas de catastrofismo, baja tolerancia o condena, se le da las dos opciones. Ej.: necesito ser amada significa que es algo indispensable del que depende su vida, que no puedes dejar de hacerlo?; pero si dijeras me gustaría ser amada, entiendo que es algo que te agradecería en una alta escala de 0 10, talvez 10, lo máximo de preferencia de agrado, pero que si no, entiendo pues que como te gustaría a veces no se consigue, como cuando pasas una tienda y ves unos zapatos hermosos y tú dices “guau, me gustaría tenerlo, pero tú no te metes rompes la vitrina y te lo llevas no?, tu entiendes que no tienes dinero, te resignas y sigues viviendo, en el caso del amor entiendo que a veces nos gustaría ser amado, pero no por eso pues agarras un puñal o te tiras al piso y lo besas los pies a alguien para que te ame o si?, y entonces despuésde esta explicación a ti te gustaría ser amada o necesitas ser amada?
- **La definición.** Se le invita a darse cuenta, le hago ver lo irracional y el me da la respuesta, a tener un lenguaje menos dogmático mediante la redefinición del

concepto. ¿Consiste en detectar el pensamiento irracional, ayudar al cliente que tome conciencia de su irracionalidad e invitarlo a que lo reelabore, lo redefina, a que lo explique de otra forma, esta técnica tiene un punto medio, esto que dices que es algo irracional, el mismo debe decirlo, es el cliente quien tiene que reelaborar buscando un lenguaje relativo, menos exigente y más preferencial, ej. Necesito que me amen, te das cuenta de que ese pensamiento es irracional como lo dirías?

- **Proyección en el tiempo.** Se ayuda a visualizar al paciente lo que sucedería a futuro lo que le perturba. Se imagina su vida con esa ansiedad después a los 40, ¿o 50 o 70 años?, Cuantos años se ve sufriendo por esa ansiedad?, ¿5, 10 años?, y los invito a ver esa cortina, se ayuda al paciente a mirar el futuro.
- **La referencia o descripción.** Se anima a hacer una lista de las características positivas y negativas de un concepto. Se le invita a realizar una lista de las cosas negativas que le ha sucedido, luego las positivas. Se le ayuda a ver y que el mismo hable y se dé cuenta que no todo le salió mal sino también el manifiesta las buenas y que no fue todo como él dice.

**1.2.3.8. Técnicas emotivas.** Según Ellis (1999) manifiesta que también son necesarios estrategias emotivas para reforzar el cambio, estas técnicas ya no son para pensar sino más para sentir. Son estrategias que no buscan la concientización sino más a la sensibilización, al conectar con las emociones para generar cambios.

- **El Humor.** Se analiza lo irracional de sus pensamientos mediante el humor. Se busca utilizar chistes, bromas, sarcasmos, ironía, vinculados con la problemática, se busca ridiculizar su postura irracional, hacerle ver con un toque de humor, de sarcasmo de ironía lo ridículo de su pensamiento. Se le puede realizar a personas que, si lo asuman, no a personas sensibles. Por ej. Todos los hombres son iguales, ¿has estado con todos...? Si tú lo dices con todos, Qué tal jale, ya quisiera yo tener tu jale.

- **El autodescubrimiento.** Busca promover el darse cuenta o también llamado “insigth” de sus pensamientos irracionales. La persona se dará cuenta y asimilará el error de su actitud.
- **Las ilustraciones.** Busca que comprenda de su problemática irracional a través contacto con experiencias externas. Mas que apelar al verbo se busca que el paciente entienda a través de ejemplos.

**1.2.3.9. Técnicas conductistas.** Ellis (2004) Menciona algunos tipos de técnicas conductistas: Desensibilización en vivo. El objetivo es que la persona se exponga a experiencias que dan temor excesivo, y que concientice gradualmente de que no son las situaciones los que causan su miedo, sino que sus pensamientos irracionales la causa de esta. Entre las principales tenemos:

- **Autoafirmaciones.** Después que la persona logro adquirir creencias racionales, se le enseña autoafirmaciones, las cuales consiste en repetir oraciones objetivas y alentadoras.
- **Entrenamiento en Habilidades Sociales.** Ellis (2004) manifiesta que parte de la intervención cognitiva conductual son el entrenamiento en las habilidades sociales donde se practica dichas técnicas con el objetivo de mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales.

### 1.3. Objetivos

#### 1.3.1. *Objetivo general*

Disminuir los niveles de ansiedad utilizando técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad social.

#### 1.3.2. *Objetivos específicos*

- Psico educar a la paciente en el modelo Cognitivo Conductual sobre la ansiedad social
- Disminuir la conducta de evitar y postergar las exposiciones en el aula a través

desensibilización sistemática.

- Modificar distorsiones cognitivas y creencias irracionales en una mujer adulta con ansiedad social a través de la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad y el temor en situaciones sociales evitativas a través de la aplicación de la técnica de relajación y desensibilización sistemática.
- Incrementar las conductas de interacción social en una mujer adulta con ansiedad social a través de técnicas de modelado o automodelado.

#### **1.4. Justificación**

La investigación sobre la ansiedad social en el Perú es escasa, siendo que este es un problema común a nivel mundial. La problemática de interés abordada en este trabajo es la variable ansiedad social que puede ser definida como el malestar generado a una persona en diversas situaciones sociales que involucran interacciones con los demás, se presenta una situación de evaluación o ser juzgado por los demás. Por tal motivo se ha considerado abordar el caso bajo el enfoque cognitivo Conductual cuya eficacia ha sido demostrado en múltiples investigaciones, en tal sentido este trabajo será de utilidad para los Psicólogos clínicos en su práctica diaria, pues podrá ser usada como protocolo de intervención.

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

El impacto del trastorno de ansiedad social en un individuo puede ser enorme afectando su esfera cognitiva, emotiva y conductual, así como de su contexto. El presente trabajo académico al cumplir con los objetivos establecidos permitirá una mejoría significativa en el tipo de vida del paciente. Así, muchas personas con la misma sintomatología pueden ser beneficiada con el programa cognitivo conductual y las estrategias o técnicas utilizadas en este estudio, así mismo ayudara a la usuaria a concientizar los beneficios de las técnicas y así desenvolverse de manera más funcional.

## **II. Metodología**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

El tipo de investigación es práctico ya que incorpora conocimientos de la investigación básica para aplicarlos con el objetivo de aumentar la calidad del fenómeno en estudio según Kerlinger (2002). El diseño de la presente investigación es experimental (preexperimental) porque el estudio busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de ansiedad social (Hernández et al., 2014). Se utilizó el modelo A-B, en donde la fase A es la de evaluación y la fase B es la de intervención, donde se utilizó la Teoría Cognitivo-Conductual aplicando técnicas de afrontamiento como reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y habilidades sociales. Se realizó el pretest y postest (Montero & León, 2007).

### **2.2. Ámbito temporal y espacial**

El periodo de estudio se realizó entre mayo y noviembre del año 2021 y el ámbito sujeto de investigación es un consultorio particular de los olivos.

### **2.3. Variables de investigación**

#### ***2.3.1 Variable independiente***

La variable independiente fue la aplicación del programa de intervención de la terapia cognitivo conductual, al respecto, Lega et al. (2002) han encontrado que esta terapia tiene efectividad en la disminución de este tipo de conductas, las referidas a la ansiedad, específicamente en las fobias, utilizando también, las técnicas conductuales. Combinando con la desensibilización, relajación y enfrentándose al estímulo que produce la respuesta fóbica y que interviene en el pensamiento, también son una terapia efectiva. Es así que la combinación de lo conductual con lo cognitivo tiene buenos efectos.

#### ***2.3.2. Variable dependiente***

La variable dependiente es la ansiedad social, es la respuesta Soledad ante la aplicación

del programa de intervención; es decir, es la respuesta fóbica durante y después de la aplicación del programa, la misma que disminuirá y se verificará en el resultado de los instrumentos aplicados y en las respuestas que Soledad nos irá dando a través, y al final, de la intervención. Se espera una disminución de la conducta que le genera malestar y dificultades con su entorno.

#### **2.4. Participante**

Nombre : Soledad G. F.  
Género : femenino  
Edad : 24 años  
Estado civil : conviviente  
Número de hijos : 1  
Número de hermanos : hija única  
Lugar de nacimiento : Cajamarca  
Grado de instrucción : técnica  
Ocupación : empleada en un centro comercial  
Dirección : los Olivos - Lima

#### **2.5. Técnicas e instrumentos utilizados**

##### **2.5.1. Técnicas**

Se ha utilizado la entrevista y observación. La primera ha permitido obtener datos que ayudaron a explicar mejor el comportamiento fóbico, a recaudar datos tanto personales, familiares, laborales y de su entorno en general para determinar las principales causas y el origen del problema que la afecta. Del mismo modo, la observación complementa lo que deseamos conocer porque a veces la persona verbaliza un hecho, pero en la práctica se observa que no es así; por eso, la observación nos permite visibilizar las respuestas de ansiedad, o de tranquilidad, de Soledad (Van Dalen y Meyer, 1981). Todo esto se complementó con la Psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, relajación de Jacobson,

desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, discriminación, autoobservación, parada de pensamiento, proyección en el tiempo, referencia o descripción, autoafirmaciones y entrenamiento en habilidades sociales.

### **2.5.2. Instrumentos**

Los instrumentos fueron: Test de matrices progresivas Escala general de Raven, cuestionario de personalidad de Eysenck, inventario de pensamientos automáticos de Beck, registro de opiniones de Ellis, lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein y escala de ansiedad social de Liebowitz.

#### **1. Test de Raven**

Fue creado por J.C. Raven, con la finalidad de medir el coeficiente intelectual, consiste en describir las piezas faltantes en laminas preimpresas, para de esta manera medir sus habilidades y el razonamiento analógico, se aplica de forma individual y colectiva a personas de 12 a 65 años, dura aproximadamente 60 minutos, consta de 60 ítems tiene una validez de 0.86 y tiene una confiabilidad de 0.83 a 0.93 a través del Alpha de Cronbach.

#### **2. Cuestionario de personalidad de Eysenck forma B adultos**

Fue creado por Eysenck, también fue adaptada en español por Géneros Orter, su utilización es colectiva e individual, a mayores de 16 años, dura de 15 a 30 minutos, consta de 83 ítems, dicotómicos si – no, esta prueba evalúa Extraversión, Introversión, escala de Neuroticismo, Psicoticismo y una escala L que decide si la prueba es válida o no. Presenta Fiabilidad en sus escalas N, P, E y L el cual se obtuvo a través del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach. Con un valor de 0.71 0.86 y las correlaciones entre ambas escalas no superan el 0,20.

#### **3. Inventario de Pensamientos automáticos**

Esta prueba fue desarrollada por Beck y adaptada por Ruiz y Lujan, evalúa pensamientos distorsionados, dura aproximadamente 15 minutos, es individual y colectiva,

se aplica a partir de los 15 años, esta prueba está compuesta por 45 ítems, y se presentan en una escala de 0 a 3. Fue elaborado por Ruiz. Tiene una calificación tipo Likert de 0 a 3. Tiene una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático suele indicar que está afectando en la actualidad a la persona considerablemente. La fiabilidad se valoró calculado el índice de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach, donde el total es ,955. Además, en el proceso del estudio se retiró al pensamiento automático falacia de control debido a su baja consistencia (.475).

#### **4. Ficha técnica de Registro de opiniones de Ellis**

El registro de opiniones e inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis se aplica a partir de los 15 años, la duración es de 20 a 50 minutos, de forma individual o colectiva está compuesto por 10 escalas, evalúa 10 creencias irracionales, se hizo la validez de contenido por criterio de expertos o jueces quienes validaron los ítems de cada creencia irracional, de esta manera solo ítems que fueron validados ingresaron al tratamiento estadístico de la confiabilidad.

#### **5. Lista de chequeo de Habilidades sociales de Goldstein**

Fue creado por Arnold P. Goldstein, inicialmente traducida por rosa Vásquez en 1983 y posteriormente la versión final traducida en nuestro medio en 1983 por Ambrosio y Tomas Rojas en (1994-1995); siendo validado y estandarizado por ambos en 1994 - 1995. En cuanto a su aplicación es individual y colectiva, a partir de los 12 años en adelante; con un tiempo aproximadamente de 15 minutos, presenta 6 tipos de habilidades. Compuesta por 50 frases las cuales están asociadas a la valoración que se tiene de cada habilidad basándose en la conducta personal frente a distintas situaciones. Respecto a la validez y confiabilidad, el análisis de ítems de la prueba de Habilidades Sociales tiene correlaciones significativas ( $p < .05$ ,  $0.1$  y  $0.001$ ), la validez de constructo de la escala fue determinada por el criterio de jueces, basado en la experiencia de Goldstein y sus colaboradores en sus estudios

de niños en edad preescolar y escolar. Su criterio se basa en el factor x de aprendizaje social esperado para la etapa escolar para el primer Nivel (5 a 8 años). Por otro lado, prueba test-retest fue calculada mediante el coeficiente de correlación Producto-momento de Pearson, obteniéndose una "r" = 0.6137 y una "t" = 3.011, la cual es muy significativa al  $p < .01$ . El tiempo entre la prueba y el re-test fue de 4 meses. Contra propósitos de aumentar la precisión de la confiabilidad se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach, de consistencia interna, obteniéndose Alpha Total "rtt" = 0.9244. Finalmente, todos estos valores demostraron la precisión y estabilidad de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein.

## **6. Escala de ansiedad Social Liebowitz**

Fue creada M. R. Liebowitz, en el año 1987, adaptado posteriormente en el año de 1999 por Bobes, J. Esta prueba evalúa el grado de ansiedad o miedo y frecuencia de evitación ante situaciones sociales, es aplicable a partir de la edad de 17 años hasta los 65 años de manera individual y colectiva, con un tiempo de 15 minutos aproximadamente. Consta de 24 preguntas de puntuación entre 0 a 3, y la frecuencia de la evitación, la puntuación máxima es 144, y la mínima 0. Sus puntuaciones indican una confiabilidad en las dos subescalas, miedo o ansiedad con el alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.894$ ) y evitación con alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.880$ ) por lo que poseen una confiabilidad muy buena; además se evidenció una medida de validez de constructo en las subescalas, miedo o ansiedad, con un valor de correlación de 0.954 y 0.929 y evitación con un valor de 0.948 y 0.925 por lo que tienen una correlación de dominio total.

### **2.5.3. Evaluación psicológica**

#### **Historia psicológica:**

La paciente viene al servicio por propia voluntad, durante la entrevista se observa a una mujer joven adulta de 1.62 de estatura y 63 kg de peso aproximadamente, tez clara, con facciones finas, y buen cuidado personal, su rostro presenta escaso maquillaje, cabello

ordenado, ausencia de accesorios femenino, a no ser por unos aretes medianos que lleva puestos, orientada en tiempo, espacio y persona, presenta memoria conservada, estado de ánimo por momentos se observa leve tristeza y ansiedad cuando habla de su problema, sale a veces con sus amigas pero prefiere quedarse en casa al lado de su hijo y su esposo, siente ansiedad cuando tiene que exponer académicamente en la universidad o ante su trabajo. Por lo demás se observa un lenguaje fluido, pensamiento coherente, sin presencia de alteraciones en el curso y contenido. Después de la intervención la paciente refiere haber crecido más como persona, ya que su problema de exponer ante más de 5 personas la tensionaba y ha descubierto que cuando una persona quiere cambiar si lo puede lograr.

**Problema actual.** La Paciente refiere “no me siento bien, no sé qué hacer porque me frustró cuando no puedo hablar en público, no puedo exponer en la universidad ni en cualquier lugar donde hay más de 5 personas. manifiesta que tiene amigas en la universidad, en el trabajo y en su comunidad, sin embargo, su problema solo es no poder hablar o expresarse ante más de 5 personas, no puedo expresar mi opinión frente a un grupo de personas, siento ansiedad 10/10, empieza a sudar sus manos, le tiembla la mano, piensa “Se burlarán de mí, me dirán que soy tonta e incapaz” Al leer rápido e incompleto siente tranquilidad, a veces pide disculpas y se retira. Esto le sucede hace 4 meses. Soledad de 24 años, al momento de exponer en clase de la universidad, siente ansiedad 10/10, miedo 10/10, frustración (9) Ruborización, Sudoración palmar, Sensación de ahogo, en ese instante se enreda en hablar, titubea y piensa ¿“porque me bloqueo?”, “se burlarán de mi”,” sentirán lastima por mí”, “siempre me sucede lo mismo, esto es terrible”, Termina leyendo porque no puede realizarlo espontáneamente, Esto se repite dos veces al mes.

Frente a los compañeros de trabajo, el jefe solicita a soledad exponer sobre las estrategias para mejorar la atención a los usuarios, en ese instante sintió ansiedad 9/10, miedo 8/10, frustración 9/10, experimentando tensión en la nuca, sudoración palmar y pensó

“Tengo miedo a equivocarme” “Se burlaran de mí y pensarán que soy incapaz”, “voy a quedar mal”, ante esta situación Soledad pide disculpas a su jefe pidiendo exponer en otra oportunidad porque manifiesta que mareos y dolor de cabeza, su jefe lo acepta y ella siente alivio evitar dicha situación.

Durante una reunión de vecinos, el dirigente le pidió a Soledad que apoye con un discurso en la próxima reunión. Soledad acepta, sin embargo, refiere que de tan solo pensar siente ansiedad, miedo, tensión muscular, dolor en la nuca, y se le presentan pensamientos como “¿y si me equivoco y me expreso mal?”, “si me dan mareos quedare mal ante todos”, “si tartamudeo o me bloqueo se reirán de mí”, “me dirán que no sirvo para nada” “creo que soy inútil”, “Siempre me bloqueo, creo que soy incapaz”. Soledad ha llegado a pensar que es incapaz, refiere que al faltar a la reunión sintió alivio, tranquilidad y dejó de sentir síntomas fisiológicos y emocionales. Sin embargo, quisiera ser responsable. Esto se repite 3 veces por semana.

**Desarrollo cronológico del problema.** Usuaría manifiesta que desde los 6 años aproximadamente Soledad recuerda cuando su madre le envió a comprar el pan, perdió el dinero y lloró mucho, cuando le dijo a su madre ella le pegó y le dijo que lo hacía para tener más cuidado. A los 8 años recuerda que cada vez que obtenía notas bajas su madre la comparaba con su prima delante de sus tías, diciéndole “eres tonta e incapaz, no sabes ni hablar bien mejor cállate la boca”, aprende de tu prima ella sintió tristeza, vergüenza y pensaba “que vergüenza soy una tonta y lloraba”. A los 11 años cuando cursaba el 5to de primaria en algunas ocasiones cuando su profesor le pedía opinión sobre algún tema de la clase, ella se quedaba callada por temor a no responder correctamente y que se burlen sus compañeros como consecuencia. A los 12 años manifiesta que le costaba tener amigos en su aula y las pocas veces que se reunían en el aula ella generalmente se quedaba callada cuando los demás conversaban. A los 14 años recuerda que le tocó exponer en clase y se puso nerviosa, le sudaban las manos

y titubeaba cuando hablaba y un grupo de alumnas se burlaron de ella. A los 15 años cuando le toco por sorteo exponer, pidió a su compañera que la reemplace y evadió esta responsabilidad, muchas veces por esta razón algunas alumnas del aula la aislaban.

Cuando cursaba el primer ciclo de la universidad en tres oportunidades le toco exponer en la universidad, pero no podía exponer, solo leía, sentía ansiedad, y sudoración en las manos y pensaba “Se burlarán de mí” “sentirán lastima por mí”, “No creo que lo haré bien”, “tengo miedo a equivocarme”, “pensarán que soy incapaz”, “creo que soy inútil”. En el segundo ciclo evitaba exponer en clase, pero le toco por sorteo en dos oportunidades, en una oportunidad lo leyó y en la segunda le pidió a su compañera que exponga por ella y sintió alivio. El día que llega a la consulta manifiesta que hace un mes le toco exponer en la universidad, pero ella tenía mucho temor y no aceptó. Se siente muy cansada de esta situación y quiere cambiar, quiere lograr exponer espontáneamente sin tener ansiedad, y saber expresarse como lo hacen las demás compañeras de la universidad. Se ha dado cuenta que cuando evita la situación que le genera malestar o cuando escapa de ello siempre se siente bien.

**Motivación para el cambio.** Paciente manifiesta que tiene amigas en la universidad, en el trabajo y en su comunidad, sin embargo, su problema solo es tener que hablar o exponer ante más de 5 personas está dispuesta a hacer todo lo posible para mejorar y lograr exponer ante un público, siendo su principal fuente de motivación su hijo y el pensar que mejorará

**Conciencia del problema.** Soledad expresa que tiene un problema y necesita ayuda porque no puede interactuar adecuadamente en el salón de clase, en el trabajo y en reuniones sociales de su comunidad al momento que tiene que exponer sus ideas, apareciendo este problema más notorio desde hace un mes aproximadamente.

**Actitud frente al problema.** Soledad indica que va a hacer todo lo posible para salir de este problema porque quiere desenvolverse bien como otras personas. Refiere que es la primera vez que acude al psicólogo; pero ahora siente que la situación le está limitando y no quiere

continuar con lo mismo.

**Antecedentes familiares:** Paciente refiere que su progenitor tuvo problemas de consumo de alcohol, pero después dejó ese vicio, mientras que su madre era una persona que tenía conductas agresivas hacia ella a través de humillaciones cuando la usuaria se equivocaba.

### **Historia personal**

**Embarazo.** El parto fue natural, sin complicación hasta los 9 meses, embarazo no planificado pero aceptado.

**Perinatal.** Lactancia exclusiva hasta los 6 meses, y destete al año.

**Desarrollo psicomotor.** Lenguaje, motricidad, control de esfínteres normal según su etapa evolutiva.

**Enfermedades y/o Accidentes.** Soledad refiere no haber tenido enfermedades, salvo algunas caídas sin complicaciones.

**Niñez.** Usuaria manifiesta que desde niña fue tímida, solo su tía materna la animaba a ser más fuerte, manifiesta que tiene colon irritable, alergia y asma. Durante su infancia era tímida, casi no tenía iniciativa para iniciar una conversación, le gustaba mirar televisión, cuando sus primas venían a visitarla jugaba con ellas, pero cuando no realizaba las tareas de la casa su madre le gritaba y le prohibía jugar con sus primas y le hacía pasar vergüenza delante de sus primas

**Escolaridad.** Comenzó a estudiar a partir de los 6 años, refiere que el primer día del colegio tenía miedo a quedarse sola sin su mamá y se puso a llorar al observar que otros niños también lloraban, recuerda que solo la primera semana estuvo con miedo, pero después se fue acostumbrando, manifiesta que era una niña tranquila, tímida. Durante la primaria logró juntarse y tener con algunas compañeras con quienes compartía, sin embargo, también había otro grupo que a veces la discriminaba porque ella era tímida, sus notas eran aprobadas con puntajes mínimos. Todavía tiene comunicación con una amiga de la primaria. En la secundaria estudió en otro colegio y le costaba iniciar la conversación inicialmente pero después tuvo

algunas amigas. Manifiesta que durante la secundaria logro exponer frente a sus compañeros en algunas clases, pero recuerda que en el tercero de secundaria ocurrió en una oportunidad que dos compañeros de aula se reían cuando ella expuso un tema, sintiendo tristeza y colera; lo cual motivo que ella saliera del salón y se fue al baño a llorar. Cuando a veces obtenía notas bajas su madre la comparaba con su prima delante de sus tías, diciéndole parece inútil, aprende de tus primas quienes tienen altas notas, ella sentía tristeza, vergüenza y pensaba “Creo que soy inútil”. Cuando cursaba el primer ciclo de la universidad en tres oportunidades le toco exponer en la universidad, pero no podía exponer, solo leía, se sentía nerviosa, tenía ansiedad, y sudoración en las manos y pensaba “seguro que se están burlando de mi”, “voy a ser la comidilla de todos”.

**Relaciones interpersonales.** Manifiesta que en la actualidad tiene dos amigas que casi no las ve por falta de tiempo, pero se comunican por celular continuamente. Cuando su pareja la invita a acudir a alguna reunión social, ella se niega porque no tiene tiempo, prefiere quedarse con su hijo y esposo. A lo largo de su vida han existido diversas situaciones donde ha reaccionado con ansiedad y temor desproporcionados en relación con tener que expresarse ante los demás, manifiesta que es su mayor problema, ya que incluso ha logrado hacer amistades tomando ella la iniciativa, pero lo que le falta es expresarse y exponer espontáneamente ante los demás, ya sea en la universidad, trabajo o comunidad.

**Trabajo.** Actualmente trabaja en un centro comercial en una empresa de telas, manifiesta que ha logrado llevarse bien con algunos compañeros de trabajo e incluso consiguió amistades que la valoran, sin embargo, tiene problemas para expresarse y cuando su jefe pide a Soledad que exponga las estrategias para mejorar la atención de los clientes en las reuniones generales, ella evita y pide permiso a su jefe para salir del ambiente diciendo que se siente mal; luego ella le hace llegar un informe detallado sobre las ventas de la mercadería a su jefe. Expresa que su jefe es una persona comprensible porque le apoya cuando se le presentan problemas en

casa y además le permite hacer cambios en su horario para que pueda estudiar, sin embargo, ella quisiera poder expresarse bien cuando hay una reunión ante sus compañeros.

**Sexualidad.** Tuvo su primer enamorado a la edad de 19 años y con quien tiene un hijo de dos años, llevando una relación de pareja de 5 años; en cuanto a conocimiento acerca de la sexualidad indica que no era un tema que se hablaba con sus padres, por lo que no recibió información sobre el sexo en casa. Recuerda que la madre solo le decía que se cuidede las enfermedades y de los embarazos. Indica que aprendió en el colegio, cuando en 2do año de secundaria un profesor les dio información general. Actualmente vive con su esposo e hijo y reconoce que su vida sexual está desarrollada en un nivel de satisfacción 7/10.

**Educación religiosa.** Su familia es católica, ha recibido todos los sacramentos, iba a misa esporádicamente, participa de retiro espiritual que le enseña mucho sobre la paz espiritual. Actualmente ha empezado a participar de las celebraciones religiosas esporádicamente cuando tiene algunos problemas, encuentra un refugio en la oración.

**Historia familiar.** El papá se llama Fredy, 48 años, chofer, es bien creyente en Dios, ella lo percibe como persona callada, se molesta rápido y es machista. La relación entre la paciente con su padre no es de lo mejor porque el señor la abandonó a los dos meses de nacida, pero a los 15 años él le pidió perdón y después se visitaban y desde aquella fecha él se ha portado bien con ella. Su padre tiene otro compromiso, aunque no tiene hijos con su nueva pareja. Ha dejado de beber alcohol, ha cambiado para bien. Actualmente la ayuda con los gastos de la universidad.

La mamá se llama Clorinda, de 47 años, segundo año de secundaria, ama de casa, católica. La paciente la percibe como expresiva, renegona, autoritaria, impulsiva a veces, trabajadora, hacendosa. La relación entre la mamá con Soledad es buena, la define como una persona que ha cambiado mucho actualmente para bien, durante la niñez recibió maltrato físico y psicológicamente, pero ella logro entender que fue por las frustraciones que tuvo su madre, y

cuando soledad tuvo su hijo su madre le pidió perdón, desde ahí tiene buena actitud con ella y la ayuda en el cuidado de su hijo. Era estricta, disciplinada, exigente, pero actualmente su madre la impulsa a seguir estudiando, fue ella quien le dijo que recurra a un especialista por su problema de no poder expresarse verbalmente ante los demás.

Entre las personas más significativas se encuentra su abuela materna, por quien fue formada y le dejó grandes enseñanzas, tuvo un vínculo muy fuerte que hasta ahora la recuerda. Otra de las personas a quien estima y reconoce como una gran persona es su conviviente, con quien tiene una relación desde hace 5 años, tiene un hijo de dos años, fue su primer enamorado. Manifiesta que se conocieron en el trabajo y su esposo es alegre, comunicativo y optimista. además, actualmente es quien le brinda apoyo cuando tiene problemas en la universidad y el trabajo, él es de motivarla diciendo que todo va a salir bien.

#### **2.5.4. Evaluación psicométrica**

Para el presente estudio de caso se han utilizado los siguientes instrumentos: Test de matrices progresivas de Raven, Cuestionario de personalidad de Eysenck, Inventario de pensamientos automáticos, Registro de Creencias Irracionales, Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein y Escala de ansiedad social de Liebowitz.

La examinada presenta los siguientes resultados:

### **1. Informe del Protocolo de prueba de Raven**

#### **Tabla 1**

*Resultados de la prueba de matrices progresivas de Raven*

*Resultados de la prueba de matrices progresivas de Raven*

	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnostico
Capacidad intelectual	50	50	Término medio

Soledad obtuvo un puntaje directo de 50 y puntaje percentil de 50, el cual equivale al diagnóstico de Término Medio, que significa normal.

**Interpretación.** Se observa, en la evaluación de la inteligencia, que la examinada ha obtenido una Capacidad Intelectual correspondiente a la Categoría Término Medio, por lo que permite incidir que presenta un desempeño promedio en comparación con otros de su misma edad; en cuanto a la capacidad de resolución de problemas, mediante el análisis, síntesis, razonamiento y realización de juicios.

**Recomendaciones.** Conservar y mejorar su CI, disminuyendo pensamientos automáticos y creencias irracionales

## **2. Cuestionario de Personalidad de Eysenck**

**Interpretación.** Se encuentra una personalidad introvertida, retraída socialmente, reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, planifica sus actos, ordenada, “primero piensa, luego actúa”. Muy ocasionalmente se reúne con sus amistades que son del colegio, prefiere quedarse viendo una película junto a su hijo. Su principal problema es expresarse espontáneamente ante más de 5 personas, no presenta rasgos de neuroticismo ni de psicoticismo.

**Recomendaciones.** Recibir terapia de relajación, apoyo emocional, orientación y consejería psicológica

## **3. Informe del Registro de creencias de A. Ellis**

**Interpretación.** Obtiene puntajes de 5 en las creencias irracionales de: “Es necesario ser querida y aprobada por todas las personas significativas para uno”, y “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.” y “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”

**Recomendaciones.** Trabajar con técnicas de Reestructuración cognitiva con el objetivo de cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.

#### **4. Informe de la prueba de pensamientos automáticos de Beck**

**Interpretación.** Presenta pensamientos automáticos de Interpretación del pensamiento, Visión catastrófica, Debería, Etiquetas globales, Generalización. Cuando vivencia la experiencia de hablar en público, o cuando hay más de 5 personas en el ámbito laboral o social, experimenta altos niveles de ansiedad, dudas y temores y reacciona con síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos negativos, afirmando “Se burlarán de mi porque titubeo”, debido a que su esquema cognitivo obedece a “interpretación del pensamiento”. Además, mantiene el pensamiento “Es terrible bloquearme y no poder exponer bien”, esto es debido al pensamiento automático Visión Catastrófica. Por otro lado, menciona que debería exponer sin cometer errores, esto debido a su esquema debería. Mantiene el pensamiento etiquetas globales “Soy incompetente porque no puedo expresarme bien”. Finalmente afirma “Siempre me bloqueo y no puedo exponer correctamente”, esto corresponde al pensamiento automático de Sobregeneralización.

**Recomendaciones.** Recibir terapia cognitivo conductual para disminuir los pensamientos que afectan sus relaciones interpersonales y crean conflictos con ella misma.

#### **5. Informe de la escala de Liebowitz para la ansiedad social**

**Interpretación.** Soledad obtuvo un puntaje de 65, lo cual según el cuadro de rangos se ubica en ansiedad social significativa.

**Recomendaciones.** Aplicar la técnica de Desensibilización Sistemática con la finalidad de reducir los niveles de ansiedad y conductas de evitación.

#### **6. Informe de la prueba Habilidades Sociales de Goldstein**

**Interpretación.** La examinada presenta inhabilidad social en asertividad comunicación autoestima.

**Recomendaciones.** Realizar un programa de habilidades sociales para mejorar este aspecto y tenga una mejor adaptación con su entorno y con ella misma.

### 2.5.5. Informe psicológico

Nombre : Soledad G. F.  
 Género : femenino  
 Edad : 24 años  
 Estado civil : Conviviente  
 Número de hijos : 1  
 Número de hermanos : hija única  
 Lugar de nacimiento : Cajamarca  
 Grado de instrucción : técnica  
 Ocupación : empleada en un centro comercial  
 Dirección : Los Olivos - Lima

**Motivo de evaluación.** Elaborar el perfil psicológico de Soledad

**Técnica e instrumentos aplicados.** Entrevista Psicológica, Cuestionario de personalidad de Eysenck - Forma B, Protocolo de prueba de Raven, Inventario de pensamientos automáticos, Registro de opiniones de Albert Ellis, Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein, Escala de Liebowitz para la ansiedad social.

### **Resultados**

A nivel de personalidad: Características de personalidad introvertida, Tendencia a la estabilidad, Tendencia al Ajuste conductual. Presenta creencias irracionales de:

- “Es necesario ser querida y aprobada por todas las personas significativas para uno”.
- “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficientes en todos los aspectos posibles”
- “Es terrible y catastrófico que las cosas no sean como uno quisiera”

Presenta pensamientos automáticos de:

- Visión catastrófica, Lectura del pensamiento, Debería, Sobregeneralización, Etiqueta

global.

Presenta Ansiedad significativa y evitación.

Presenta inhabilidades de comunicación, baja autoestima, falta de asertividad y toma de decisiones.

### **Recomendaciones**

- Explicación de su característica de personalidad introvertida, resaltando que no es bueno ni malo.
- Ejecutar un Programa de manejo emocional (ansiedad social)
- Desarrollar una Reestructuración cognitiva a las 3 creencias irracionales.
- Aplicar una Reestructuración cognitiva al pensamiento automático de visión catastrófica, interpretación del pensamiento, debería, etiquetas globales y generalización.
- Entrenamiento en competencias personales consecuentes con una filosofía de vida comunicación asertiva e incremento de la autoestima.
- Desarrollar un programa de habilidades sociales para mejorar sus competencias interpersonales.

**Tabla 2***Diagnóstico tradicional*

CRITERIOS CIE (F40.1)	Presentes en la paciente
<p>La ansiedad social generalmente se inicia en la adolescencia, se caracteriza por un miedo a ser juzgado negativamente ante un grupo, y tienen la tendencia a evitar este tipo de situaciones, esta se puede presentar en mujeres y también en varones. Algunos tipos de ansiedad son restringidos, por ejemplo, como a hablar en público, comer en público o al encuentro con el sexo opuesto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exponer</li> <li>- Trabajar en grupo</li> </ul> </li> </ul>
<p>Por otro lado, el temor a vomitar en público, en algunas culturas el contacto visual es incómodo o molesto. La ansiedad social generalmente se acompaña de una escasa autoestima, y temen ser criticados por los demás. Puede surgir manifestaciones de preocupación y ruborización, temblor de manos, náuseas o necesidad de miccionar compulsivamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>A ser rechazada por amistades.</li> <li>A no ser aceptada en el trabajo</li> <li>A ser criticada al trabajar en grupo</li> </ul> </li> </ul>
<p>Muchas veces el problema primario consiste en algunas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Si los síntomas continúan pueden llegar a crisis de pánico.</p>	<p>Presenta miedo y ansiedad Conducta Evitativa presente Sus miedos se fundan en suposiciones.</p>
<p>La actitud de evitación generalmente es intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.</p>	<p>Inicio en la infancia.</p> <p>Perjudica su vida personal y laboral. No demuestra ninguna afección médica. No presenta otro trastorno mental.</p>

**Tabla 3***Diagnóstico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad al exponer en público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar en clases</li> </ul>	Falta de asertividad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergüenza cuando recibe críticas negativas sobre su exposición</li> </ul>		Expresarse frente a compañeros de estudio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad (10), miedo (9), frustración (9), tristeza (8), impotencia (9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salida con amigas</li> </ul>	Falta de autoestima.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión en el cuello, palpitaciones, mareos, falta de aire, Enrojecimiento facial, hiperhidrosis palmar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar en grupo con sus compañeros</li> </ul>	Falta de habilidades sociales
Pensamientos de:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Siempre me pongo nerviosa y me bloqueo cuando tengo que exponer, esto es terrible pensarán que soy inútil”.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “sé reirán poque tartamudeo”</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “sino expongo bien pensarán que soy incapaz”</li> </ul>		

**Tabla 4***Análisis funcional*

<b>Estímulos Discriminativos (ED)</b>	<b>Niveles Respuesta</b>	<b>Estímulos Reforzadores (ERf)</b>
<p><b>Internos:</b></p> <p>Pensar que si no da una buena exposición en clase o trabajo se burlaran de ella</p>	<p><b>Fisiológicos:</b></p> <p>Sudoración palmar, sensación de ahogo, ruborizacion,dolor en la nuca, tensión corporal</p> <p><b>Emocionales:</b></p> <p>Ansiedad (10), miedo (9), frustración (9), tristeza (8) Cólera (8), Impotencia (9), Vergüenza (10)</p>	<p><b>Reforzador negativo interno</b></p> <p>Siente alivio al leer cuando tiene que exponer</p> <p>Siente alivio cuando el jefe le acepta postergar la exposición del informe</p> <p>Siente alivio y tranquilidad al no asistir a la reunión de su comunidad para evitar exponer.</p>

---

**ED Externos:**

Exponer frente a sus compañeros de clase o trabajo.

Motor/  
conductual:

- Leer en vez de exponer frente a sus compañeros de la universidad

- Decide faltar a la reunión
- Pide disculpas por postergar la reunión

Posterga la exposición del informe Cognitivo

- “si no expongo correctamente pensarán que soy inútil y eso sería terrible”, “Se burlarán de mi” “sentirán lastima por mí”, “tengo miedo a equivocarme”, “pensarán que soy incapaz”.

“siempre me pongo nerviosa y me bloqueo”, “me dirán que no sirvo

para nada” “creo que soy inútil”.

**Tabla 5***Análisis cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Exponer en la universidad	<p>“siempre me bloqueo, no puedo expresarme y quedo mal con los compañeros de aula.</p> <p>“Sé burlarán de mí, pensarán que soy inútil y eso es terrible”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergüenza 9/10</li> </ul>
Exponer en su trabajo	<p>“sino expongo correctamente pensarán que soy incapaz”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad 10/10</li> <li>• Miedo 9/10</li> <li>• Manifiesta sentirse mal y pide disculpas</li> </ul>

## **2.6. Intervención**

### **Objetivo general terapéutico**

Al concluir el programa de tratamiento Cognitivo Conductual, Soledad será capaz de exponer en el aula de clase frente al profesor y compañeros de clase sin experimentar ansiedad, así como fortalecer las conductas de interacción social.

### **Objetivos específicos terapéuticos**

- Psico educar a la paciente en el modelo Cognitivo Conductual sobre la ansiedad social
- Disminuir la conducta de evitar y postergar las exposiciones en el aula a través de sensibilización sistemática.
- Modificar distorsiones cognitivas y creencias irracionales en una mujer adulta con ansiedad social a través de la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad y el temor en situaciones sociales evitativas a través de la aplicación de la técnica de relajación y sensibilización sistemática.
- Incrementar las conductas de interacción social en una mujer adulta con ansiedad social a través de técnicas de modelado.

#### **2.6.1. *Plan de Intervención***

Se ha utilizado el diseño experimental para un caso único propuesto por Castro (1975), el mismo que consiste en manipular de forma intencional una variable independiente (aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales) con el objetivo de ver los efectos que se producen en la variable dependiente (conducta de ansiedad social). Al haber habido cambios en la variable dependiente significa que las técnicas aplicadas han tenido sus efectos. Para esto se ha aplicado el diseño A-B, en donde en la fase A se hizo la evaluación (aplicación de los instrumentos) y en la fase B se aplicó el programa para disminuir la ansiedad social en Soledad. Terminada la intervención se llevó a cabo una fase de seguimiento para confirmar que la

conducta de la ansiedad social se mantiene disminuida.

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, con sus respectivas fichas técnicas, de evaluación pertinentes utilizados en el estudio. El tratamiento se prolongó a lo largo de 16 sesiones, cada una con 50-60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana, sin embargo si ocurriera una 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. La terapia tuvo una duración aproximada de cinco meses, desde la demanda hasta la evaluación final. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento, el proceso de evaluación propiamente dicho (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y Diagnostico en sus diversas modalidades, finalmente la intervención propiamente dicha. Estos procedimientos y actividades fueron registradas en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad.

El plan de intervención también incluye aplicar la desensibilización sistemática porque ofrece buenos resultados en la disminución de la ansiedad. Esta es una conducta que se ve reforzada cuando Soledad evitaba o lograba escapar cada vez que se encontraba frente a un estímulo que le generaba ansiedad. Lo primero que se hizo fue explicarle cuáles eran los estímulos que generaban la conducta de ansiedad y cómo reaccionaba ella para salir de esa situación. Se le explicó que el solo hecho de evitar o escapar de la situación traía como consecuencia tranquilidad. Se le dijo que eso generaba que le pasen todos los malestares de ansiedad, sudoración, taquicardia, sensación de desmayo, mareo, etc. Es a partir de aquí que ella debería empezar a hacer frente a la adversidad, para eso era necesario que se desensibilice, que se relaje, al inicio será de manera imaginaria y poco a poco, dependiendo del avance, deberá

ir haciendo frente a la situación real.

A Soledad se le empezó a preparar, primero de manera imaginaria y después real. A medida que avanzaba se le iba reforzando y se le hacía notar sus avances, logros y el cambio favorable que le generaba en cuando a sus interacciones familiares y con sus compañeros de trabajo. Esto lo fue entendiendo en la medida que hacía frente a la situación que le generaba ansiedad; es aquí donde también se le aplicaban técnicas de relajación que se le fue enseñando. Se le preguntó qué actividades recreativas eran las que más le agradaban, era casualmente esas situaciones las que debía hacer para tranquilizarse. Cuando Soledad se dio cuenta que había los primeros cambios empezó a sentir satisfacción, sobre todo porque su familia, amigos, y su entorno, habían empezado a observar los cambios.

El procedimiento terapéutico se hace en función de cada objetivo específico, para ello se identifica el orden en el que se va a trabajar, cada uno de los progresos eran reforzados. Se le explicó que al inicio no sería fácil, se le explicó que la conducta ansiosa tal vez pueda llegar a imponerse pero que al inicio sería así y paulatinamente esto irá pasando hasta llegar a sentirse segura y alcanzar los objetivos propuestos.

### **2.6.2. Programa de Intervención**

#### **Procedimiento 1: Sesiones 1, 2 y 3**

Se trabajo con el objetivo 1, Psicoeducar a la paciente en el modelo Cognitivo Conductual sobre la ansiedad social.

Es una técnica que busca concientizar y brindar información al usuario sobre aspectos teóricos relacionados a un determinado punto de intervención cognitiva conductual.

Se brindó información a través de separatas, del discurso y exposición con casos didácticos de la influencia de los pensamientos en su perturbación.

- Definición de la ansiedad y miedo
- De la naturaleza universal y adaptación del miedo
- Explicar a Soledad que la evitación y escape contribuyen mantienen la ansiedad
- Explicar la secuencia de Pensamiento, emoción y conducta.

Se explicó también que finalizando la Desensibilización Sistemática se continuará con reestructuración cognitiva. Por otro lado, se le explicó la triple relación de contingencia, ABC, esto se realizó por cada distorsión cognitiva, se le explicó que la “A” no le lleva a la “C”, sino a su pensamiento, “B”.

**Paso 1:** Se realizó la explicación del mantenimiento de su conducta a través de ABC

**Paso 2:** Se le explicó el entrenamiento de la técnica de desensibilización sistemática.

- Se le explicó que se realizará el entrenamiento en la técnica de relajación y luego la progresiva de Jacobson y luego se le enseñará la técnica de visualización.
- Se estableció la jerarquización de situaciones ansiógenas, al vivenciar la experiencia de exponer ante el público utilizando unidades SUD.

Se dejó tareas para la casa sobre la técnica mencionada.

## **Procedimiento 2: Sesiones 4, 5 y 6**

Se trabajó con el objetivo 2, Disminuir la conducta de evitar y postergar las exposiciones de una mujer adulta a través de la desensibilización sistemática (“Al no poder expresarse lee lo que tenía que exponer sin mirar”).

- Se realizó el entrenamiento en la técnica de relajación y luego la progresiva de Jacobson y luego se le enseñará la técnica de visualización
- Se estableció la jerarquización de situaciones ansiógenas, al vivenciar la experiencia de exponer ante el público utilizando unidades SUD.

Inicialmente se realizó la relajación y luego la Relajación progresiva de Jacobson, con el objetivo de conseguir un nivel de relajación general, mediante ejercicios de tensión – distensión de los principales grupos musculares para así gradualmente disminuir síntomas de ansiedad. Se trabajó con los músculos según el orden de Jacobson.

**Técnica de entrenamiento desensibilización sistemática.** Jerarquización de Ansiedad o Puntuación SUD

**Exposición Imaginaria:** Mientras que se enseñe los ítems en imaginación, la paciente desarrolló una imagen mental estando lo más concentrada posible para que su imaginación sea efectiva y tenga la capacidad de producir la sintomatología ansiógena.

Se le expuso el primer ítem de la jerarquía y se solicitó que lo imagine con mucha nitidez si durante la exposición del ítem la usuaria mencionara un SUD mayor a 4 (“moderada preocupante”), se le indicaba que deje de imaginar y deber volver a relajarse.

Si no se produce ansiedad se continuaba con la imaginación en el ítem por 15 o 20 segundos, luego se le pedía a la usuaria que vuelva a concentrarse de 30 a 40 segundos en la relajación y se volvía a presentar el mismo ítem siguiendo las mismas pautas, si nuevamente se produce ansiedad se realizaba una nueva pausa para centrarse nuevamente en la relajación y después volver a presentar el ítem por tercera vez. Si no hay ninguna señal de la presencia de ansiedad

durante la exposición o es menor a 5 SUD, se prolongaba la exposición del ítem y se realizaba un poco más largo en cada presentación (en el primero de 20 a 25", el segundo de 30 a 35", y el 3 de 40 a 55". Si durante la exposición de un ítem se producían respuestas de ansiedad persistentes y no había reducción de la ansiedad, se retrocedía al ítem desensibilizado anterior y se terminaba la DS para identificar cuál es el problema que pudiera generar la ansiedad excesiva, sea la dificultad en la imaginación o en la relajación, y así sucesivamente se volvía a exponer de manera progresiva hasta que el estímulo temido ya no genere una respuesta de ansiedad y se logre el objetivo, así una vez superado cada uno de los ítems de manera imaginaria, se procedía a realizar la D.S. en vivo.

**Exposición en vivo:** Consistió en la práctica de ítems de manera real, de manera gradual. Se acompañaba a la usuaria a que experimente las situaciones ansiógenas, iniciando con la de menor jerarquía por 20 minutos, teniendo en cuenta que no se pasará a otro ítem sino hasta que el ítem que se expone este totalmente desensibilizado, es decir si no hay señal de ansiedad durante la exposición o es menor a 4 SUD, el tiempo exposición del ítem se va haciendo un poco más largo en cada presentación hasta que la ansiedad haya disminuido o sea muy leve, recién es donde se continuaba con el siguiente ítem, trabajando con la relajación paralelamente. Por otro lado, ante un logro se le acompañaba con elogios felicitaciones y reconocimientos reforzando su autoestima con el objeto de incrementar y mantener las conductas ya logradas. De manera paralela se le dejaba tareas para la casa como:

- Practicar la relajación progresiva 4 veces a la semana durante 30 minutos por día
- Practicar el estímulo temido imaginariamente, utilizando además la técnica de relajación progresiva durante 25 minutos mínimo por día y 4 veces a la semana.
- Solicitar a usuaria que solo cuando logro la relajación ante el estímulo temido a nivel imaginal, podrá practicar la exposición en vivo utilizando paralelamente la técnica de relajación cuando surjan síntomas de tensión.

### **Procedimiento 3: Sesiones 7, 8 y 9**

Se trabajó con el objetivo específico 3, que consistió en disminuir pensamientos automáticos, por pensamientos más adaptativos aplicando técnicas racionales. Modificar sus cogniciones de: “Se burlarán de mí”, “Pensarán que soy incapaz”, “creo que soy un inútil” por pensamientos más adaptativas.

**Paso 1:** Se explicó a la paciente para reforzar la definición y la relación entre pensamiento, emoción y conducta, explicando que los pensamientos son hipótesis y no hechos.

**Paso 2:** Se explicó y entrenó en el registro de pensamientos automáticos a través del modelo ABC. Por otro lado, se motivó a poner en práctica el autorregistro por semana, detectando los pensamientos automáticos, emociones y conductas durante la experiencia de exponer cuando hay más de 5 personas.

**Paso 3:** Identificar los pensamientos automáticos que mantiene la dificultad para exponer en clase “Soy inútil”, “pensaran que soy incapaz”, “Se burlaran de mi”.

**Paso 4:** Se explicó el modelo ABCDE, de Albert Ellis, o enfatizando las variables “D” (Debate) y “E” (Efecto del debate o Cambio del Pensamiento), a través de ejemplos propuestos por el terapeuta y de la paciente.

**Paso 5:** Se explicó las técnicas racionales (Tipos de cuestionamientos) a través de ejemplos propuestos por la terapeuta.

**Paso 6:** Se realizó el debate ABCDE, para buscar e implementar pensamientos racionales, a través de la autoobservación, (Debate, distinguir y Definir). Se explicó las consecuencias de las creencias irracionales y el tratamiento.

**Paso 7:** Se debatieron los pensamientos irracionales identificados por la paciente que se encontraban asociado a la ansiedad y así modelar nuevas creencias racionales. Por otro lado, se reforzaron los cambios observados.

**Paso 8:** Finalmente, se analizaron las consecuencias, considerando si el debate ayudó a

disminuir el grado de creencia del pensamiento irracional inicial y cómo afecta en nuestras emociones y conducta.

#### **Procedimiento 4: Sesiones 10 y 11**

Se trabajó el objetivo 4, de disminuir las respuestas emocionales en la paciente como la ansiedad, miedo en situaciones sociales a través de la aplicación de las técnicas de relajación y desensibilización sistemática siguiendo las pautas del procedimiento 2.

#### **Procedimiento 5: Sesiones 12, 13 y 14**

Se trabajó el objetivo específico 5, de incrementar las conductas de interacción social de la paciente a través de las técnicas del modelado o habilidades sociales, No obstante, cabe precisar que, a consecuencia del trabajo realizado con los anteriores procedimientos en este problema, la paciente logró tener mayor confianza en sí misma.

**Paso 1:** Se enseñó a la paciente por medio de la psicoeducación y del modelado ¿qué son las habilidades sociales? dando ejemplos y situaciones donde la paciente va interactuando y conociendo nuevas experiencias en vivo con la terapeuta.

- Situación 1: estando en el salón de clase, donde sus compañeros y profesor están sentados y de pronto el profesor le indicaba exponer a la paciente su punto de vista sobre lo que piensa de la situación actual del país.
- Situación 2: exponer frente a sus compañeros de trabajo.
- Situación 3: manifestar sus opiniones en la reunión vecinal de su comunidad.

#### **2.7. Consideraciones éticas**

Se informó a la paciente el procedimiento desde la evaluación, intervención y seguimiento; de igual modo, se conversó habrá mucha reserva del caso y de su identidad personal incluyendo sus datos privados y todo lo que haya dicho en la consulta. Después de lo informado, la paciente acepta de forma voluntaria y firmó el consentimiento para empezar la intervención.

### III. Resultados

#### 3.1. Análisis de los resultados

En la primera semana, como línea base de entrada, Soledad presentaba las siguientes conductas disfuncionales:

- Leer en vez de exponer espontáneamente 9 veces durante la semana.
- Evita participar en clases 7 veces por semana.
- Evita y posterga una exposición 10 veces.

**Tabla 6**

*Línea Base de Registro de Conductas, Fase A*

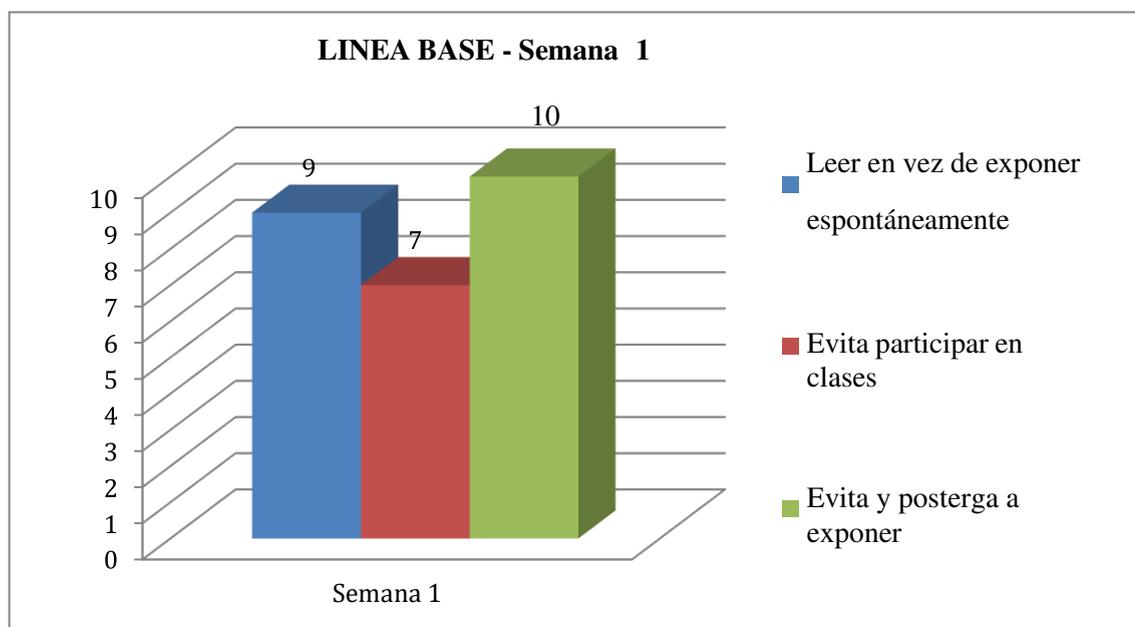
Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Leer en vez de exponer espontáneamente	02	01	01	01	01	02	01	09
b) Evita participar en clases	01	01	01	01	01	01	01	07
c) Posterga y evita la exposición	02	01	02	02	01	01	01	10

En la Tabla 6 se observa que la paciente, en la primera semana de observación, en Soledad, se ha registrado que nueve (9) veces ha emitido la conducta de leer en vez de exponer su tarea de manera libre; esto se debe a que al pedírsele que explique ante personas alguna actividad ella se limitaba a leer pero cuando se le hacía alguna pregunta al respecto se turbaba, miraba a sus compañeros para que respondan por ella, es aquí cuando pedía permiso para ir a los servicios o buscaba alguna justificación para salir del lugar. En cuanto a la conducta de evitar participar en las clases, se ha registrado siete (7) veces los momentos que lo ha hecho, se ha observado que cuando el profesor le hacía alguna pregunta ella respondía que desconocía la respuesta o que no estaba preparada, también decía que se encontraba indispuesta. Ante las circunstancias que debía exponer ella pedía al profesor que le de otra oportunidad para exponer

para estar mejor preparada, esto se ha presentado hasta en diez (10) oportunidades en una semana. Debo agregar que cada vez que la paciente lograba lo que pedía inmediatamente le disminuía la ansiedad; esto se explica porque cuando se encontraba en una situación ansiosa evadía, o escapaba del momento y al hacerlo se estaba reforzando negativamente. La Figura 1 ayuda a ilustrar la frecuencia de estas conductas.

### Figura 1

*Línea Base de Registro de Conductas*



**Tabla 7**

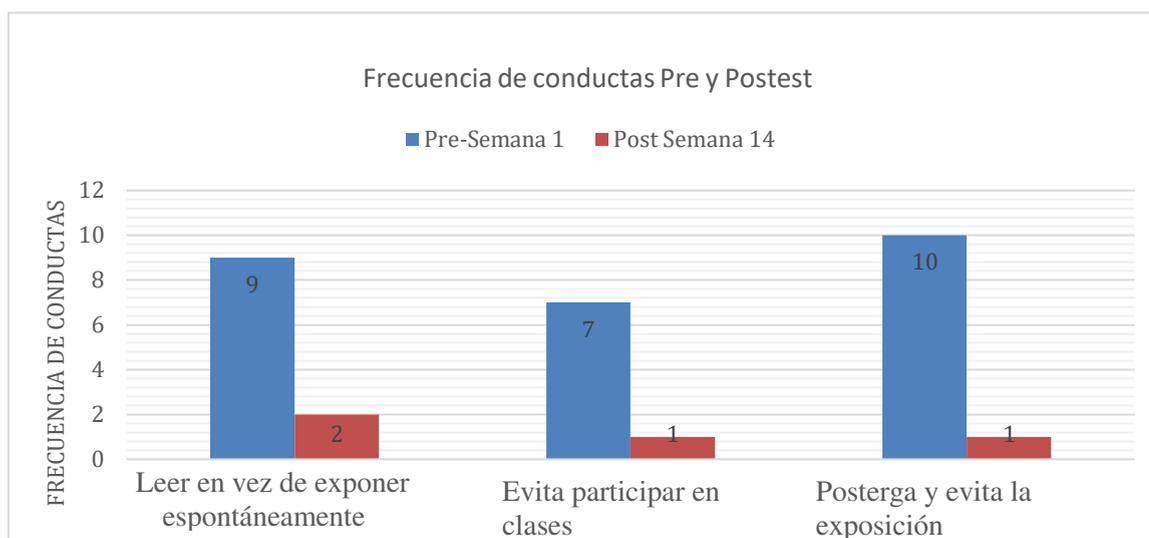
*Frecuencia de Conducta ansiosa en el pre y post test (Fases A y B) al finalizar*

Conductas	Pre	Post
	Semana 1	Semana 14
Leer en vez de exponer espontáneamente	09	02
Evita participar en clases	07	01
Posterga y evita la exposición	10	01

La Tabla 7 señala la frecuencia de la conducta ansiosa antes y después de la intervención (Fase A y B), se observa que ha habido disminución, luego de catorce semanas de intervención, habiendo llegado a dos (2) y una (1) conducta respectivamente. Con esto podemos asegurar que la aplicación del programa ha tenido resultados, aunque no se ha llegado a disminuir totalmente la conducta ansiosa, la misma que esperamos vaya disminuyendo paulatinamente pero siempre siguiendo las recomendaciones que se le han dado. La Figura 2 ayuda a ilustrar los resultados. Por lo general este tipo de conductas ansiosas, a medida que los pacientes van haciendo frente a los estímulos que les generan la ansiedad, la persona va fortaleciéndose y la experiencia de hablar en público los va haciendo más resilientes.

**Figura 2**

*Resultados de frecuencia de conductas en el pre y post test (Fases A y B)*



**Tabla 8**

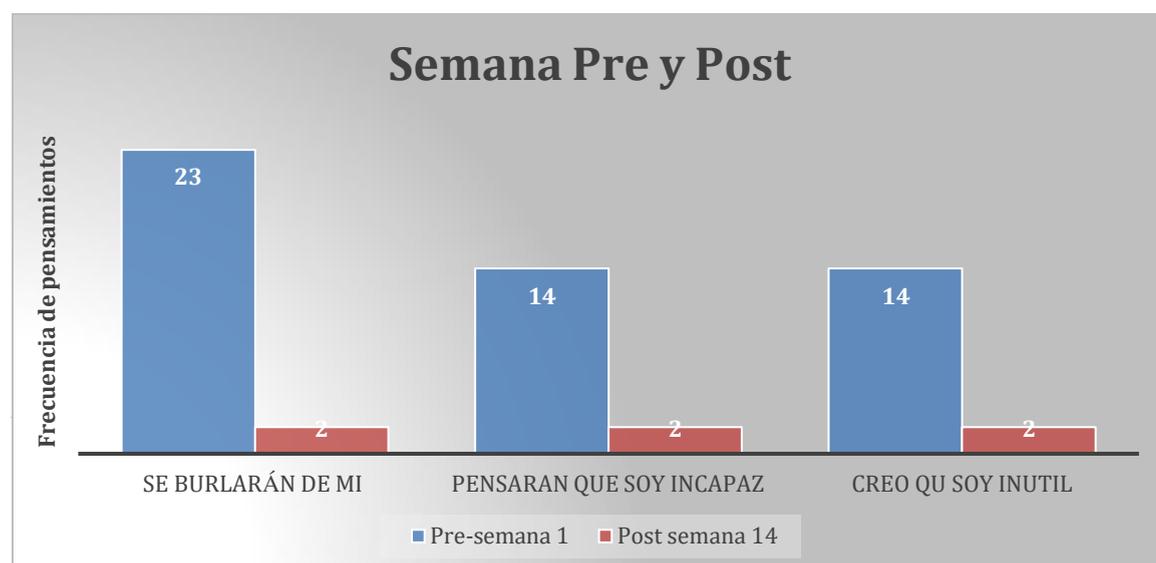
*Registro de frecuencia de pensamientos irracionales de la paciente Pre y Post intervención*

Conducta / Problema	Periodo	Lu	Ma	Mier	Jue	Vie	Sab	Do	Total
“Siempre se burlarán de mí”	Pre	5	4	2	3	3	5	1	23
	Post	1	0	0	0	1	0	0	02
“Pensarán que soy incapaz”	Pre	2	2	2	2	3	2	1	14
	Post	1	0	0	0	1	0	0	02
“Creo que soy inútil”	Pre	2	2	2	3	3	2	1	14
	Post	1	0	0	0	1	0	0	02

La Tabla 8 muestra el registro de frecuencia de pensamientos irracionales de Soledad pre y post intervención. Se puede observar que el tipo de pensamiento “siempre se burlarán de mí”, durante una semana, tenía una frecuencia de veintitrés (23), habiendo llegado a disminuir a dos (2) luego de la intervención. En el caso del pensamiento “pensarán que soy incapaz”, hubo una disminución de catorce (14) a dos (2). Finalmente, el pensamiento irracional “creo que soy inútil” se presenta una frecuencia y disminución igual que el anterior. La Figura 3 está graficada sobre los resultados.

**Figura 3**

*Resultados comparativos de frecuencia de los pensamientos irracionales en pre y post intervención*



**Tabla 9**

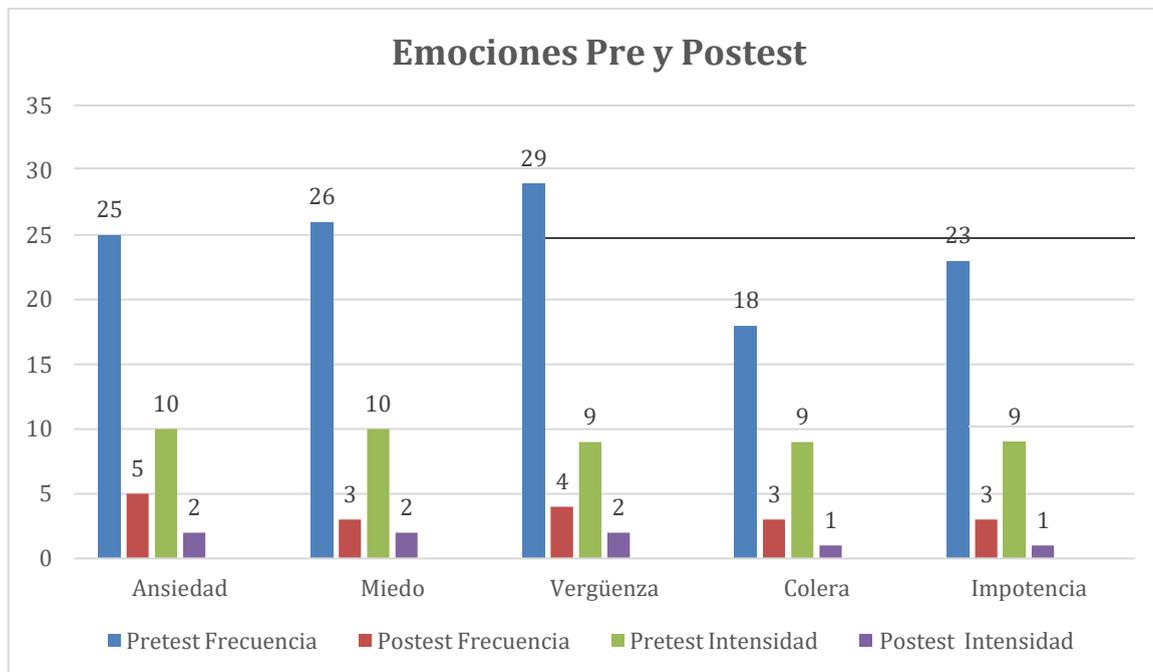
*Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones Pretest y Postest*

Conducta Problemática	Frec/Inten	Periodo	Lun	Ma	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total Prom
Ansiedad(0-10)	F	Pre	5	4	4	3	5	3	1	25
	F	Post	1	1	1	1	1	0	0	05
	I	Pre	10	10	10	10	10	10	3	10
	I	Post	2	0	2	2	1	2	1	02
Miedo(0-10)	F	Pre	5	4	5	3	6	2	1	26
	F	Post	1	1	1	0	1	0	0	03
	I	Pre	10	9	10	10	10	10	10	10
	I	Post	2	2	2	2	2	2	1	02
Vergüenza(0-10)	F	Pre	5	5	6	7	5	7	8	29
	F	Post	1	0	1	1	1	0	0	04
	I	Pre	9	9	9	9	9	8	7	09
	I	Post	2	2	2	2	2	2	1	02
Cólera(0-10)	F	Pre	5	7	7	6	5	6	4	18
	F	Post	1	0	1	0	1	0	0	03
	I	Pre	9	9	9	8	9	9	9	09
	I	Post	1	1	1	1	1	1	1	01
Impotencia(0-10)	F	Pre	5	6	5	5	7	6	6	23
	F	Post	2	2	1	0	0	1	0	03
	I	Pre	9	9	8	9	9	9	7	09
	I	Post	1	1	1	1	1	1	0	01

En la Tabla 9 y figura 4 se observa que se logró disminuir la frecuencia e intensidad de la ansiedad durante las semanas (pre:25 y post:5) así como en la intensidad (pre:10 y post:2), respecto al miedo se aprecia un descenso en la frecuencia (pre:26 y post:14) y en su intensidad (pre:10 y post:2), la Vergüenza baja de frecuencia (pre: 29 y post:4) y en intensidad (pre:9 y post:2), y Cólera una disminución en la frecuencia (pre:18 y post:3) y en la intensidad (pre:9y post:1) y la impotencia también en la frecuencia (pre:23 y post:3) y en la intensidad (pre: 9 y post: 1). Estos resultados son producto de la preparación que se le hacía tanto a la paciente como a la familia, así como su entorno más cercano. La Figura 4 está registrando los resultados a través de los gráficos.

**Figura 4**

*Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones pretest y Postest*

**Tabla 10**

*Resultados comparativos de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUD)*

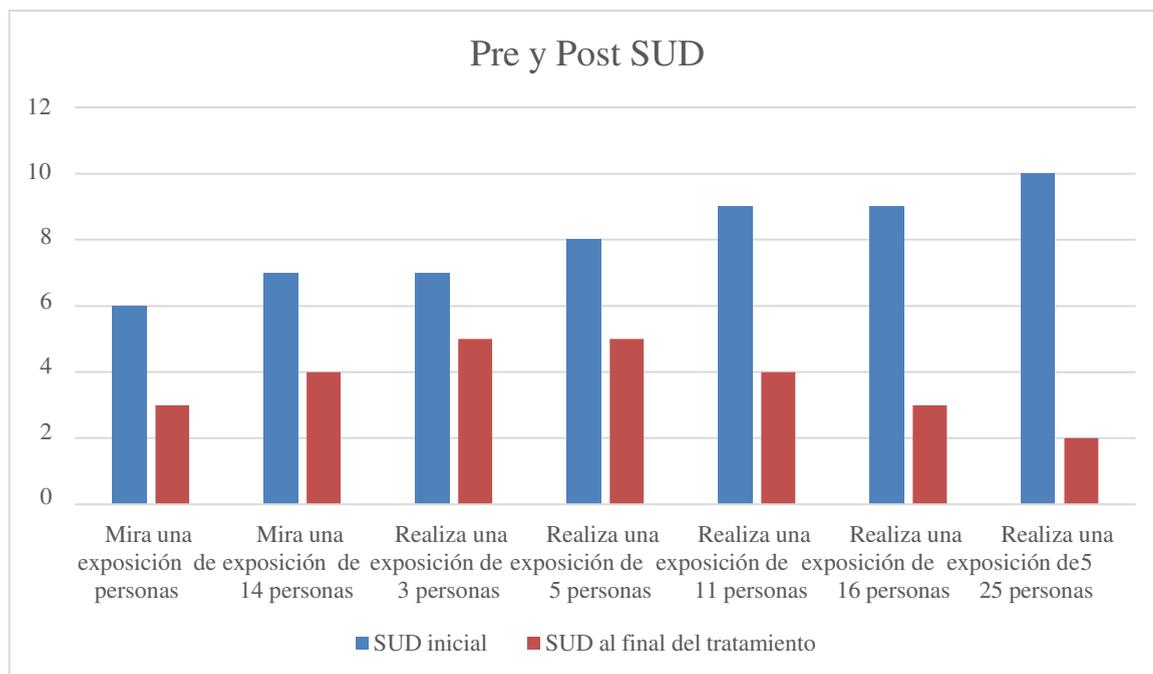
Ítems Situación Aversiva	SUD inicial tratamiento	SUD al final del tratamiento
Mira una exposición de 5 personas	6	3
Mira una exposición de 14 personas	7	4
Realiza una exposición de 3 personas	7	5
Realiza una exposición con la presencia de 5 personas	8	5
Realiza una exposición de 11 personas	9	4
Realiza exposición de 16 personas	9	3
Realiza una exposición de 25 personas	10	2

En la Tabla 10 se observa en el SUD de ansiedad en comparación de la semana 1 a la semana 14, el nivel alto de ansiedad y conductas de exponer ante más de 5 personas, se fueron

extinguendo en el transcurso de las sesiones terapéuticas. Se puede observar que ha habido resultados positivos. Paulatinamente Soledad se ha ido adaptando a mayor cantidad de personas ante las que debe estar presente y, principalmente, superar el momento y desempeñarse adecuadamente. La Figura 5 está graficando los momentos de este tipo de conductas.

### Figura 5

*Resultados comparativos de SUD de Ansiedad*



**Tabla 11***Resultados de la prueba de pensamientos automáticos Pre y Post*

N°	Pensamiento automático	Pre	Postest
1	<b>Filtraje:</b>	3	3
2	<b>Pensamiento polarizado:</b>	3	3
3	<b>Interpretación del pensamiento:</b> “Se burlarán de mi”	5	3
4	<b>Visión catastrófica:</b> “Es terrible no exponer bien”	5	3
5	<b>Falacia de control externo:</b>	3	3
6	<b>Falacia de justicia:</b>	3	3
7	<b>Debería:</b> “Debería hacerlo muy bien”	5	3
8	<b>Falacia de recompensa divina:</b>	3	3
9.	<b>Etiquetas globales</b> “soy incompetente por no exponer bien”	5	3
10.	<b>Generalización</b> “Siempre estoy nerviosa y me bloqueo”	5	3

En la Tabla 11 observa que el pensamiento automático de interpretación del pensamiento, visión catastrófica, debería, etiquetas globales y generalización han disminuido en relación con el puntaje total; por lo cual se infiere una modificación en sus pensamientos de la paciente, siendo estos más adaptativos. Los mejores logros están en interpretación del pensamiento, visión catastrófica, debería, sobregeneralización y etiquetas globales.

**Tabla 12***Resultados del Registro de opiniones de Ellis Pre y Postest*

Escala	Creencia Irracional	Pretest	Postest
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	5	3
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	5	3
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	3	3
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	5	3
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	3	3
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	3	3

La Tabla 12 muestra el resultado del registro de opiniones de Ellis, que indica los cambios

ocurridos en las creencias irracionales, destacando principalmente cuando la paciente se da cuenta de la importancia de ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles, así como reconocer a cada uno de los seres queridos. Se observa que la creencia “Es necesario ser querida y aprobada por todas las personas significativas para uno” “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, “Es terrible que las cosas no salgan como uno quiere, en el pretest tenían una puntuación de 5 y en el postest disminuyó a 3; por lo tanto, se infiere que la paciente ha adquirido creencias más racionales.

**Tabla 13**

*Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein*

N°	Habilidades Sociales	Pretest	Postest
1	Asertividad	Bajo	Promedio
2	Comunicación	Bajo	Promedio
3	Autoestima	Promedio bajo	Promedio
4	Toma de decisiones	Promedio bajo	Promedio

La Tabla 13 refleja los resultados de la lista de chequeos de Habilidades Sociales de Goldstein. Se detecta que, en la Asertividad y Comunicación, que en el pretest se encontraban en un nivel Bajo, ahora están en nivel Promedio. La Autoestima y la Toma de decisiones se encontraban en un nivel Promedio Bajo, ahora están en Promedio. Estos resultados nos están indicando que ha habido resultados positivos en lo que refiere a las habilidades sociales. Se aprecia que en las dimensiones asertividad y comunicación en el pretest obtuvo niveles bajos, sin embargo, en el postest obtuvo niveles promedio, de la misma manera en la dimensión Autoestima y toma de decisiones en el pretest tuvo promedio bajo tanto en el pre como en el post test, logrando obtener un nivel promedio, es decir la paciente logra obtener niveles

adaptativos para interactuar socialmente.

**Tabla 14**

*Resultados de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz*

<b>Subescalas</b>	<b>Pretest</b>	<b>Postest</b>
Miedo o Ansiedad	<b>34</b>	<b>13</b>
Evitación de situaciones sociales	<b>33</b>	<b>12</b>
Total	<b>67</b>	<b>25</b>

La Tabla 14 muestra los resultados de la escala de Ansiedad social de Liebowitz, en donde se encuentra que ha habido resultados favorables tanto en las subescalas Miedo o Ansiedad y Evitación en situaciones sociales, encontrándose que ha habido una disminución desde 34 y 33 hasta bajar a 13 y 12, respectivamente. Se aprecia que los niveles de ansiedad se redujeron significativamente, obteniendo una puntuación de 25 que significa una ansiedad social leve en comparación de la aplicación del pretest que obtuvo 67 que correspondía a una ansiedad social significativa.

### **3.2. Discusión de resultados**

En este caso se propuso como objetivo general que la paciente sea capaz de exponer ante un grupo sin experimentar ansiedad, logrando confrontar situaciones a nivel cognitivo, emocional y conductual con valores iguales o menores a 5/10 de ansiedad. Al finalizar las 14 sesiones del tratamiento se obtuvo un descenso 82 % de la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad social, esto indica que las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas para el caso fueron las adecuadas. Se consiguió la modificación de la conducta evitativa, consolidando así lo señalado por Mendoza (2020) quien resalta el resultado eficaz de la intervención cognitiva conductual en casos de ansiedad social, habiendo ayudado al usuario a actuar razonablemente ante grupos sociales en donde antes sentía miedo de ser evaluado de forma negativa. Esto coincide con lo mencionado por Espinoza (2006) y Rosenthal (2002) quienes

a través de la terapia cognitivo conductual encontraron modificaciones positivas en los pacientes con ansiedad social.

Acevedo (2014) menciona la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales, las mismas que promueven los pensamientos racionales y funcionales. Con respecto a los objetivos específicos, en el primer objetivo se brindó la parte informativa y psicoeducación sobre la ansiedad, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva ABCDE, los autorregistros, etc.

El segundo objetivo eran las conductas de evitación y postergación cuando tenía que realizar tareas en su aula o exponer ante un grupo de personas, para esto se utilizó la técnica de imaginación; al respecto, Delannays (2011) menciona, que este método produce mejoría a aquellos síntomas que tienen raíces emocionales y permite confrontar experiencias ansiógenas, también se utilizó la técnica de Autoobservación, parada del pensamiento, las técnicas racional emotiva conductual, y las auto instrucciones racionales, así Soledad aprendió gradualmente a cambiar sus pensamientos rígidos a pensamientos más flexibles.

El tercer objetivo fue identificar y modificar distorsiones cognitivas y creencias irracionales que condicionan la ansiedad a través de la reestructuración cognitiva. Con respecto a este objetivo se constató la validez y efectividad de las técnicas debate socrático, en esto se coincide con Barrio (2015) quien enfatiza que cuando el paciente comprende que identificar, analizar y modificar ayuda a cambiar los pensamientos negativos experimentados en situaciones u otras personas, puede sustituirlo por pensamientos más racionales y positivos, logrando de esta manera un estado psicológico más saludable.

El cuarto objetivo fue Disminuir las respuestas emocionales que iba acompañado de pensamientos de baja valía, a través del análisis de los auto registros, la usuaria logró analizar sus pensamientos y concientizando logró optar por pensamientos más racionales y funcionales, esto es reforzado por Rivadeneira y Minici (2012) quienes sostienen que el trabajo

de registros posibilita a los usuarios formar de manera práctica los conocimientos del modelo cognitivo y los pacientes llegan a comprender que sus pensamientos influyen también en las emociones y conductas. El ver escrito su pensamiento le ayuda a los pacientes a concientizar de que sus pensamientos negativos son incorrectos y se distancia de dichas creencias, los ayuda también a percibirlos como subjetivos y no beneficiosos.

El quinto objetivo era que Soledad aprenda y practique la comunicación asertiva, habilidades sociales y participe de forma grupal con sus compañeros sin retirarse ni evitar cuando le toca exponer en el aula o en el trabajo, son las técnicas de imaginación, las tareas que se le dejó las que le ayudaron de gran manera, Soledad logró reunirse con sus compañeras de estudio, de trabajo y otra parte de su entorno, refiere: “comprendí que son mis pensamientos negativos, los que causaban mi estado emocional, practicando en mi rutina de vida me di cuenta del gran valor que tiene adquirir y practicar pensamientos positivos, y gracias a ello he aprendido a disfrutar de los momentos que me tengo para compartir conocimientos en lugar temerle, esto me ha ayudado poco a poco a cambiar de ideas porque creo que puedo crecer como persona y no enfrascarme en mí misma, ahora entendí que la única perjudicada con esa actitud era mi persona”. Soledad ha logrado también dar exposiciones en el aula, en el trabajo y en otros grupos de manera espontánea, en tres oportunidades también ha disminuido los niveles de vergüenza y el temor que sentía cuando percibía críticas de otras personas.

Por otro lado, a través de ABCD y la autoobservación, soledad logró aceptarse, valorarse y quererse, entendió que todos tienen errores y es un derecho también equivocarse, manifiesta que antes dio más valor e importancia a los demás que así misma, pero comprendió que lo más importante es escucharse y valorarse a sí misma y que todo parte de ahí. Se considera que para reforzar el programa es recomendable que soledad asista a una terapia grupal de enfoque cognitivo conductual.

De esta manera hemos corroborado que el uso de la terapia cognitiva conductual tiene resultados eficaces en casos de usuarios con trastorno de ansiedad social. Según los resultados se observa la efectividad de la aplicación de la técnica racional, lográndose disminuir pensamientos negativos al exponer logrando promover pensamientos más adaptativos. Ya que como explican Weeks et al. (2008), la ansiedad social no solo consiste en el miedo a la evaluación negativa, sino que también hay un miedo a la evaluación positiva. Se modificaron las cogniciones “Se burlarán de mí”, “pensarán que soy incapaz”, “creo que soy un inútil” por pensamientos más adaptativas. Esto a través de técnicas como la psicoeducación, el uso de registros, Autoobservación debate y redefinición, desensibilización sistemática etc.

A partir de los resultados encontrados, se aprecia que los pensamientos automáticos que más se asocian con la ansiedad social son los relacionados con el ítem interpretación del pensamiento, cuando la usuaria piensa “Se burlarán de mí”, “Sentirán lastima y reirán de mí”, “Pensarán que soy incapaz”, asimismo con el pensamiento automático visión catastrófica, cuando la usuaria manifiesta “Es terrible”. Por otro lado, la comparación en base al post test con el pretest en los pensamientos automáticos, se observa una mejoría significativa, tal como se esperaba, en sentido positivo, siendo en dicho sentido los pensamientos de la usuaria más adaptativos. Con respecto a los demás pensamientos se encuentran dentro de los parámetros normales. También tiene semejanza con un estudio realizado en México por Diaz (2021) utilizando el modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad en un joven de 23 años de edad, el estudio de caso único estuvo fundamentado en el libro de tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad, siendo el resultado: aprendizaje de estrategias para disminuir la activación fisiológica, nueva y diferentes maneras de pensar frente a un mismo evento, capacidad para identificar pensamientos catastróficos y debatirlos para lograr una mejor calidad de vida.

Estos estudios para mejorar las habilidades sociales concuerdan y se corroboran con los estudios de los autores Grant et al. (2005) indican que según sus estudios el 93% son de ansiedad social, y en situaciones sociales el 76%, y el 43%, se encuentra con ansiedad social generalizada. La ansiedad social suele presentarse más en ansiedad y evitación sociales, y miedo a la evaluación negativa.

Los resultados obtenidos de desensibilización sistemática se han realizado a través de la imagenología y exposición en vivo, observando que dichas técnicas han permitido la reducción de ansiedad. Asimismo, Vallejo-Slocker y Vallejo (2016) refieren que la desensibilización sistemática es eficaz en el paciente porque su método es flexible y posee bases teóricas consolidadas, para revalorar la técnica, asimismo constituye la mejor técnica para reducir la ansiedad social mediante la relajación, la presentación gradual y el aprendizaje duradero de una respuesta alternativa bajo un contexto estimular variado que favorece la generalización.

Para incrementar las conductas de interacción social a través de la técnica del modelado se trabajó con la técnica de psicoeducación, relajación y con ejemplos a fin de que la paciente adquiriera nuevas conductas que favorezcan su desarrollo social. Inicialmente la examinada en la prueba de lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein alcanzó niveles bajos en asertividad, comunicación, y un promedio bajo en autoestima, por lo que fue necesario incrementar los niveles adecuadamente en estas áreas especialmente al evitar exponer en público, solicitando ayuda a otras personas que asuman su responsabilidad presentando excusas para no exponer, retirándose y luego sentir alivio posteriormente. En el postest en las dimensiones mencionadas logró alcanzar un Nivel Promedio, además logró que la examinada aprendiera nuevas actitudes y conductas que favorezcan su equilibrio psicológico. En relación con estos resultados Pomahuacre (2015) realizó un TCC en una mujer adulta con ansiedad social utilizando la técnica del modelado, relajación progresiva, la paciente logró en un 82%

enfrentar situaciones que le causaban temor. Asimismo, Requena (2019), en su estudio cuyo objetivo fue enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público en un varón adulto, logró reducir respuestas de temor escape, miedo a un 6%, después de 5 meses de tratamiento el paciente ya pudo desenvolverse adecuadamente donde antes tenía temor de enfrentarse y de ser calificado negativamente. En este sentido la técnica del modelado de Albert Bandura en la teoría de aprendizaje social muestra la diferencia entre aprendizaje activo y aprendizaje vicario, el primero significa aprender al hacer y experimentar (aprender haciendo) y el aprendizaje Vicario (Observacional) significa aprender observando a los otros y los elementos de este aprendizaje observacional serían prestar atención, retener la información y generar conductas, y los factores que influyen en el mencionado aprendizaje serían el estado del desarrollo, prestigio y competencia del modelo, expectativas de los resultados, establecimiento de metas y auto eficiencia. En relación con la enseñanza, existen cinco resultados posibles: enseña nuevas conductas y actitudes, promueve la conducta actual (previamente aprendida), modifica inhibiciones (fortalece o debilita), dirige la atención y despierta emociones.

### **3.3. Seguimiento**

Luego de cuatro semanas de finalizada la intervención, la paciente manifestó sentirse mejor, refirió que está aplicando los conocimientos aprendidos y le han ayudado a crecer como persona, ha logrado exponer 5 veces y aunque no ha sido perfecto, manifiesta que ha mejorado el 82 %, agrega que seguirá aplicando lo aprendido, se le dio el número de teléfono para que si necesita ayuda lo solicite.

#### IV. Conclusiones

- Las Técnicas de psicoeducación permitieron que la paciente incorpore los conocimientos científicos sobre la terapia cognitiva conductual los cuales también repercutieron en la disminución de la ansiedad.
- Por medio de la desensibilización sistemática la paciente logró disminuir la conducta de evitar y postergar las exposiciones.
- Las técnicas de reestructuración cognitiva (racionales) permitieron que la paciente reemplazara los pensamientos automáticos por pensamientos más adaptativos.
- Se logró disminuir las respuestas emocionales en la paciente como la ansiedad, miedo y frustración en situaciones sociales que le incomodaban, mediante la aplicación de la técnica de desensibilización encubierta.
- Se logró incrementar las conductas de interacción social como participar en clases, trabajar en grupo y realizar exposiciones sin leer frente a un grupo de personas, través de la técnica del modelado.

## V. Recomendaciones

- Reforzar los logros obtenidos mediante un programa de seguimiento para mantener, mejorar y fortalecer los resultados de la intervención, así como la mejora de las habilidades sociales y éxitos personales que se han alcanzado como producto del trabajo hecho con la paciente.
- Incorporarla a una terapia grupal para prevenir recaídas, así como practicar autoinstrucciones cognitivas con miras a mejora continua.
- Debatir y solucionar los nuevos pensamientos irracionales que vayan surgiendo con el fin de encontrar alternativas de pensamientos más adaptativos.
- Disminuir la frecuencia e intensidad de respuestas emocionales que puedan interferir en ella, practicando técnicas que ha aprendido, como, por ejemplo, las autoinstrucciones, que ayudaron a diferenciar las adecuadas de las irrelevantes.
- Realizar un seguimiento mensual y después cada 6 meses, que le permita mantener y fortalecer los cambios obtenidos en 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](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4203/ACOSTA_HR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Acevedo, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. [Tesis de posgrado para Maestría, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Colombia. <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/2079?mode=simple>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual Diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales*. (5ª ed.). El Manual Moderno. <https://doi.org/10.1002/9781119547174.ch198>
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Bados, A. (2001a). *Fobia social*. Síntesis.
- Caballo, V., Salazar, I., García L., Irurtia, M. & Arias, B. (2014). *Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas*. Pirámide.
- Caballo, V., Ellis, A., Lega, L. (2002). *Teorías y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Siglo Veintiuno. S.A.
- Castañón, A. I. (2019). *Intervención cognitivo conductual en estrés, ansiedad y depresión en usuarios de reproducción asistida*. [Tesis de Post grado, Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez]. Repositorio Institucional UACJ. <http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5370/Tesis%20Ana%20Indira%20Casta%20C3%B1%20C3%B3n.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Castro, L. (1975). *Diseño experimental sin estadística*. Trillas
- Castro, A. (2018). *Influencia del Mindfulness sobre la Ansiedad y la Depresión en Estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello*. [Tesis de Pregrado, Universidad Católica Andrés Bello]. Repositorio Institucional <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT6989.pdf>
- Ellis, A. (1999). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Paidós.
- Ellis, A. (2004). *Las relaciones con los demás*. Océano.
- Espinoza, G. (2006). *Programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con Fobia social*. UPCH.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.). McGraw-Hill.
- Huamaní, C. (2014). *Programa de intervención de un caso de una niña de 10 años con problemas de conducta de una institución privada de Lima*. [Tesis para obtener el Grado de Bachiller, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico UPC. [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/652203/Huamani\\_V\\_C.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/652203/Huamani_V_C.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4ª ed.). McGraw-Hill. <https://idoc.pub/documents/kerlinger-2002-kerlinger-investigacion-del-comportamiento-vnd15jqkdjnx>
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (2ª ed.). Siglo XXI
- Marín, A.H., Martínez, G.J. y Ávila, J.M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica* 26 (1), 23-31. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2015/bio151d.pdf>

- Martínez, P., Soria, A. y Neira, P.P. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de casos clínicos en Salud Mental*. (1), 63-77. [Dialnet-EvaluacionYTratamientoDeUnCasoDeTrastornoDeAnsieda-7323083.pdf](#)
- Mendoza, H. (2020). *Terapia cognitivo conductual aplicado a un adolescente con fobia social*. [Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4902/UNFV\\_MENDOZA\\_ROJAS\\_HADA\\_GABRIELA\\_TITULO\\_SEGUNDA\\_ESPECIALIDAD\\_2020%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4902/UNFV_MENDOZA_ROJAS_HADA_GABRIELA_TITULO_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2020%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7(3), 847-862. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Muñoz, J.P. y Aplizar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*, 30(1), 40-47. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales*, CIE-11.
- Orellana, J. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4582/Orellana\\_Coronado\\_Jacqueline\\_Segunda\\_Especialidad\\_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4582/Orellana_Coronado_Jacqueline_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Pacheco, P.L. (2018). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de fobia social*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4306>

- Pomahuacre, J. (2015). *Tratamiento Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal].  
 Repositorio Institucional UNFV.  
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4582?show=full&locale-attribute=es>
- Requena, F. (2019). *Intervención cognitivo conductual para la Fobia Social en un varón adulto*. [Trabajode 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](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3450/UNFV_REQUENA_VILLARREAL_FREDDY_HECTOR_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rivadeneyra, C. y Minici, A. (2002). *¿Por qué elegimos Terapia Cognitiva Conductual?* Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento [CETECIC]
- Rodríguez, G. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual para un hombre adulto con ansiedad social*. [Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].  
 Repositorio Institucional UNFV.  
<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4367/RODRIGUEZ%20DIAZ%20GLORIA%20DIANA%20TITULO%20DE%20SEGUNDA%20ESPECIALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rosenthal, C. (2002). *Tratamiento conductual cognitivo de la depresión y la ansiedad* [Tesis de pregrado, Pontifica Universidad Católica del Perú].
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwen S.A.
- Sotelo, M.I. (2018). Fobia social y terapia cognitiva. Un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia* 10(2), 131-156

file:///C:/Users/gorki/Downloads/Dialnet-FobiaSocialYTerapiaCognitiva-7529910.pdf

Vallejo-Slocker, L. y Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una Técnica Superada o Renombrada. *Revista de la Universidad Complutense de Madrid*. (168). 160-162. <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v13n2/1578-908X-acp-13-02-00157.pdf>

Van Dalen, D. y Meyer, W. (1981). *Manual de técnica de la investigación educacional*. Ibérica Ediciones S.A.

Virgen, R., Lara, A.C., Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. 6 (11), 1-11.

**VII. Anexo A**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN PSICOLOGICA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD**

Asisto a una consulta psicológica privada para recibir terapia, las mismas que serán brindadas por un profesional psicólogo. Tengo plena seguridad que al amparo de la ley N°20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a mi intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

**EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha..... Hora..... N° Historia  
Clínica

Quisiera  
dejar constancia que he tomado conocimiento del  
proyecto.....

..... el mismo que es realizado por el  
psicólogo.....

....., en condición de  
investigador de.....

..... Yo declaro haber sido informado de los procedimientos de la intervención del trabajoacadémico que se realizara y se han resuelto todas mis inquietudes de preguntas al respecto,consciente de mis derechos y en forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de lainformación y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitan ratificar la eficacia de la terapia..... mediante una evaluación pre y post tratamiento.

-----  
Firma o huella  
digital del  
paciente  
D.N.I.....  
.....

-----  
Firma o huella del  
profesional Psicólogo  
que informa y toma el  
consentimiento  
D.N.I.....

Fecha.....de.....del.....



## Anexo C

### Registro de entrenamiento de Relajación Progresiva

Nombres:.....

Edad:.....

Instrucciones: En la segunda y tercera columna, coloque la puntuación según la escala del 1 al 10, antes y después de hacer realizado los ejercicios de relajación.

Considere los siguientes niveles:

1                      2                      3                      4                      5

Totalment  
e relajado                      Muy  
relajado                      Moderadamente  
relajado                      Bastante  
relajado                      Ligeramente  
relajado

6                      7                      8                      9                      10

Ligerament  
e tenso                      Bastante  
tenso                      Moderadame  
nte tenso                      Muy tenso                      Extremadamente  
tenso

Semana	Antes del ejercicio de relajación (1-10)	Después del ejercicio de relajación (1-10)	Hora de inicio	Hora de termino	Tiempo total de relajación
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Total, semana	por	
---------------	-----	--

Fuente: Davis, McKay, Eshelman (1985)

### Anexo D

Registro de la práctica de la exposición a nivel imaginal al estímulo temido

Nombres:.....edad:.....

Semana	Hora de inicio	Hora de termino	Tiempo total de practica
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Total por semana	
------------------	--

Fuente: Davis, McKay, Eshelman (1985)

### Anexo E

Registro de la práctica de la exposición en vivo al estímulo temido

Nombres:.....Edad.....

Instrucciones. Marcar según corresponda

Semana	Exposición en vivo	Uso de la técnica de relajación progresiva	Comentarios
Lunes	Si	Si	
	No	No	
Martes	Si	Si	
	No	No	
Miércoles	Si	Si	
	No	No	
Jueves	Si	Si	
	No	No	
Viernes	Si	Si	
	No	No	
Sábado	Si	Si	
	No	No	
Domingo	Si	Si	
	No	No	

Total por semana	
------------------	--

**Anexo F**  
**Escala de Ansiedad Social de**  
**Liebowitz (LSAS)**

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Evaluar a cada ítem con un 0 (nada), 1 (ligero), 2 (moderado) o 3 (severo) basado en su experiencia o de la semana pasada. A cada ítem se le debe asignar sólo una puntuación de Miedo y una puntuación de Evitación. Si usted no entró en la situación temida en la semana pasada, evalúe el ítem de acuerdo a cómo habría sido su nivel de miedo si se hubiera encontrado con la situación temida y la hubiera evitado.

Situaciones Sociales	<b>Miedo o Ansiedad</b> 0 = Nada 1 = Ligero 2 = Moderado 3 = Severo	<b>Evitación</b> 0 = Nunca (0%) 1 = Ocasionalmente (1- 33%)
1. Telefonar en público (D)		
2. Participar en grupos pequeños (D)		
3. Comer en lugares públicos (D)		
4. Beber en otros lugares públicos (D)		
5. Hablar a gente de autoridad (S)		
6. Actuar, desempeñarse o dar una charla frente a una		
7. Asistir a una fiesta (S)		
8. Trabajar mientras se es observado (D)		
9. Escribir mientras se es observado (D)		
10. Llamar a alguien que no conoces bien (S)		
11. Hablar con gente que no conoce muy bien (S)		
12. Reunirse con extraños (S)		

13. Orinar en baños públicos (D)		
14. Entrar a una habitación donde ya están sentados		
15. Ser el centro de la atención (S)		
16. Hablar en voz alta en una reunión (D)		
17. Dar un examen (D)		
18. Expresar un desacuerdo o una desaprobación a gente		
19. Ver a los ojos de gente que no conoce muy bien (S)		
20. Proporcionar un informe a un grupo (D)		
21. Intentar trabar conversación con alguien (D)		
22. Devolver mercadería a una tienda (S)		
23. Ofrecer una fiesta (S)		
24. Resistir una gran presión de un vendedor (S)		

## Anexo G

### CUESTIONARIO DE REGISTRO DE OPINIONES DE

#### ALBERT ELLIS INSTRUCCIONES

Este inventario de Creencias está dirigido para descubrir ideas irracionales particulares, las cuales contribuyen con la infelicidad y la tensión.

No es necesario pensar mucho en ninguna oración, marque su respuesta en la tarjeta de respuestas.

En primer lugar, coloque los datos que se le solicitan en el protocolo de respuestas adjunto a este cuadernillo, luego comience por la primera oración, asegúrese de **marcar como Ud. piensa en el momento presente** acerca de la declaración o pregunta y no la manera en que Ud. piensa que **"Debería Pensar"**

Bien ahora voltee la página y comience a responder cada oración

1. Es importante para mi el que otras personas me aprueben.
2. Yo odio el fallar en cualquier cosa.
3. Las personas que se equivocan merecen lo que les sucede.
4. Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.
6. Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.
7. Usualmente hago a un lado decisiones importantes.
8. Todo el mundo necesita a alguien de quien pueda depender para ayuda y consejo.
9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas".
10. Prefiero la tranquilidad del ocio sobre todas las cosas.
11. Me gusta tener el respeto de los demás, pero no tengo que tenerlo.
12. Yo evito las cosas que no hago bien.
13. Muchas personas salvadas escapan al castigo que ellas merecen.
14. Las frustraciones no me perturban.
15. Las personas se perturban no por las situaciones sino por la visión que tienen de ellas.
16. Yo siento poca ansiedad respecto de los peligros no esperados o eventos futuros.
17. Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen.
18. Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes.
19. Es casi imposible vencer la influencia del pasado.
20. Me agrada dedicarme a muchas cosas a la vez.
21. Yo quiero agradarle a todo el mundo.
22. No me importa el competir en actividades en las cuales los demás son mejores que yo.
23. Aquellos que se equivocan o cometen errores merecen ser culpados o castigados.

24. Las cosas deberían ser diferentes de la manera en que ellas son.
25. Yo produzco mis propias emociones.
26. Frecuentemente no puedo apartar mi mente de algunas preocupaciones.
27. Yo evito el enfrentar mis problemas.
28. Las personas necesitan una fuente de fortaleza fuera de sí mismas.
29. Solamente porque alguna cosa en una ocasión afectó fuertemente mi vida, eso no quiere decir que tiene que hacerlo en el futuro.
30. Yo estoy más realizado (a) cuando tengo muchas cosas que hacer.
31. Yo puedo gustar de mí mismo (a) aun cuando otras personas no lo hagan.
32. Me agrada tener éxito en algunas cosas, pero no siento que tengo que tenerlo.
33. La inmoralidad debería ser fuertemente castigada.
34. Frecuentemente me perturbo por situaciones que no me agradan.
35. Las personas que son miserables usualmente se han hecho a sí mismas de esa manera.
36. Si no puedo evitar que algo suceda no me preocupo acerca de eso.
37. Usualmente hago las decisiones tan pronto como puedo.
38. Hay personas de las cuales dependo grandemente.
39. Las personas sobrevaloran la influencia del pasado.
40. Yo disfruto mucho más el involucrarse en un proyecto creativo.
41. Si no le agrada a los demás, ese es su problema, no el mío.
42. Es grandemente importante para mí el ser exitoso (a) en todo lo que hago.
43. Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones.
44. Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aún si ellas no me agradan.
45. Una persona no estaría enojada o deprimida por mucho tiempo a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.
46. No puedo tolerar el tomar riesgos.
47. La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables.
48. Me agrada mantenerme firme sobre mí mismo(a).
49. Si hubiere tenido diferentes experiencias podría ser más como me gustaría ser.
50. Me agradaría retirarme y dejar de trabajar por completo.
51. Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás.
52. Disfruto las actividades por el placer de realizarlas sin importar cuán bueno (a) yo sea en ellas.
53. El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas.
54. Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro.
55. Entre más problemas tiene una persona, menos feliz será.
56. Casi nunca estoy ansioso(a) acerca del futuro.
57. Casi nunca dejo las cosas sin hacer.
58. Yo soy el único (a) que realmente puede entender y enfrentar mis problemas.
59. Casi nunca pienso en las experiencias pasadas como afectándome en el presente.
60. Demasiado tiempo libre es aburrido.
61. Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí.
62. Me perturba cuando los demás son mejores que yo en alguna cosa.
63. Todo el mundo es básicamente bueno.
64. Yo hago lo que puedo para obtener lo que quiero y luego no me preocupo acerca de eso.
65. Ninguna cosa es perturbadora en sí misma, solamente en la manera en que la interpretamos.
66. Yo me preocupo mucho respecto de ciertas cosas en el futuro.

67. Es difícil para mí el llevar a cabo ciertas tareas no placenteras.
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.
69. Nosotros somos esclavos de nuestras historias personales.
70. En ocasiones desearía poder ir a una isla tropical y únicamente descansar en la playa para siempre.
71. Frecuentemente me preocupo acerca de cuantas personas me aprueban y me aceptan.
72. Me perturba cometer errores.
73. Es una injusticia el que "la lluvia caiga sobre el justo y el injusto".
74. Yo "tomo las cosas como vienen".
75. La mayoría de las personas deberían enfrentar las incomodidades de la vida.
76. En ocasiones no puedo apartar un temor de mi mente.
77. Una vida de comodidades es raras veces muy recompensante.
78. Yo encuentro fácil el buscar consejo.
79. Si algo afectó fuertemente tu vida, siempre será de esa manera.
80. Me agrada estar sin hacer nada.
81. Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sientan acerca de mí.
82. Frecuentemente me incomoda bastante por cosas pequeñas.
83. Usualmente le doy a alguien que me ha hecho una mala jugada una segunda oportunidad.
84. Las personas son más felices cuando tienen desafíos y problemas que superar.
85. No hay nunca razón alguna para permanecer apesadumbrado por mucho tiempo.
86. Yo casi nunca pienso en cosas tales como la muerte o la guerra atómica.
87. Me desagrada la responsabilidad.
88. Me desagrada tener que depender de los demás.
89. Realmente las personas nunca cambian en sus raíces.
90. La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente.
91. Es incómodo, pero no perturbador el ser criticado.
92. Yo no tengo temor de hacer cosas las cuales no puedo hacer bien.
93. Nadie es perverso o malvado, aun cuando sus actos puedan serlo.
94. Casi nunca me perturbo por los errores de los demás.
95. Las personas hacen su propio infierno dentro de sí mismos.
96. Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) planificando lo que haría indiferentes situaciones peligrosas.
97. Si alguna cosa es necesaria, la llevo a cabo aun cuando no sea placentera.
98. Yo he aprendido a no esperar que los demás se hallen muy interesados acerca de mi bienestar.
99. No me incomoda lo que he hecho en el pasado.
100. Yo no puedo sentirme realmente contento (a) a menos que me encuentre relajado (a) y sin hacer nada

## Anexo H

### INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

**0= Nunca pienso eso**

**1= Algunas veces lo pienso**

**2= Bastante veces lo pienso**

**3= Con mucha frecuencia lo pienso**

	<b>0- nunca pienso eso</b>	<b>1- algunas veces</b>	<b>2- basta ntes veces</b>	<b>3- con mucha frecuencia</b>
1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2. Solamente me pasan cosas malas.				
3. Todo lo que hago me sale mal.				
4. Sé que piensan mal de mí.				
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6.Soy inferior a la gente en casi todo				
7.Si otros cambiaran su actitud yo mesentiría mejor				
8. No hay derecho a que me traten así.				
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.				
10. Mis problemas dependen de los que me rodean.				
11.Soy un desastre como persona.				
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas				

14. Sé que tengo la razón y no me entienden.				
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16. Es horrible que me pase esto				
17. Mi vida es un continuo fracaso.				
18. Siempre tendré este problema				
19. Sé que me están mintiendo y engañando.				
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21. Soy superior a la gente en casi todo				
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.				
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.				
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.				
26. Alguien que conozco es un imbécil				
27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa.				
28. No debería de cometer estos errores				
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30. Ya vendrán mejores tiempos				
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.				
32. Soy incompetente e inútil.				
33. Nunca podré salir de esta situación				
34. Quieren hacerme daño				
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas que quiero?				

36.La gente hace las cosas mejor que yo				
37. Soy una víctima de mis circunstancias.				
38.No me tratan como deberían hacerlo y merezco				
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41. Soy un neurótico.				
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43.Debería recibir más atención y cariño de otros				
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da gana				
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

### Anexo I

Fecha	Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción (C)	Debatir (D)	Efecto nuevo (E)
	Exponer frente a un grupo de personas	“Se burlarán de mi porque en lugar de exponer solo leo o me bloqueo y titubeo	<p>Ansiedad</p> <p>Miedo</p> <p>Tristeza</p> <p>Vergüenza</p> <p>Frustración</p> <p>Lee y evita cuando tiene exponer</p>	<p>¿Qué te hace pensar que se burlaran de ti por no saber exponer?</p> <p>¿Crees que todas las personas que exponen están totalmente sujetas a burlas?</p> <p>¿Crees que todas las oyentes se burlaran de una persona que expone?</p> <p>¿Qué es lo peor que puede pasar, y si pasa entonces que puede ocurrir?</p> <p>¿Tu harías lo mismo con alguien que expone en una reunión?</p> <p>¿Qué le dirías a un amigo que hiciera en tu misma situación?</p> <p>¿Puede decirte algo que le sea de utilidad?</p> <p>¿Qué piensas que puede cambiar para que puedas exponer mejor?</p>	<p>Por no saber exponer no significa que se burlaran de mí, y si eso sucediera es parte de la convivencia humana, y no me perjudicara porque eso solo esta en mi mente, aprendí que si lo acepto positivamente no me afectara, Sino que servirá más bien para mejorar cada vez más.</p>

		<p>“Pensaran que soy incapaz porque solo leo y no puedo hablar espontáneamente</p>	<p>- ¿En qué te basas para pensar en eso?</p> <p>- ¿Cómo llegas a esa conclusión?</p> <p>- ¿Todas las personas que no exponen bien con incapaces?</p> <p>- ¿Qué significa ser incapaz para ti?</p> <p>- ¿Qué significa ser capaz para ti?</p> <p>- ¿Es razonable creer que por no saber exponer una persona sea incapaz?</p> <p>- ¿Quieres decirme que solo por la experiencia que tuviste de no poder exponer eres incapaz?</p> <p>¿Consideras que tienes otras habilidades?</p> <p>¿Ahora si lo describes así, ¿Cómo crees que te sentirías?</p> <p>¿Piensas que te beneficia o te perjudica esta idea en el momento de exponer?</p> <p>¿Crees puede haber otras creencias más racionales?</p>	<p>Solo por las experiencias que tuve de leer sin poder expresarme no significa que sea incapaz, tengo otras habilidades, he logrado muchas metas, y ya estoy logrando expresarme mejor e incluso exponer sin tener que leer y se que cada vez mejorare en mis exposiciones ante un grupo de personas.</p>
--	--	--	--	--

		<p>“Creo que soy inútil”</p>		<p>¿En qué te basas para pensar que eres inútil?</p> <p>¿Todos los que no pueden exponer son inútiles?</p> <p>¿Qué es ser inútil para ti?</p> <p>¿y que no es ser inútil?</p> <p>¿Tú has llegado creyendo que eres inútil, pero me has mencionado, que tienes otras habilidades, te parece justo entonces etiquetarte como inútil?</p> <p>¿Entonces no puedes decir que por no exponer bien eres un inútil?</p> <p>¿Por otro lado, crees que pensar así te beneficia?</p> <p>Ahora que te das cuenta, ¿cuál sería el pensamiento más adecuado?</p>	<p>“Soy una persona con varias habilidades, Por no exponer bien no quiere decir que sea inútil, ya que tengo un trabajo, estoy cursando estudios superiores y tengo un hogar funcional y estudiando más, se que mejorare podre exponer sin necesidad de solamente leer.</p>
--	--	------------------------------	--	--	---