



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

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

**Línea de Investigación: Salud Mental**

Trabajo académico para optar el Titulo de Segunda Especialidad en Terapia

Cognitivo Conductual

**Autor:**

Ramírez Coca, Osmar José

**Asesor:**

Casquero Zaidman, Miriam

ORCID 0000 – 0003 -0214 – 481X

**Jurado:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Carlos Ventura, David Dionisio

**Lima - Perú**

**2022**

### **Dedicatoria**

A mi esposa, por acompañarme en esta etapa importante de mi vida.

## **Agradecimiento**

A Dios, por permitirme llegar a tener esta oportunidad en vida y por llenarme siempre de sabiduría para tomar decisiones justas.

Siempre estaré reconocido a mi esposa, por brindarme apoyo constante, fuerzas y amor en momentos buenos y malos, con todo ello tengo más fuerza para seguir adelante.

La orientación que he recibido de mis asesores, así como su dedicación y enseñanza, he logrado una buena formación para la culminación del presente trabajo.

Mi familia, siempre ha estado presente en todos los momentos de mi vida, su compañía siempre ha sido motivadora.

## Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	1
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Antecedentes	3
1.2.1 Antecedentes nacionales	3
1.2.2 Antecedentes internacionales	5
1.2.3 Fundamentación teórica	7
1.2.3.1 Modelos explicativos de la ansiedad social	7
1.2.3.2 Criterios diagnósticos	14
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación	17
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	18
II. Metodología	19
2.1 Tipo y diseño de investigación	19
2.2 Ámbito temporal y espacial	20
2.3 Variables de la investigación	20

2.4 Participante	20
2.5 Técnicas e instrumentos	20
2.5.1 Técnicas	20
2.5.2 Instrumentos	23
2.5.3 Evaluación Psicológica	29
2.5.4 Evaluación Psicométrica	41
2.5.5 Informe Psicológico Integrador	46
2.6 Intervención psicológica	50
2.6.1 Plan de Intervención y Calendarización	50
2.6.2 Programa de Intervención	50
2.7 Procedimiento	68
2.8 Consideraciones éticas	69
III. Resultados	70
3.1 Resultados pre y post intervención	70
3.2 Discusión de resultados	78
3.3 Seguimiento	79
IV. Conclusiones	80
V. Recomendaciones	82
VI. Referencias	83
VII. Anexos	86

## Índice de Tablas

1. El coeficiente de correlación de confiabilidad	27
2. Resultados de Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social	42
3. Categorías y puntajes	45
4. Análisis funcional	48
5. Análisis de la triple columna ABC	49
6. Explicación de la conducta cuando tiene miedo de que lo critiquen	53
7. Explicación de la conducta en reuniones sociales	54
8. Explicación de la conducta de sus deseos	58
9. Registro de la línea base de la semana 1, según presencia De pensamientos distorsionados	69
10. Registro de la línea base de la semana 1, según la intensidad de La intensidad	70
11. Registro semanal en frecuencia de conductas problema	71
12. Línea de tratamiento por sesiones para pensamientos distorsionados	72
13. Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema	73

## Índice de Figuras

1. Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social	67
2. Pre y post test de la Escala de ansiedad social de Beck	67
3. Pre y post test de la Escala de Ansiedad de Zung	68
4. Inventario de Pensamientos Automáticos de distorsiones cognitivas	68
5. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein	69
6. Registro de la línea base de la semana 1 según la intensidad de ansiedad	70
7. Registro semanal en frecuencia de pensamientos distorsionados	71
8. Registro semanal en frecuencia de conductas problema	72
9. Línea de tratamiento por sesiones para pensamientos distorsionados	73
10. Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema	74

## Resumen

En el presente trabajo académico se desarrolla un caso clínico en la ciudad de Lima, en una mujer adulta de 24 años, que se encontraba atravesando por una crisis de ansiedad social. Se aplicó un programa de intervención cognitivo conductual, durante 16 sesiones, en un periodo de 5 meses, con aproximadamente 60 minutos en cada sesión. Se realizó la Historia clínica psicológica y la evaluación de pruebas psicológicas, donde se recabaron datos para realizar el programa de intervención cognitivo conductual. El plan de tratamiento comienza con un Registro de conductas frecuentes y pensamientos distorsionados, se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales como Reestructuración cognitiva, tareas para la casa, respiración diafragmática, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, utilizamos también la Psicoeducación durante las sesiones. La investigación es de tipo experimental, con mediciones pretest, programa de intervención cognitivo conductual y post test. La variable dependiente fue el cuadro clínico de ansiedad social y la variable independiente fue la intervención cognitivo conductual. Se administraron las pruebas psicológicas de Escala de evaluación de Liebowitz, Escala de Ansiedad de Zung, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan, Escala de Habilidades Sociales de Goldstein. Sus resultados mostraron relevancia en la ansiedad social al inicio del tratamiento, y se demostró que después del programa de intervención el problema de ansiedad social disminuyó significativamente.

*Palabras clave:* Ansiedad social, intervención cognitivo conductual, modelo cognitivo conductual



## Abstract

In the present research work, I developed a clinical case in the city of Lima, in a 24-year-old adult woman, who was going through a crisis of social anxiety. A cognitive behavioral intervention program was applied during 16 sessions, in a period of 5 months, with approximately 60 minutes in each session. The psychological clinical history and the evaluation of psychological tests were carried out, where data were collected to carry out the cognitive behavioral intervention program. The treatment plan begins with a Register of frequent behaviors and distorted thoughts, cognitive behavioral techniques such as Cognitive Restructuring, homework, diaphragmatic breathing, modeling, training in social skills were applied, we also used Psychoeducation during the sessions. The research is experimental, with pre-test measurements, cognitive behavioral intervention program and posttest. The dependent variable was the clinical picture of social anxiety and the independent variable was the cognitive behavioral intervention. The psychological tests of the Liebowitz Evaluation Scale, the Zung Anxiety Scale, the Beck Anxiety Inventory, the Ruiz and Lujan Inventory of Automatic Thoughts-Cognitive Distortions, and the Goldstein Social Skills Scale were administered. Their results showed relevance in social anxiety at the beginning of treatment, and it was shown that after the intervention program the social anxiety problem decreased significantly.

*Keywords:* anxiety, social anxiety, cognitive behavioral intervention, cognitive behavioral model.

## I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad, según la Organización Mundial de la Salud (2000), están presentes en más de 260 millones de personas, siendo estos problemas habituales los que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Dentro de estos trastornos, encontramos la Ansiedad social, caracterizada por el miedo intenso y persistente que impide a una persona desenvolverse de manera adecuada en situaciones sociales (Arisméndiz, 2020). Así mismo, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2014) menciona que la ansiedad social se encuentra en el tercer lugar de prevalencia después de la depresión mayor y de la dependencia de consumo de alcohol, lo que indica que es un trastorno de tasas de prevalencia altas.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-V, 2014), la Fobia social, conocida también como el Trastorno de Ansiedad Social, tiene como criterio determinante la presencia de un temor intenso y excesivo como respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales el individuo se ve expuesto a una probable evaluación negativa por parte de las demás personas. Con la finalidad de minimizar o eliminar su ansiedad las personas tienden a evadir o en muchos casos a soportar la ansiedad generando malestar y tensión.

El presente caso nos muestra a una joven adulta de 24 años, con ansiedad social, quien refiere tener “miedo a la crítica de otros”, situación que viene afectando su área laboral y social, lo que le produce comportamientos que para su entorno generan molestias y hasta rechazo. Para esto, se procedió obtener datos relevantes mediante una entrevista clínica. Por consiguiente, se aplicaron algunos instrumentos psicológicos de evaluación para confirmar el diagnóstico y formular un plan de intervención cognitivo conductual.

En el apartado uno se menciona la introducción a la ansiedad social, la descripción del problema, los antecedentes nacionales e internacionales, la fundamentación teórica, los objetivos de la terapia, su justificación, y los impactos esperados del trabajo académico. En el apartado dos se menciona sobre la Metodología, el tipo y diseño de la investigación, la variable dependiente e independiente, la descripción del participante, las técnicas e intervención, los instrumentos, la evaluación psicológica, evaluación psicométrica; el plan de intervención, la calendarización y el programa de intervención, su procedimiento y las intervenciones éticas. En el apartado tres se menciona sobre los resultados, de modo pre y post resultados, la discusión de resultados, y el seguimiento.

### **1.1. Descripción del problema**

Se entiende por ansiedad como una anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero junto con síntomas físicos en el cuerpo. Según la Organización Mundial de la Salud (2000), los problemas de ansiedad han aumentado un 50%, siendo así que, más de 260 millones de personas sufren estos trastornos, llegando a afectar su capacidad de trabajo y productividad. Así mismo, la ansiedad social es un tipo de trastorno de ansiedad, el cual se caracteriza por miedo o ansiedad ante determinadas situaciones sociales o actuaciones en público. La persona afectada a menudo evita situaciones, o bien las vive con mucha preocupación. En estados Unidos, la prevalencia estimada anual del trastorno de ansiedad social es de aproximadamente el 7%. En gran parte del mundo se observan cifras menores de prevalencia estimada anual utilizando el mismo instrumento diagnóstico, agrupándose en torno al 0,5-2,0%; la prevalencia media en Europa es del 2,3%. En general, en la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en las mujeres que en los varones y la diferencia entre géneros es más marcada en los adolescentes y adultos jóvenes.

De la misma forma, en Perú, vemos que el 20% de la población sufre trastornos afectivos, y entre ellos se encuentra la ansiedad, por lo que el sector salud atiende a un millón de personas por año. La ansiedad social es considerada por el Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (Instituto Nacional de Salud Mental (2012) como la tercera más frecuente entre los trastornos psiquiátricos de nuestro país con un 2.9%, precedido por el Episodio Depresivo (7.0%) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (3.0%).

Diversos estudios e investigaciones indican el inicio de la ansiedad social en la adolescencia; así como las consecuencias que esta patología repercute en el desarrollo de la persona. Un estudio realizado en Arequipa con adolescentes en un Centro de Preparación Preuniversitaria encontró que en 14.7% tenían claros indicadores de padecer ansiedad social. Así mismo, menciona que el tener antecedente de patología psiquiátrica familiar, frustración económica, frustración sentimental y malas relaciones sociales, se relacionan con mayor probabilidad de padecer ansiedad social (Huamán, 2014).

## **1.2. Antecedentes**

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

Orellana (2020) realizó en la ciudad de Lima, una Intervención Cognitivo Conductual para la Ansiedad Social en una mujer adulta, presentando el caso de una mujer de 26 años. La evaluación se realizó mediante la entrevista clínica, observación conductual e inventario de Personalidad NEO-P-IR. Se aplicó un tratamiento cognitivo conductual durante 16 sesiones que incluía Psicoeducación, entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson, entrenamiento en habilidades sociales, exposición con evitación de respuesta, reestructuración cognitiva. Los resultados se evidencian en el pre y post test, con la mejoría en relación con los pensamientos que causan la ansiedad, las conductas de evitación de las situaciones sociales

abordadas han disminuido, la intensidad de la ansiedad anticipatoria y situacional ha disminuido; por lo que se concluye que la terapia cognitiva conductual es efectiva.

Mendoza (2020) realizó en la ciudad de Lima, una Terapia Cognitivo Conductual aplicada a una adolescente con Fobia Social, presentando un estudio de caso sobre terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente de 15 años que presenta trastorno de ansiedad social, desde los 12 años. Se procedió a realizar la historia clínica psicológica correspondiente para explicar la conducta de la adolescente en función de sus antecedentes y consecuentes, es decir, el análisis funcional, el cual permitió determinar la conducta en términos de excesos conductuales, señalando el camino a la reducción de dicha conducta: muestro de la evaluación, el modelo explicativo, y el tratamiento cognitivo-conductual adaptando distintas técnicas a las características de la usuaria: entrenándole en la relajación progresiva de Beck, reestructuración cognitiva y exposición graduada, la intervención llevada a cabo fue eficaz según la evaluación pre y post tratamiento y el seguimiento correspondiente, se comprueba una disminución en los niveles de ansiedad de la usuaria, así como el incremento de sus Habilidades Sociales y de su Autoestima. Considero esta investigación pertinente debido al tratamiento cognitivo conductual que adopta las técnicas adecuadas.

Requena (2019) realizó en la ciudad de Lima, una Intervención Cognitivo Conductual para la Fobia Social en un varón adulto, presentando el trabajo de investigación de un caso psicológico de fobia social en Juan, de 38 años, quien es trabajador obrero en una fábrica. El paciente acude a consulta manifestando que tenía problemas en sus interacciones sociales, en especial al conocer a personas del sexo opuesto. La evaluación realizada y el abordaje cognitivo conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Cuyo objetivo es enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público reduciendo

respuestas de escape, miedo, evitación, así los niveles de ansiedad del paciente (menor o igual a 6). Las técnicas e instrumentos utilizados respectivamente son autorregistros, historia psicológica, test psicológicos, tales como registros de opiniones de Albert Ellis, pensamientos automáticos, ansiedad de Zung. Luego de 5 meses de tratamiento el paciente mejoró notablemente y ya puede desenvolverse adecuadamente tanto en el ámbito social como personal. El evaluado ha disminuido significativamente las conductas motoras de evitación antes presentadas. Considero esta investigación pertinente debido al tratamiento cognitivo conductual que adopta las técnicas adecuadas, así como el diseño del modelo experimental.

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

Suarez (2019) desarrolló en Santander, Colombia, un trabajo monográfico de Entrenamiento de Habilidades Sociales en un caso de Fobia Social en un paciente de 13 años con diagnóstico de fobia social, en comorbilidad con un nivel elevado de emoción expresada en la familia. Se realizó 2 sesiones de evaluación, 6 de intervención, y 2 de seguimiento, mediante técnicas de ensayo de la conducta, modelado, instrucciones reestructuración cognitiva, auto registros, retroalimentación y reforzamiento, y tareas para la casa. Para realizar la evaluación del caso se utilizó la escala de Habilidades Sociales y Perfil Individual de estrategia de afrontamiento. Una vez obtenidos los resultados se formuló el plan de intervención orientado a fortalecer las habilidades sociales en el contexto escolar para mejorar así la calidad de vida del consultante; al finalizar la terapia se observó la disminución de los niveles de ansiedad, así como una mejoría en su rendimiento académico y en la calidad de las relaciones interpersonales. Por lo tanto, el entrenamiento de habilidades sociales resulta efectivo en el presente caso de Ansiedad o fobia social. Considero esta investigación pertinente debido al tratamiento cognitivo conductual y a las técnicas con las que se interviene.

Sotelo (2018) realizó en Medellín, Colombia, una intervención a una paciente con ansiedad social, mediante la terapia cognitivo conductual y la terapia de exposición. Se emplearon para la intervención el inventario de ansiedad-fobia social, escala de ansiedad-evitación social y la entrevista clínica. Para la intervención conductual, se aplicaron técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento asertivo y técnicas de exposición. El tratamiento disminuyó los síntomas ansiosos y depresivos frente a la exposición en público y la interacción social. Demostrando evidencia científica sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en este trastorno.

Pedrerros (2013) desarrolló en Bogotá, Colombia, el Efecto de un Protocolo de Intervención Conductual en la Respuesta de Ansiedad ante situaciones de tipo social en una adolescente de 16 años, de estrato socioeconómico medio. El estudio fue para determinar el efecto en la respuesta de ansiedad ante experiencias de tipo social. Se usó un diseño experimental de caso único ABA. Entre sus instrumentos utilizados esta la historia clínica, auto observación de registro diario, la escala de ansiedad manifestada en niños CMAS-R de Reynolds y Richmond. Los resultados indican un efecto de disminución de la respuesta emocional de ansiedad, con tendencia a la desaparición progresiva en él, se puede observar una disminución en el nivel de incomodidad percibido por el estudiante. Considero esta investigación pertinente debido al diseño de modelo experimental y los resultados que se obtuvo.

### ***1.2.3. Fundamentación Teórica***

**1.2.3.1 Modelos explicativos de la ansiedad social.** Curran (citado por Caballo, 2005), presenta los modelos para explicar el mantenimiento de la ansiedad social; nos dice que, en el Modelo Condicionamiento clásico, la persona con ansiedad social asocia un evento que le

causó una respuesta determinada y la generaliza a situaciones que se parezcan a la principal, manteniendo la idea de que volverá a experimentar la misma reacción fisiológica, emocional y conductual. Plantea que el origen de la ansiedad se debe a una errónea evaluación cognitiva y valorativa sobre las propias actuaciones y las expectativas de consecuencias aversivas. Por otro lado, el modelo del déficit en habilidades sociales considera que el origen de la ansiedad reactiva es porque la persona posee un repertorio de conductas sociales inadecuadas, lo que conduce al no control apropiado de las exigencias del contexto, experimentando así una situación aversiva que le provoca ansiedad.

**A. Modelo para la Adquisición de la Ansiedad Social.** La adquisición de la ansiedad/fobia social, según Caballo (2005), puede tener lugar por diferentes vías (contacto directo con la situación de temor, aprendizaje por observación, información). Después de cierto tiempo, el sujeto ya posee un primer repertorio de comportamientos y cogniciones relativos a las situaciones e interacciones sociales. Ese primer repertorio puede ser adecuado y adaptativo, o inadecuado y desadaptativo. Dicho repertorio se va modificando o manteniendo a través de las interacciones interpersonales que experimenta el individuo diariamente. El mantenimiento de la ansiedad social, según el modelo del déficit en habilidades sociales, afirma que el origen de la ansiedad experimentada en la interacción social es debido a un repertorio conductual inadecuado o inapropiado. El individuo no controla las exigencias del contexto apropiadamente y experimenta una situación aversiva que le provoca ansiedad. Caballo (2005), recopila las situaciones sociales más frecuentes temidas por los sujetos que tienen fobias sociales, entre las cuales se incluye: Iniciar o mantener conversaciones. Asistir a una fiesta. Hablar con personas con autoridad. Hacer y recibir cumplidos. Hablar en público. Actuar ante otras personas. Ser el centro de atención. Comer/beber, escribir, trabajar delante de otros, firmar en público. Trabajar mientras es observado, entre otros.



**B. Modelo Cognitivo de Aaron Beck.** El modelo cognitivo de Beck empezó aplicándose en los trastornos depresivos ampliándose posteriormente a vertientes ansiosas y fóbicas, inclusive en trastornos de personalidad, su premisa principal es que los trastornos psicológicos provienen de errores o déficits específicos y habituales del pensamiento, de modo más concreto trabaja con operaciones centradas en la cognición (palabras, imágenes, supuestos o actitudes).

Mendoza (2020) menciona que la distinción y descripción de la Ansiedad Social como forma diferenciada de otros trastornos de ansiedad fue propuesta por primera vez, por Marks y Gelder. Estos autores diferenciaron cuatro tipos de fobias: fobia a los animales, fobia específica, agorafobia y fobia social, entendida esta última como “un miedo ante situaciones sociales, expresado por timidez, miedo a ruborizarse en público, a comer en restaurantes, a encontrarse con hombres o mujeres, a ir a fiestas o bailes, o bien a temblar cuando es el centro de atención”.

Beck y Clark (2012) afirman que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción”. La ansiedad, por el contrario, se definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada de las percepciones incontrolables con respecto a sucesos potencialmente aversivos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

Beck y Clark (2012) definían el miedo como un proceso que conllevaba “la valoración de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada”. La ansiedad es una respuesta provocada por el miedo. En la teoría de la emoción se acepta la existencia de las emociones básicas como parte de nuestra naturaleza emocional, en ellas, el miedo se produce

como una respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica. Beck enumera cinco criterios para identificar la ansiedad normal de una desadaptativa:

1. **Cognición disfuncional:** El miedo y la ansiedad anormales se derivan de una valoración errónea del peligro en una situación (Beck y Clark, 2012). La activación de las creencias disfuncionales sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación.
2. **Deterioro del funcionamiento:** La ansiedad clínica interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida, así como en la capacidad de la persona para disfrutar de una vida plena y satisfactoria. En consecuencia, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; Asociación Psiquiátrica Americana, 2014), señala que “la interferencia significativa con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento ocupacional, o con las actividades sociales o relacionales” es un criterio diagnóstico clave para la mayoría de los trastornos de ansiedad.
3. **Persistencia:** En estados clínicos, la ansiedad persiste mucho después de lo que podría esperarse en condiciones normales. En consecuencia, la persona puede sentir una sensación aumentada de aprensión subjetiva con solo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de que llegue o no a materializarse. Con frecuencia, quienes están propensos a la ansiedad, llegan a experimentar mucha ansiedad a diario y durante años.
4. **Falsas alarmas:** Beck y Clark (2012) lo definen como “miedo o pánico visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido”. La presencia

de angustia intensa, en ausencia de señales de amenaza o de la más mínima provocación de amenaza, sugiere la presencia de un estado clínico.

5. Hipersensibilidad a los estímulos: En los estados clínicos, el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inofensivas por los individuos no afectados (Beck y Clark, 2012). Del mismo modo, los individuos con trastorno de ansiedad interpretarían una serie mucho más amplia de situaciones como amenazantes que los individuos sin trastorno de ansiedad.

Este modelo se basa en que las causas y mantenimiento de la ansiedad social puede ser explicada y determinada por los sesgos cognitivos, las creencias disfuncionales y pensamientos distorsionados. Del mismo modo, señala que lo que hace vulnerable a las personas son los estilos de pensamientos con los que se conducen; puesto que, mediante ellos, van a tener una tendencia a percibir e interpretar situaciones como amenazantes, pues su concentración más que en la tarea, se encuentra de manera excesiva en los riesgos percibidos, y, además, seleccionan el recuerdo selectivamente de la información que reconocen como amenazante. En los trastornos de ansiedad desde el punto de vista cognitivo conductual, se presta especial atención a las fantasías catastrofistas, vinculadas a las posibles consecuencias negativas por un rendimiento personal por debajo del promedio común y a la preocupación de vernos boicoteados por inhibiciones internas al momento de actuar, además existe una tendencia a exagerar la importancia de ciertas situaciones lo que moviliza mucho nuestro cuerpo para hacer frente a las amenazas y estropea su funcionamiento normal. Los sujetos que sufren trastornos de ansiedad sobrestiman enormemente la probabilidad de que la amenaza produzca daño, evaden las señales de seguridad y tienden a subestimar su capacidad para afrontar la situación (Beck y Clark, 2012).

La terapia cognitiva busca redirigir la atención hacia el exterior para favorecer el aumento de señales visibles de retroalimentación que existan en el medio y generar un procesamiento de la información más positivo, promoviendo que este sea intencionado y elaborado con señales sociales favorables para corregir los efectos negativos del sesgo atencional automático del paciente. A su vez busca reducir la rumiación negativa relativa a la actuación pasada y una revaloración más adecuada de la actuación social pasada y de sus consecuencias. La terapia cognitiva se centra en síntomas objetivo-específicos, identificando las cogniciones base, de dichos síntomas sometiéndolos a investigación lógica y empírica. “Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (Beck y Clark, 2012).

Los esquemas que maneja el individuo fueron desarrollados a partir de experiencia anteriores, y estos regirán en gran medida el contenido de su actividad cognitiva, por esto la finalidad terapéutica es, identificar y modificar estas creencias distorsionadas. El terapeuta buscara que el paciente piense y actúe de manera más realista y adaptativa. El objetivo de las técnicas cognitivas va a ser el demarcar y comprobar las falsas creencias y supuestos desadaptativos del paciente. La terapia cognitiva trabaja con técnicas cognitivas y conductuales (Beck y Clark, 2012). El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- A. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- B. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- C. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- D. Sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.

E. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Acosta, en 2018, menciona los siguientes modelos que explican la Ansiedad social:

**A. Modelo Rapee y Heimberg.** Sostienen que la ansiedad ante las situaciones sociales es originada por la percepción de una potencial audiencia crítica, por lo que el individuo desarrolla una imagen mental de sí mismo tal como sería percibido por esa audiencia, donde refleja recuerdos de experiencias similares, evaluación de su estado físico combinado con la evaluación negativa de las señales dadas por la audiencia. Esta representación mental de sí mismo es comparada con la predicción de las expectativas de la audiencia, es decir, se cuestiona si está cumpliendo lo que otros esperan de él; este juicio lleva a pensar negativamente sobre los síntomas físicos que puede estar experimentando (sudoración, taquicardia, tensión muscular, etc.) y el comportamiento ansioso (tono de voz bajo, poco contacto visual, etc.). Estos síntomas fortalecen la percepción crítica de su imagen mental y retroalimentan la creencia que su rendimiento y desempeño ante la audiencia es malo.

**B. Modelo de Beck, Emery y Greenberg.** Beck y Clark (2012) mencionan tres categorías de creencias disfuncionales en los sujetos que padecen ansiedad social: reglas excesivamente rígidas de actuación en situaciones sociales, creencias condicionadas acerca de la evaluación de los demás y las creencias disfuncionales acerca de sí mismos. Cuando el individuo se desenvuelve en una situación social experimenta respuestas de ansiedad frente a este estímulo que es evaluado como amenazador; esta ansiedad les hará creerse incompetentes y empezarán a centrarse en las señales internas de ansiedad lo que interfiere en su habilidad para responder ante las señales sociales, lo que puede ocasionar que se altere negativamente el comportamiento de los otros, lo que confirmaría los miedos de la persona con ansiedad social. Incluso si no ocurriera una alteración en el comportamiento de la audiencia, el individuo

sesgaría las señales para reafirmar la creencia de críticas hacia él, aunque éstas no se produjeran en la realidad.

**C. Modelo Clark y Wells.** Acosta (2018) establece un modelo en el que ponen como variable crucial en el mantenimiento de la ansiedad social, el procesamiento negativo de la información centrada en uno mismo, es decir, que al enfrentar una situación social dirigen su atención sobre sí mismos lo que lleva a percibirse como el centro de atención. Es así como esta focalización sobre sí mismo, las elevadas expectativas que tienen para considerar una actuación adecuada y las creencias negativas sobre su potencial activan los supuestos disfuncionales. Según los autores, el procesamiento distorsionado de la información se produce en tres fases: La primera se llama Procesamiento Anticipatorio, que consiste en que previamente a la situación temida los individuos revisan todos los detalles de lo que creen que podría pasar, esto activa los síntomas fisiológicos propios de la ansiedad y establecen una predicción negativa acerca de su desenvolvimiento en esa situación social; si en caso no logran modificar o detener los pensamientos negativos tendrán las que enfrentar la situación teniendo la ansiedad elevada; por lo que la persona estaría centrada ante el hecho de que los demás puedan percibir esas respuestas de ansiedad. Asimismo, para prevenir esta situación, se prefiere tener una respuesta de evitación, lo cual reduce las posibilidades de cuestionar y contrastar sus creencias negativas con la realidad, agudizando la sintomatología del trastorno.

La segunda es el procesamiento durante la situación social: El individuo con ansiedad social suele verse a sí mismo “desde fuera” por lo que construyen una “perspectiva del observador” donde construyen una imagen distorsionada tomando en cuenta el procesamiento de la información centrado en sí mismo; es así como, aunque existan respuestas positivas del entorno social, éstas no serán tomadas en cuenta.

La tercera es el Procesamiento de la información tras concluir la situación de la relación social: Luego que ha pasado la situación, la persona la recuerda y analiza lo que piensa que ha acontecido y las consecuencias que podrían haber presentado; valorando más negativamente de lo que en realidad pudo pasar; haciendo que incluso desee retroceder el tiempo para modificar la forma en que actuaron. Es así como, aunque a un inicio el sujeto podía sentirse satisfecho con su desempeño en la situación social, este procesamiento de recordar hace que maximice los eventos negativos y minimice los positivos.

**1.2.3.2. Criterios Diagnósticos.** La Asociación Psiquiátrica Americana (2014) menciona que este trastorno de ansiedad social, comúnmente se asocian características como híper susceptibilidad a la crítica, valoración negativa por parte de los demás y al rechazo, dificultad para autoafirmarse, baja autoestima y sentimientos de inferioridad. En relación con su curso, suele aparecer a mediados de la edad adulta, en ocasiones con antecedentes de timidez en la infancia; la aparición de este trastorno acostumbra a ser crónico y continuo, con una experiencia estresante o humillante o de forma lenta e insidiosa. Considera los siguientes criterios diagnósticos:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

A. ***Diagnóstico diferencial.*** Según los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), diferenciamos a la Ansiedad Social de los siguientes:

- Timidez normal: La timidez es un rasgo de la personalidad común y no es patológico en sí mismo. Se debe considerar un diagnóstico de ansiedad social cuando exista un impacto negativo considerable en las áreas sociales y laborales y en otras áreas importantes de funcionamiento.
- Agorafobia: Las personas con agorafobia pueden temer y evitar las situaciones sociales (p. ej., ir al cine) cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico o de sentirse incapacitados, mientras que los individuos con trastorno de ansiedad social muestran un mayor temor a las evaluaciones negativas de los demás. Por otra parte, los individuos con trastorno de



ansiedad social probablemente puedan mantener mejor la calma si se les deja completamente solos, lo que no suele ocurrir en el caso de la agorafobia.

- Trastorno de pánico: Las personas con trastorno de ansiedad social pueden tener crisis de pánico, pero la preocupación es por el miedo a una evaluación negativa, mientras que en el trastorno de pánico la preocupación se centra en las crisis de pánico en sí mismas.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada: Las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra más en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada, especialmente los niños, pueden tener una preocupación excesiva por la calidad de su desempeño social, pero estas preocupaciones también deben estar relacionadas con la conducta no social y con situaciones en las que el individuo no está siendo evaluado por los demás. En el trastorno de ansiedad social, las preocupaciones se centran en el desempeño social y en la evaluación por parte de los demás.
- Trastorno de ansiedad por separación: Las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden evitar los entornos sociales (incluido el rechazo a ir a la escuela) porque les preocupa la separación de las figuras de apego o, en los niños, porque necesitan la presencia de un progenitor cuando no es propio de su etapa de desarrollo. Las personas con trastorno de ansiedad por separación habitualmente están cómodas en las situaciones sociales cuando sus figuras de apego están presentes o cuando están en casa, mientras que en el trastorno de ansiedad social pueden sentirse incómodos en su casa o ante la presencia de las figuras de su apego.

- Fobias específicas: Las personas con fobias específicas pueden temer a la vergüenza o a la humillación (p. ej., vergüenza por desmayarse mientras les extraen sangre), pero generalmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo General***

Reducir los niveles de ansiedad, modificando los pensamientos distorsionados y disminuyendo las conductas de evitación social, mediante la intervención cognitivo conductual.

#### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

1. Modificar los pensamientos distorsionados con técnicas de reestructuración cognitiva.
2. Reducir los niveles de ansiedad a través de técnicas de relajación de Respiración diafragmática.
3. Disminuir las conductas de evitación mediante la técnica de modelado.
4. Incrementar la conducta asertiva al interactuar con otras personas a través del entrenamiento en habilidades sociales.

### **1.4. Justificación**

En Perú los reportes de tratamiento son escasos, la mayor parte de los estudios se refieren a aspectos epidemiológicos y no a estudios de casos con un tema específico y en aplicación de tratamiento respectivo en casos de ansiedad social. Al inicio del tratamiento la paciente expresa temor según refiere para iniciar la conversación y mantener el contacto visual, así como ser evaluada y juzgada. La intervención cognitivo conductual, permite establecer las estrategias y el uso de las técnicas cognitivo-conductuales adecuadas al caso e ir gradualmente durante el proceso de tratamiento, enseñándolas al paciente con el objetivo de reducir la

sintomatología que la aqueja (ansiedad social) e ir mejorando su estilo, calidad de vida y crecimiento personal.

### **1.5. Impacto esperado del trabajo académico**

El presente trabajo académico, permitirá conocer la eficacia de la intervención cognitivo conductual y lograr beneficios a la paciente a nivel individual y social. Mejorando su desenvolvimiento en la esfera social, y en su ámbito laboral. Permitirá contribuir a los psicólogos clínicos como un refuerzo académico y una intervención optima en casos similares de ansiedad social, y aportar a nuevas investigaciones en el tema.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: aplicada (Kerlinger, 1975). Diseño de caso único (Hernández et al., 2015). Univariable bicondicional con diseño experimental sin estadística A-B. De acuerdo con Kazdin (2001) un diseño bicondicional A-B, permite elegir al sujeto, aplicar una evaluación previa a la administración de algún estímulo y finalmente realizar una segunda evaluación. En cuanto al diseño, específicamente el procedimiento de la investigación que se siguió cumplió las cuatro fases que se indican a continuación:

La primera fase es la selección de la muestra, en donde se identifica que la paciente tiene 24 años, de sexo femenino, de estado civil soltera, con educación técnico superior, lleva más de 5 años con el presente diagnóstico de ansiedad social según refiere.

La segunda fase se refiere a la aplicación de los instrumentos, los mismos que fueron: Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social. Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung. Inventario de Ansiedad de Beck. Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein.

La tercera fase se refiere a la aplicación del programa cognitivo conductual, que tuvo de 16 sesiones, con un intervalo de ocho días entre las sesiones.

Finalmente, la cuarta fase estuvo relacionada al análisis de los resultados, donde se volvieron a aplicar las Pruebas que fueron utilizados en la segunda fase. Las tablas respectivas se encuentran en los Anexos.

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

La paciente inicio su consulta y evaluación el 16 de junio de 2021, terminando así en su intervención cognitivo conductual el día 16 de noviembre de 2021. Así mismo, el desarrollo de la evaluación, así como las sesiones se dieron en el distrito de Santiago de Surco, en consultorio ambulatorio – particular, perteneciente a la provincia de Lima.

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

Variable dependiente: ansiedad social.

Variable independiente: programa de intervención cognitivo conductual.

## 2.4. **Participante**

Paciente de 24 años, de sexo femenino, de contextura delgada, tez trigueña, cabello de color negro, lacio y recogido, con estatura de 1.56 centímetros y con peso de 82 kg aproximados, estado civil soltera, sin hijos, de ocupación como agente de seguridad en un hospital, con 7 hermanos siendo ella la segunda mayor.

## 2.5. **Técnicas e Instrumentos**

### 2.5.1. *Técnicas*

**Reestructuración Cognitiva.** Beck y Clark (2012) nos mencionan que, la Reestructuración Cognitiva, tiene como finalidad el modificar distorsiones y sustituirlas por otras que resulten más adaptativas y realistas para el paciente, pero antes, se educa al paciente en cuanto a la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta; para luego, identificar los pensamientos automáticos que aparecen antes determinada situación; posteriormente, se explorara las reglas, suposiciones y valoraciones que se encuentran asociadas a los esquemas centrales del paciente en cuanto a si mismo, el mundo y los demás. La reestructuración

cognitiva busca cambiar o “reestructurar” las creencias y valoraciones que, en este caso, la persona con ansiedad social presenta en relación a la percepción de la amenaza. Es un fundamento terapéutico clave y esencial para identificar y modificar los esquemas de ansiedad. El individuo centra su atención en la “amenaza presente”, es decir, lo que reconoce e identifica como amenaza en ese instante. El abordaje propio de la reestructuración cognitiva se centra más en las valoraciones de la amenaza que el contenido de esta. El aspecto fundamental es establecer si se está extremando la posibilidad de la amenaza y si se está minimizando el potencial para enfrentar, y no enfocarse en la posibilidad de ocurrencia de la amenaza. Las personas con fobia social enfocan su atención en percibir la posibilidad de valoración negativa por parte de los demás y no tanto en si los individuos pueden estar o no presentando evaluaciones negativas sobre ellos.

**Decatastrofizar.** Examinar con la paciente el peor resultado posible, procediendo con la descripción de la catástrofe y la fase de resolución de conflictos; hacer que el cliente imagine el peor resultado posible o lo describa por escrito (Beck y Clark, 2012).

**Generar una explicación alternativa.** Se elabora pensamientos alternativos para episodios ansiosos recientes para detectar posibles errores (Beck y Clark, 2012).

**Entrenamiento en respiración.** El entrenamiento en respiración se considera como una forma de relajación, que a menudo, se incluye entre los procedimientos de relajación para el estrés y la ansiedad. Cuando los individuos se encuentran en situaciones ansiosas o estresantes inician, muchas veces, un tipo de respiración rápida y superficial. Los procedimientos de respiración controlada entrenan a los individuos para ser más conscientes de su respiración disfuncional y para sustituir esta por una respiración diafragmática más lenta y acompasada de

aproximadamente 8-12 inhalaciones por minuto. La respiración controlada es una estrategia de relajación relativamente rápida y sencilla que puede usarse para contrarrestar la respiración rápida y superficial que, muchas veces, contribuye al aumento de ansiedad. En los últimos años la investigación ha cuestionado la función terapéutica de la respiración controlada, particularmente para el tratamiento del trastorno de la angustia (Beck y Clark, 2012).

**Modelado:** La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permitirá el aprendizaje observacional de ese modo de actuación. El modelo puede ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo y puede presentarse en vivo o grabado o en video. Es importante que el terapeuta dirija la atención del paciente hacia los componentes separados, específicos de la situación, de forma que reduzca su complejidad. El modelado, tiene, además, la ventaja de ilustrar los componentes no verbales y paralingüísticos de una determinada conducta interpersonal. Por otra parte, el paciente no interpretará la conducta modelada como *la* única forma “correcta” de comportamiento, sino como una manera de enfocar una situación particular (Caballo, 2005).

**Tareas para la casa.** Las tareas para la casa complementan y son una parte esencial del entrenamiento en habilidades sociales. El éxito de la práctica clínica depende en gran medida de las actividades del paciente cuando no está con el terapeuta. Entre las tareas para casa que se mandan se encuentran el registro de su nivel de ansiedad en situaciones determinadas (puntuación SUDS), el registro de situaciones en las que ha actuado habilidosamente, de situaciones en las que le gustaría haber actuado así, etc. (Caballo, 2005). Cada sesión de programa, normalmente, empieza y termina con una discusión sobre las tareas para la casa, que son diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos de la terapia. Cuando la terapia va avanzando, una buena parte de cada sesión se dedica a preparar al paciente para las próximas

tareas para la casa, y la dificultad de la tarea se aumenta gradualmente conforme progresa el tratamiento.

**Entrenamiento en Habilidades Sociales.** El desarrollo de las habilidades sociales se fundamenta en dotar destrezas y recursos de interacción social a las personas con ansiedad social, teniendo en cuenta que el déficit de competencias sociales resta en el desempeño para afrontar diversos contextos sociales, considerando un componente importante en el mantenimiento de la ansiedad, al anticipar a la persona a desenvolverse negativamente durante la situación social fóbica (Caballo, 2005).

### 2.5.2. Instrumentos

#### 1. Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social

##### Ficha Técnica

Nombre Original : Liebowitz Social Anxiety Scale

Nombre en español : Escala de Ansiedad de Liebowitz

Autor : M. R. Liebowitz

Año de publicación : 1987

Año de adaptación : 1999 por Bobes, J.

Edades de aplicación : Entre 17 y 65 años

Forma de aplicación : Individual y colectiva

Tiempo de aplicación : 15 minutos aproximadamente.

Aspectos que evalúa: Grado de ansiedad o miedo y evitación ante situaciones sociales.

**Descripción.** La Escala de Ansiedad de Liebowitz (LSAS) fue publicada por Liebowitz en 1987 y posteriormente modificada en 1992 por el mismo autor. Consta de 24 ítems que hacen referencia a las situaciones sociales o de ejecución, frecuentemente problemáticas, en los



pacientes con trastornos de ansiedad social. Los ítems se agrupan en dos subescalas: De ansiedad de actuación o ejecución (13 ítems) (marcados con D de Desempeño), de ansiedad social (11 ítems) (marcados con S de Social).

**Validez y Confiabilidad.** Al analizar la consistencia interna de la Escala de Ansiedad de Liebowitz también se tomaron en cuenta las subescalas de dos instrumentos más (SDI y SADS). Al examinar las subescalas de la Escala Ansiedad Social de Liebowitz se obtuvo una correlación alta ( $r = ,70$ ) excepto la obtenida entre las subescalas distintas en cuanto a la situación de actuación en público frente a interacciones sociales. Al analizar las subescalas del LSAS con los otros instrumentos ya mencionados se obtuvo que los coeficientes de la consistencia interna obtenidos fueron altos ( $r=0,72$ ), lo que indica que existe una adecuada homogeneidad entre cuestionarios. En la versión española se correlacionó la escala de Ansiedad Social del Liebowitz con la escala “Social Anxiety and Distres Scale” obteniéndose el coeficiente de correlación de Pearson alto ( $r>0.70$ ) para todas las subescalas. Así mismo, para encontrar la validez discriminante se tomó en cuenta las pruebas LSAS y SADS a pacientes diagnosticados con ansiedad social y no clínicos obteniéndose como resultados que los pacientes diagnosticados de fobia social presentaron mayor ansiedad y evitación social que los sujetos sanos según 37 las puntuaciones obtenidas en todas las subescalas de los cuestionarios LSAS y SADS ( $p < 0,001$ ).

## **2. Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung**

### **Ficha Técnica**

Nombre Original : Self Rating Anxiety Scale

Nombre en español : Escala de Auto valoración de Ansiedad

Autor : W. Zung.

Año de publicación : 1971

Edades de aplicación : Adultos

Forma de aplicación : Individual y colectiva

Tiempo de aplicación : No determinado.

Aspectos que evalúa : Intensidad de ansiedad

**Descripción.** La Escala de Auto valoración de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de Ansiedad, como expresión de trastornos emocionales. Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente. Las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana. Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas, empleando su propio lenguaje.

**Validez y Confiabilidad.** Se dispone de pocos estudios de validación de sus valores psicométricos. La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65. Para su confiabilidad, los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y de 0.66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale de 0.33.

### **3. Inventario de Ansiedad de Beck**

#### **Ficha Técnica**

Nombre Original : Beck Anxiety Inventory

Nombre en español : Inventario de Ansiedad de Beck

Autor : Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA.

Año de publicación : 1988

Edades de aplicación : Adultos

Forma de aplicación : Individual y colectiva

Tiempo de aplicación : 10 – 30 minutos.

Aspectos que evalúa : Sintomatología de ansiedad

**Descripción.** El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

**Validez y Confiabilidad.** Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación  $r$  con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. Por otra parte, los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62. Para su confiabilidad posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

#### 4. Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan

##### Ficha Técnica

Nombre Original : Inventario de Pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

Autor : Ruiz y Lujan

Año de publicación : 1991

Edades de aplicación : Adultos

Forma de aplicación : Individual y colectiva

Tiempo de aplicación : 10 – 30 minutos.

Aspectos que evalúa : Distorsiones cognitivas

**Descripción.** Las distorsiones cognitivas son las ideas erróneas que se tiene sobre uno mismo y sobre la imagen que se proyecta ante las demás personas. Esto conlleva a un error en el procesamiento de la información llegando a verse afectada la conducta y los pensamientos automáticos. El test está compuesto por un total de 45 ítems, los cuales se representan en una escala de 0 a 3, de la siguiente manera: (0) Nunca pienso en eso, (1) Algunas veces lo pienso, (2) Bastantes veces lo pienso, (3) Con mucha frecuencia lo pienso.

**Validez y Confiabilidad.** Fue necesario determinar la confiabilidad de la prueba ya que enmarca parte esencial en las cualidades de análisis psicométrico del inventario de distorsiones cognitivas, se utilizó el método de dos mitades con la población piloto para aplicar la técnica de confiabilidad de “Spearman – Brown”.

**Tabla 1**

*El coeficiente de correlación de confiabilidad*

Resultado	Aceptable	Observación
0,82	$\geq 0,70$	Aprobado para la población

## 5. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

### Ficha Técnica

Nombre Original : Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

Autor : Arnold Goldstein et al.

Año de publicación : 1978

Edades de aplicación : 12 años en adelante

Forma de aplicación : Individual y colectiva

Tiempo de aplicación : 10 – 30 minutos.

Aspectos que evalúa : Indica habilidades sociales

**Descripción.** Diseñada por Arnold Goldstein y su equipo de colaboradores, todos ellos especialistas en ciencias de la conducta, los cuales seleccionaron 50 ítems, a partir de una relación de habilidades sociales básicas que comprendía la descripción de seis tipos de habilidades: Habilidades Sociales Básicas, Habilidades sociales avanzadas, Habilidades relacionadas con los sentimientos, Habilidades alternativas a la agresión, Habilidades para hacer frente al estrés y Habilidades de planificación.

**Validez y Confiabilidad.** Se halló correlaciones significativas ( $p < .05$ ,  $.01$  y  $001$ ), quedando el instrumento intacto, con todos sus ítems completos ya que no hubo necesidad de eliminar alguno. Así mismo, cada una de las escalas componentes obtuvieron una correlación positiva y altamente significativa a un nivel de  $p < .001$  con la Escala Total de Habilidades sociales, todas contribuyen a la medición de las Habilidades Sociales.

### 2.5.3. Evaluación Psicológica

#### Datos de filiación

Nombres y Apellidos : Carmen

Edad : 24 años

Lugar y fecha de nacimiento : Lima, 31 de agosto de 1997  
Lugar de residencia : Villa el Salvador  
Dirección : Villa el Salvador  
Grado de instrucción : Técnico Superior  
Ocupación : Agente de seguridad  
Estado civil : Soltera  
Lugar de entrevista : Consultorio particular  
Fecha de entrevista : 16 – 06 – 2021  
Derivado por : Lic. Osmar José Ramírez Coca

**Observación de la Conducta.** Paciente acude sola y por su propia voluntad al servicio de psicología, aparenta su edad cronológica, orientada en tiempo y espacio, usando vestimenta casual de acuerdo a su edad y estación actual, se aprecia una adecuada higiene personal, en primera impresión por consultorio, se percibe inquietud en su forma de caminar, se percibe intranquilidad en su expresión facial, expresa temor según refiere para iniciar contacto y conversación, se observa rubor en el rostro para saludar, con marcha poco apresurada al caminar, apretando los puños y frotando sus manos; al estar sentada sostiene una postura erguida, rígida por momentos, con un tono de voz adecuado saluda cordialmente, deja notar un lenguaje fluido. Desvía la mirada hacia el piso en más de una ocasión cuando tiene que responder las preguntas, aunque sí realiza contacto visual por momentos. Muestra actitud colaboradora para la sesión, muestra interés y motivación para su participación en las sesiones según refiere.

**Motivo de consulta.** Paciente acude sola y voluntariamente al servicio de psicología, manifiesta sentirse preocupada, por lo que refiere: “Ya vengo desde hace mucho tiempo que me vengo sintiendo muy ansiosa, con dolores de cabeza, malestar en mi estómago, me da

comezones en los brazos; llevo tanto tiempo con vergüenza en el trabajo cuando reúnen al personal, tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, si no supiera responder quedaría como una ignorante, prefiero esconderme o regresarme a mi ambiente (zona de trabajo) para que no vayan a llamarme, sería horrible que me vuelva a pasar, pienso que podrían reírse hasta por mi apariencia, vengo soportando tanto que a veces quisiera renunciar”, “cuando estoy sola me siento algo más tranquila, siento que debería ser más fuerte, sé que debería enfrentarlo pero me cuesta, siempre me porto bien esperando que algún día me pase algo bueno“, “Recuerdo que, desde la escuela he tenido roche para participar en clase, una vez me trabe al hablar para una exposición y todos se rieron, si hubieran sido más amables en ese entonces, tal vez no tendría esto”, “Recuerdo que en mi anterior trabajo tuve que renunciar porque me habían programado hacer una exposición y me dio mucha vergüenza así que preferí no estar presente, no pude ni llamar por teléfono para disculparme, no me imagino estar frente a todos ellos y que me estuvieran mirando, a veces no podía ni hablar con un chico porque no sabría que decirle”.

En otro momento, cuando está en su trabajo comenta: “Me da roche que me vean haciendo algo en alguna reunión con mis amigos, por eso prefiero quedarme callada o no estar ahí, no puedo ir tampoco a algún cumpleaños ni de la familia o amiga, es otro dolor de cabeza, me sudan las manos, se me seca la boca, porque tengo que mentirles para no ir cada vez que me invitan, siento que me estoy escondiendo, quisiera soltarme más, pero es difícil, al menos me alivia tener la excusa de que las reuniones sociales están prohibidas por el Covid, todas las semanas se reúnen y solo he acudido a una, no quisiera volver a ir de nuevo, no podré hacerlo, siento que haré el ridículo, podre decir alguna tontería y todos se reirían de mí, no digo nada bueno, no soy tan interesante”. “En la calle ya no puedo atreverme a salir a comer a algún lado, la gente se reiría de mi por mi apariencia o por lo gordita que estoy se reirían si me ven

comiendo, es horrible que te miren, la gente juzga por la apariencia y a mí me entra la vergüenza por eso, preferiría pedir alguna comida y llevarme a otro lado, evita acercarse cuando hay mucha gente, o únicamente prepararme algo para comer en mi casa, así me siento más tranquila”.

**Problema Actual.** Paciente de 25 años, experimenta ansiedad y vergüenza ante situaciones sociales: cuando se encuentra en su trabajo frente a una reunión de trabajo con los demás compañeros, piensa ante esto: “si me preguntan algo, todos se me quedaran viendo y se podrían burlar de lo que diga”, “me da mucha vergüenza de que se vayan a burlar de lo que diga o haga, voy a quedar como una ignorante”, “pienso que podrían reírse hasta por mi apariencia”, ante esto opta por retirarse de cada reunión que hacen cuando está por comenzar, piensa lo siguiente: “cuando no estoy con ellos me siento más tranquila, se me va el miedo”, así mismo, siente dolor de cabeza, dolor de espalda, ardor y comezón en los antebrazos, malestar estomacal. Cuando está en su caseta de trabajo, piensa: “Aquí siento que estoy más tranquila, más conmigo misma, como si estuviera fuera de peligro”. Estos pensamientos se presentan cada vez que programan una reunión de trabajo, comenta que dichas reuniones se dan de forma imprevisto a la semana, y en un promedio de 3 veces por semana.

En la calle se siente temerosa y con miedo cuando tiene que estar cerca de algún local de comida rápida, siente que todos se le quedaran viendo por como come o por su apariencia, refiere: “la gente se reiría de mi por mi apariencia o por lo gordita que estoy se reirían si me ven comiendo”, ante esto opta por pedirse alguna comida para llevar de vez en cuando, o en otros momentos evita acercarse cuando sabe que hay mucha gente. Al estar en su casa, refiere estar más tranquila de que no la juzguen demasiado. Comenta que cuando la invitan a reuniones sociales cada vez por semana, ella suele decirles que no, por motivos de que están prohibidas



las reuniones sociales por el covid”. Se siente con vergüenza y miedo cuando están conversando entre las personas que están en su trabajo para salir a alguna reunión. Piensa: “No podré hacerlo, siento que haré el ridículo, podre decir alguna tontería y todos se reirían de mí, no digo nada bueno, no soy tan interesante, soy aburrida”. Refiere que cuando ella les miente es cuando ya no le insisten, logrando así sentirse más tranquila.

**Historia Personal.** Nacida en Villa el Salvador - Lima, tiene 7 hermanos y es la segunda mayor. Comenta que no hubo problemas en su desarrollo post natal. Aprendió a caminar desde el primer año y presentó destete al año y medio. Desde los 4 años, recuerda que sus padres ya estaban separados, y ella y su hermana mayor se quedaban a cuidado de su mamá, presentaba temor cada vez que la madre las dejaba para irse a trabajar ya que estaban muy pequeñas en casa, comenta que se veía con su papa dos veces por semana. Comenta que su madre solía gritarles a seguido para que la obedecieran y que solo una vez la castigó físicamente con una palmada en su mano. Comenta que en la adolescencia solo tuvo una amiga mujer de su colegio, ya que su madre no le permitía salir de casa por cuidar a sus hermanos. Al terminar la secundaria, su madre fue quien le pidió que trabajara para ayudarle a pagar los servicios de casa, refiere que por parte de su papa fue quien le apoyó parte de los medios económicos para solventar su carrera técnica.

**Desarrollo inicial.** Su madre, comenta que a la edad de 19 años fue cuando concibió a Carmen, su embarazo no fue planificado debido a los conflictos con su pareja, pero si fue deseado por el padre. No refiere problemas significativos durante su embarazo, a excepción de síntomas como náuseas durante los 2 primeros meses de gestación, comenta que, durante la gestación, tenía discusiones con su pareja, y ella solía quedarse callada para evitar alguna complicación. Refiere haber presentado parto normal, comenta según su madre, no tuvo complicaciones durante su operación, por lo que obtuvo el alta al día siguiente. Comenta que a los 5 meses

después de haber nacido, tuvo un resfrió común, esto hizo que su madre se preocupara y tuviera que llevarla apresurada al hospital, lo cual estuvo con tratamiento ambulatorio según le habían referido en el mismo día, sin presentar complicaciones. Refiere que recibió lactancia materna hasta los 8 meses de nacida, sustituyendo progresivamente con leche artificial y con la inclusión de frutas y verduras molidas, o en papillas. Comenta no presentar rechazo alguno a la ingesta de sus comidas. Refiere su madre, que dejó la lactancia materna al año y medio aproximadamente.

**Desarrollo psicomotor.** Refiere que su desarrollo fue dentro de lo esperado según las evaluaciones realizadas, no describe problema alguno. Según refiere, empezó a gatear desde los 4 o 5 meses, y comenzó a caminar por si misma desde los 8 o 9 meses. Comenta que en su lenguaje se desarrolló con normalidad, ya que su madre le estimulaba en la repetición de palabras y balbuceos, refiere haber dicho “mama” como su primera palabra. Refiere que hasta la edad de 3 años ella solía permanecer con su madre en el ambiente de trabajo junto con su hermana mayor, ya que no tenían con quien quedarse en casa”.

**Relaciones interpersonales.** Durante la infancia, comenta que permanecía casi todos los días en casa, y no tenía contacto con otros niños. Comenta que, durante la primaria, solía jugar más con sus compañeras del mismo sexo. Y que era poco frecuente el contacto que tenía con sus compañeros del sexo opuesto. Las pocas veces que tenía contacto con sus compañeros le daba miedo que se acercaran a ella, pero solo la miraban y pasaban por su costado.

**Conductas inadecuadas más resaltantes en la infancia.** Comenta que, a la edad de 6 años, solía rascarse el antebrazo cada vez que sentía ansiedad, desapareciendo esta conducta a las 3 semanas posteriores, ya que su madre le alzaba la voz cada vez que lo hacía para no dejarse

alguna herida. Así mismo, refiere que cuando tenía la edad de 7 u 8 años aproximadamente, solía jugar con sus muñecas y que sus hermanas menores le pedían prestarles, a lo que ella tenía que acceder a prestarles mientras se contenía por llorar, comenta que para ya no tener que prestarles, solía morder a escondidas sus muñecas para malograrlas y las regalaba a sus hermanas.

**Actitudes de la familia frente al niño.** Muestra una familia constituida, con presencia permanente de la figura materna, la figura paterna recae sobre Javier de 48 años, quien es padre de 5 hermanos y padrastro de Carmen. Se desarrolla un espacio de comunicación corto, durante las cenas de forma inter diaria, donde refiere, comparten temas personales de cuidado en el hogar, mencionan los problemas que aquejan diariamente, permitiendo la búsqueda de mejores soluciones. Considera que hay un distanciamiento emocional entre los miembros de la familia, ya que durante el día se dedican a hacer otras actividades y quehaceres del hogar, y que dedican gran parte de sus pasatiempos en mirar la televisión.

**Educación.** Comenta haber empezado a los 6 años su educación primaria, manteniéndose en el mismo colegio hasta terminar su secundaria. Refiere que su colegio fue estatal y mixto. Comenta que se sentía con temor y vergüenza para participar en aula, haciendo que en la mayoría de las veces solo tuviera que escuchar las clases. Refiere haber aprendido lo suficiente y aprobar con notas promedio, su curso favorito era matemáticas. Así mismo, comenta que su madre era quien habitualmente iba a recogerla al salir de clases. Refiere que en quinto año de secundaria no tuvo su viaje de promoción porque no contaba con medios económicos. Comenta que no se sintió tan triste ya que hubiera preferido quedarse en casa o haciendo otra actividad, refiere: “así al menos me alivia porque siempre molestan a alguien y yo no quería estar ahí”. Así mismo, refiere que su madre le dijo que después de terminar la escuela, tenía que apoyarla

en trabajar para tener ingresos en casa. Comenta: “en ese entonces yo creí que trabajar era mejor que estudiar ya que solo se trataría de esfuerzo físico y no de involucrarme tanto con otras personas”.

**Trabajo.** Describe que a la edad de 18 años tuvo su primer empleo gracias al apoyo de una tía para poder ingresar a trabajar. Comenta que tuvo temor para iniciar a trabajar, ya que pensaba que habría mucha gente con quien trabajar, faltando el primer día de trabajo, esto hizo que su madre y su tía tuvieran que intervenir para que accediera y continuara. Comenta que, hubo una oportunidad que le pidieron tener que exponer un trabajo para otros colegas, tuvo que renunciar al trabajo unos días antes, ya que tuvo miedo de que la fueran a criticar.

**Vida psicosexual.** A la edad de 13 años, comenta que inicio su menarquia, teniendo temor por la impresión, presentando dolor abdominal y cólicos menstruales, su madre le explico que dicha situación le iba a suceder a seguido y que tendría síntomas similares cada vez que se le presentara. Refiere que no tuvo más información por este asunto por alguna otra persona. Refiere que, a la edad de 14 años, sintió atracción por alguien del sexo opuesto en la escuela, comenta que le agrado el carácter y trato de que tenía por alguien de su salón. Desde ese momento, noto que su opción sexual seria únicamente por heterosexual. Comenta que, para relacionarse con personas del sexo opuesto, siente temor cada vez que tiene que conversar con alguien en su trabajo o en otra situación, suele quedarse callada cada vez que tiene que conversar, desvía la mirada, notaba que sus manos le sudaban y se ruborizaba.

**Antecedentes patológicos. Enfermedades y/o accidentes:** Refiere que, a los 13 años, acudió al hospital acompañado de su madre por un diagnóstico de intoxicación alimentaria, preocupándose por presentar un cuadro más riesgoso; al creer que podría haber sido una

atención por emergencia, recibió solo atención ambulatoria en el mismo día, habiendo descartado una posible enfermedad. No refiere accidentes significativos. No refiere haber tenido operaciones, tampoco problemas judiciales.

### **Historia Familiar**

**Madre:** Mónica, de 43 años, la define como: “reservada por momentos, y en otros es irritable, a veces la veo con miedo también”, comerciante, actualmente trabaja con venta de ropa; con grado de instrucción de secundaria completa. Refiere que con ella tiene una relación poco frecuente, ya que solo la ve desde que llega a su casa a las 6 de la tarde, es poco cercana, ya que cuando conversan, suele escuchar muchos reclamos, comenta que no tiene confianza para contarle sus asuntos personales, comenta: “no le guardo cólera, me doy cuenta que su forma de ser es porque a ella también la hayan criado de otra manera”.

**Padre:** Alfonso, de 46 años, lo define como: “ausente, irresponsable, poco cariñoso”, es conductor de taxi, actualmente no vive con ella. Refiere que lo poco que recuerda estando pequeña, son las discusiones que tenía con la mamá cuando llegaban del trabajo. Refiere que la comunicación que mantiene con él es escasa, llamándola entre 2 a 3 veces por semana para preguntarle por la salud de ella y de sus hermanos. Comenta que, desde pequeña, su padre solía decirle que la quería, pero solo cuando era su cumpleaños, y que esta expresión por parte de él, se dio hasta que ella cumplió los 15 años. Sobre su padre comenta: “he aprendido a respetarlo, y a darme cuenta de que si está presente o no lo tengo que aceptar”.

**Padraastro:** Javier, de 48 años, lo define como: “poco comunicativo, distante”. Actualmente trabaja en área de mecánica, actualmente vive con ella. Refiere que tiene poco contacto con ella y sus hermanos, y que cuando lo realiza, pide que las apoyen con los quehaceres de la casa. Comenta: “no le tengo cólera, pero siento que solo hay un respeto de por medio”.

**Hermanos:** Magaly, de 26 años, la define como: “renegona, enojona”. Actualmente estudia una carrera técnica de secretariado, vive con ella y sus hermanos. Refiere tener poca comunicación, ya que solo comparten las tareas del hogar, comenta que la única vez que siente haber tenido cercanía con ella fue cuando querían prepararle un almuerzo de cumpleaños para su madre. Hermana menor: Ana, de 22 años, la define como: “amiga, buena hermana”. Actualmente vive con ella y sus hermanos. Refiere tener más cercanía y comunicación, comenta pasar más tiempo y contacto con ella cuando están en casa, ya que siente que puede apoyarse para conversar y tener más confianza. Comenta: “parece que veo en ella a mí de joven, ya que también la veo a veces con miedo, ella tiene a sus amigas que la apoyan bastante, eso me gusta de ella”.

**3 hermanos menores y 1 hermano:** comenta que siente tener el cariño de cuidarlos y velar por su integridad de ellos. Comenta: “tengo la obligación de ver por ellos como hermana mayor, junto con mi madre tenemos que ver en que coman a diario, son más inquietos y molestosos, pero los estoy tolerando; estoy haciendo un gran esfuerzo para cambiar, siento que debo ser un modelo para ellos”.

**Pareja actual:** Víctor de 43 años, convive con el actualmente, refiere que en los últimos seis meses su pareja se mantiene distante emocionalmente, solo se saludan y conversan de temas relacionados al cuidado del hogar, comenta que, a principios de este año, desde que se enteró que tenía esposa e hijo, se ha mantenido de esta manera, aunque refiere que accede a que este la abraza o la haga cariño por miedo a que tenga que pensar mal de ella o reaccione de otra forma.

**Desarrollo cronológico del problema.** A la edad de 4 años, comenta que sus padres ya estaban separados, y que se encontraba viviendo con su madre, comenta que desde pequeña recordaba cuando venía su papa y discutía con su madre, generándole miedo en ella para decirles que no

gritaran, quedándose callada cada vez que sucedía. A la edad de 6 años, empezó en la escuela desde primaria, sin dificultad en el aprendizaje, con temor para entablar comunicación con sus compañeros y con su profesora. Comenta que solía quedarse callada cuando, una vez, uno de sus compañeros de salón le rayaba su cuaderno. Así mismo, comenta haber tenido dos compañeras con las que procuraba estar acompañada de ellas para las actividades en clase, lo cual hacía que ella se sintiera bien y a gusto al estar acompañada. A la edad de 8 años, su mamá salió embarazada de su segundo compromiso, generando que ella estuviese enojada con su mamá y con él bebé por la atención que le prestaba, lo cual hizo que ella tuviese que llorar cuando se encontraba sola. Comenta que se sintió muy triste cuando en la escuela ya no estaba una de sus compañeras, lo cual hizo que se sintiera angustiada por estar lejos de su amiga, refiere que quiso contarle a la profesora, pero tuvo miedo de iniciar el contacto.

A la edad de 10 años, comenta que cuando estaba en 5 grado de primaria, un compañero de su salón, al parecer por burlarse o jugar con ella, le pregunto si quería ser su enamorada, en ese momento sintió miedo, se sonrojó y pensó: “qué dirán mis amigas, los demás me van a molestar, no sé cómo responder porque todos se van a reír”. Una de sus compañeras, al verla que no reaccionaba, la tomó de la mano y tuvo que alejarla de ese lugar, haciendo que se sintiera más aliviada cuando ya estaban fuera del aula, mientras se alejaba, recuerda que los demás compañeros se estaban riendo.

A la edad de 12 años empezó la secundaria, comenta que su mamá le decía que, si no mejoraba en sus calificaciones la cambiaría de colegio, ante esto ella sintió miedo y ansiedad, pensaba: “en un salón nuevo no sabría qué hacer, no estarían mis amigas de siempre, será mejor que suba mis notas”. Comenta que estuvo preocupada al iniciar la secundaria, ya que no sabía

si es que iba a estar en un aula nueva”. Tuvo más empeño para mejorar sus notas desde entonces, subiendo sus calificaciones de 14 a 17, manteniéndose en esa categoría.

A los 13 años, comenta que cuando acudió al hospital por un problema de malestar estomacal, un personal técnico estuvo mirándola en más de una ocasión; cuando tuvieron que tomarle sus controles vitales, este le estuvo acariciando su antebrazo con sus dedos y luego le sonrió. Ante esto, Carmen optó por quedarse callada sin habérselo dicho a su madre en algún momento, por temor a que no le creyera o quedar en vergüenza, comenta que, desde ese entonces, se cuidaba en no enfermarse para evitar acudir al hospital.

A la edad de 15 años asistió a su primer cumpleaños por una compañera de escuela, refiere que su madre le dio permiso para salir, pero le dijo que solo fuera por dos horas. Comenta que, fue acompañada de una compañera del salón, y que al estar a dos casas antes de la que iba a llegar, había notado que estaban varios de sus compañeros de aula, lo cual hizo que ella se retirara de la fiesta regresando a su casa. Comenta: “no podía quedarme, sentí que me iban a molestar o se iban a burlar de mí, quizás hasta por mi ropa o por algo, además para que fuera a quedarme si no iban a hablar conmigo, me dio pena dejar a mi amiga ahí sola”. Refiere que al estar regresando a casa se cruzó con dos mujeres de aproximadamente 20 años, quienes al pasar por su lado escuchó murmurar algo sobre su vestido. Según comenta: “se estaban burlando por cómo me quedaba mi ropa, estaría muy delgada, se habrán reído”.

A la edad de 18 años, comenta que tuvo su primera relación sentimental, refiere que el momento inició cuando estaban en un parque reunidos entre 4 amistades, ella con su amiga y dos chicos. Estuvieron conversando durante media hora, y al estar jugando “verdad o reto” a



ella le dijeron que como castigo tenía que aceptar ser la enamorada de Luis, “supongo que no me quedo de otra, tenía que aceptarlo porque si no, pensarían que soy una aburrida”.

Carmen define la relación como toxica, ya que ella accedía a muchas peticiones de este. Pensaba: “no sé cómo negarme si me pide algo, quiero quedar bien”. Comenta que, cada vez que su pareja le pedía dinero ella se negaba, a lo que este se molestaba. Ante esto, accedía a prestarle dinero, ya que al hacerlo su pareja se mostraba cariñoso y amable con ella, sintiéndose tranquila. Refiere que, a los 7 meses en relación, se enteró que su pareja le fue infiel, tuvo miedo en terminar su relación ya que no sabía cómo reaccionaría la otra persona, comenta que le había contado lo sucedido a su mama, y al enterarse tuvo que interceder por ella con Luis para que tuviese que alejarse. Comenta luego: “Si mi mama no me hubiera ayudado, yo no podría haberlo hecho”. Ante esto, refiere que su mama se molestó con ella, diciéndole: “Eres bien monse y apagada, así te van a ver la cara siempre, se van a aburrir de ti”. A la edad de 19 años, comenta que obtuvo su primer empleo, como asistente de docente en educación inicial, lo cual fue referida por una tía, habiéndola llamado para que tuviese una oportunidad laboral. Comenta que sintió miedo y preocupación por hacer buen trabajo y en conocer a las personas que compartía el ambiente. Pensaba: “no sé si haga las cosas bien, si no funciona me van a criticar”. Comenta que en este trabajo permaneció durante 11 meses y que fue donde conoció a su segunda pareja sentimental. Comenta que accedió a estar con el después de conocerlo por dos días, solo porque le costó negarlo. Refiere: “no sé cómo negarme ante su petición, quedaría como una aburrida”.

Refiere que, durante el trascurso de la relación, ella se ha definido como la parte sumisa, ha cedido en las discusiones que tenían, quedándose callada después de una conversación, su pareja es 25 años mayor que ella. Refiere que, después de 4 meses en la relación, comenta que

su pareja le propuso convivir, accediendo ella. Refiere también, que después de 3 años de relación, se entera que esta persona es casada, pero que aun así continua en la relación porque teme quedar mal y avergonzada con esta persona. Refiere: “me da cólera, siento que tengo que olvidarme de eso, no tengo fuerzas para dejarlo, aunque quisiera”. Refiere que esta situación hizo que aumentara su apetito por comer, subiendo de peso, actualmente presenta 82 Kg y mide 156cm. aproximadamente.

A la edad de 20 años, comenta haber asistido por primera vez a una reunión de trabajo con sus colegas, refiere haber tenido mucha vergüenza por no saber que decir y que hacer, estuvo acompañada de sus amigas de trabajo, comenta que cuando estuvieron conversando entre los demás; a ella se le resbaló el vaso que le estaban sirviendo, al suceder esto, tuvo que ponerse de pie para tener que limpiarse, al hacerlo, se tropezó al pisar el agua que también había mojado el suelo, lo que hizo que casi se cayera por completo. Refiere que los chicos de esa reunión se habían reído exageradamente, a lo que ella solo tuvo que sonreír y acudir a limpiarse al baño. Pensó: “Que vergüenza pasar por ese momento, todos me miraron raro y se habrán burlado, deberían ser más empáticos y no reírse, ya no me invitarán porque pensarán que soy una tonta”.

#### ***2.5.4. Evaluación Psicométrica***

##### **1. Escala de Liebowitz para la ansiedad social**

###### **Datos de Filiación**

Apellidos y Nombres : Carmen  
Edad : 24 años  
Ocupación : Agente de seguridad  
Fecha de evaluación : Junio de 2021

**Motivo de Evaluación.** Conocer las interacciones sociales temidas en determinadas circunstancias. Las técnicas e instrumentos aplicados fueron la entrevista psicológica, la Escala de Liebowitz para la ansiedad social.

## Tabla 2

*Resultados de Escala de Liebowitz para la ansiedad social*

Total, de ansiedad	55	Total, de evitación	55
--------------------	----	---------------------	----

**Interpretación de Resultados.** La Tabla 2 registra que la paciente muestra síntomas de ansiedad cuando expresa sentir dolores de cabeza, malestar estomacal, comezón en los brazos. Así mismo, muestra conductas de evitación cuando tiene que cruzar a la otra acera para evitar estar en locales de comida rápida; así como evitar acudir a reuniones sociales con sus amistades del trabajo.

**Recomendaciones.** Se recomienda entrenamiento en relajación para reducir síntomas de ansiedad. Se recomienda entrenamiento en modificación de conducta para la evitación de situaciones que le generan ansiedad.

## 2. Inventario de Ansiedad de Beck

### Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : Carmen  
 Edad : 24 años  
 Ocupación : Agente de seguridad  
 Fecha de evaluación : Junio de 2021

**Motivo de evaluación.** Conocer los niveles de ansiedad que presenta.

**Técnicas e instrumentos aplicados.** Entrevista psicológica y el Inventario de Ansiedad de Beck.

**Resultados.** La paciente obtuvo en sus resultados una puntuación de 25, mostrando un Nivel de Ansiedad Moderado según la evaluación.

**Interpretación de Resultados.** La paciente presenta ansiedad moderada según la escala, cuando manifiesta sentir dolores de cabeza, malestar estomacal.

**Recomendaciones.** Se recomienda entrenamiento en relajación y respiración para disminución de síntomas por ansiedad.

### 3. Escala de ansiedad de Zung

#### Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : Carmen

Edad : 24 años

Ocupación : Agente de seguridad

Fecha de evaluación : Junio de 2021

**Motivo de evaluación.** Conocer los niveles de ansiedad que presenta

**Técnicas e instrumentos aplicados.** Entrevista psicológica, y la Escala de Ansiedad de Zung.

**Resultados.** La paciente obtuvo un resultado en su puntuación de 61, presentando ansiedad moderada según la escala.

**Interpretación de Resultados.** La paciente presenta ansiedad moderada según la escala, cuando manifiesta sentir dolores de cabeza, malestar estomacal.

**Recomendaciones.** Se recomienda entrenamiento en relajación y respiración para disminución de síntomas por ansiedad.

#### 4. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein (EHS)

##### Datos de filiación

Apellidos y Nombres : Carmen  
Edad : 24 años  
Ocupación : Agente de seguridad  
Fecha de evaluación : Julio de 2021

**Motivo de evaluación.** Evaluar el Perfil psicológico.

**Técnicas e instrumentos aplicados.** Entrevista psicológica, y la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein (EHS).

##### Resultados

D1 (Habilidades Sociales Básicas) = 75% Buen nivel H.S.  
D2 (Habilidades Avanzadas) = 50% Normal nivel H.S.  
D3 (Habilidades relacionadas con sentimientos) = 42% Bajo nivel H.S.  
D4 (Habilidades alternativas a la agresión) = 41% Bajo nivel H.S.  
D5 (Habilidades frente al estrés) = 39% Bajo nivel H.S.  
D6 (Habilidades de planificación) = 56% Normal nivel H.S.

**Interpretación de Resultados.** La examinada presenta un bajo nivel en la categoría de habilidades relacionadas con sentimientos, habilidades alternativas a la agresión y habilidades frente al estrés. La paciente en la actualidad presenta dificultades para solicitar apoyo a sus colegas de trabajo, para interactuar con ellos cuando tiene dificultades.

**Recomendaciones.** Se recomienda entrenamiento en habilidades sociales.

## 5. Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan

### Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : Carmen  
 Edad : 24 años  
 Ocupación : Agente de seguridad  
 Fecha de evaluación : Julio de 2021

**Motivo de evaluación.** Conocer los diferentes tipos de pensamientos distorsionados que presenta.

**Técnicas e instrumentos aplicados.** Entrevista psicológica, y el Inventario de Pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.

**Resultados.** La paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en las diferentes categorías:

**Tabla 3**

*Categorías y puntaje de resultados de los instrumentos*

CATEGORIAS	PUNTAJE
Filtraje	4
Pensamiento polarizado	3
Sobre generalización	5
Interpretación del pensamiento	5
Visión catastrófica	5
Personalización	4
Falacia de control externo	3
Falacia de justicia	4
Razonamiento emocional	2
Falacia de cambio	6
Etiqueta global	7
Culpabilidad	5
Debería	6
Tener razón	5
Falacia de recompensa divina	9

**Interpretación de Resultados.** La paciente presenta pensamientos distorsionados relacionados a ciertas áreas de su vida, que no le permiten llevar con normalidad su vida diaria.

En las escalas más elevadas se reconoce los siguientes pensamientos:

Falacia de cambio (6): se manifiesta con los siguientes pensamientos: “Si hubieran sido más amables en ese entonces, no tendría esto”.

Etiqueta global (7): se manifiesta con los siguientes pensamientos: “No soy tan interesante, soy aburrida”, “ella es irritable, él es distante conmigo”.

Debería (6): se manifiesta con los siguientes pensamientos: “Debería ser más fuerte”, “Ellos deberían ser más empáticos y no burlarse”.

Falacia de recompensa divina (9): se manifiesta con los siguientes pensamientos: “siempre me porto bien esperando que algún día me pase algo bueno”.

**Recomendaciones.** Se recomienda modificar los pensamientos distorsionados que afectan su vida diaria, mediante la reestructuración cognitiva.

### ***2.5.5. Informe Psicológico Integrador***

#### **Datos de Filiación**

Apellidos y Nombres	: Carmen
Edad	: 24 años
Ocupación	: Agente de seguridad
Fecha de evaluación	: Julio de 2021

**Motivo de consulta.** Conocer los resultados de forma integral de las pruebas aplicadas.

**Pruebas Psicológicas administradas.** Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Ansiedad de Zung, Escala de Habilidades Sociales de Goldstein, Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan.

**Análisis Interpretativo.** La paciente presenta pensamientos distorsionados relacionados a ciertas áreas de su vida, que no le permiten llevar con normalidad su vida diaria. Así mismo, ha mostrado un nivel de ansiedad moderada según sus evaluaciones, expresándose en síntomas fisiológicos y conductuales, relacionados a las diversas situaciones sociales.

**Conclusión Diagnóstica.** La paciente presenta un cuadro de ansiedad social según los criterios diagnósticos del DSM V, según sus interpretaciones y expresiones, así como los resultados que determinaron su diagnóstico.

**Recomendaciones.** Se recomienda intervención cognitivo conductual para afrontar el cuadro de ansiedad social.



Tabla 4

*Análisis funcional*

Estimulo discriminativo	Conducta	Estimulo reforzador
<p><b>Externo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estando en una reunión de trabajo junto con sus demás compañeros.</li> <li>- Cuando está en la calle y pasa cerca de un local de comida rápida.</li> <li>- Invitación de sus amistades a reuniones sociales.</li> <li>- Llamar por teléfono.</li> <li>- Hablar frente a otras personas.</li> <li>- Hablar con un chico.</li> <li>- Mantener contacto visual.</li> </ul> <p><b>Interno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuerda la participación que tuvo en la escuela.</li> <li>- Recuerda que tuvo que renunciar a su trabajo anterior porque le habían programado una capacitación.</li> </ul>	<p><b>Pensamiento:</b></p> <p>“Tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, quedaría como una ignorante”. “La gente se reiría de mi por mi apariencia o por lo gordita que estoy”. “Siempre me porto bien, espero algún día que me pase algo bueno”, “Siento que haré el ridículo”, “si digo alguna tontería todos se reirían de mí, no soy tan interesante”, “Debería ser más fuerte”.</p> <p><b>Emocional:</b></p> <p>Miedo (8/10), vergüenza (8/10), ansiedad (8/10)</p> <p><b>Fisiológico:</b></p> <p>Dolor de cabeza, comezón en los antebrazos, malestar estomacal, sudoración en las manos, sequedad en los labios.</p> <p><b>Motor:</b></p> <p>Se retira de las reuniones de trabajo a su caseta habitual.</p> <p>Les miente para no tener que acudir a la reunión.</p> <p>Se pasa de frente al caminar cuando ve a mucha gente reunida.</p> <p>Compra comida para llevar ya que si se queda la verán comer.</p>	<p><b>Externo:</b></p> <p>Siente alivio al estar en su caseta.</p> <p>Siente alivio cuando no tiene contacto con los demás.</p> <p>Siente alivio cuando ya no le insisten en preguntarle.</p> <p><b>Interno:</b></p> <p>Pensar: “mejor me quedo callada”.</p>

**Tabla 5***Análisis de la triple columna (ABC)*

(A)	(B)	(C)			
Situación	Pensamientos	Emoción	Reacciones Fisiológicas	Conducta	Consecuencias
<p>- Estando en una reunión de trabajo junto con sus demás compañeros.</p> <p>- Cuando está en la calle y pasa cerca de un local de comida rápida.</p> <p>- Invitación de sus amistades a reuniones sociales.</p>	<p>“Tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, quedaría como una ignorante”. “La gente se reiría de mi por mi apariencia o por lo gordita que estoy “Siempre me porto bien, espero algún día que me pase algo bueno”, “Debería ser más fuerte”, “si digo alguna tontería todos se reirían de mí, no soy tan interesante”.</p>	<p>Miedo (8/10), vergüenza (8/10), ansiedad (8/10)</p>	<p>Dolor de cabeza, comezón en los antebrazos, malestar estomacal, sudoración en las manos, sequedad en los labios.</p>	<p>Se retira de las reuniones de trabajo a su caseta habitual. Les miente para no tener que acudir a la reunión. Se pasa de frente al caminar cuando ve a mucha gente reunida. Compra comida para llevar ya que si se queda la verán comer.</p>	<p>Siente alivio al estar en su caseta. Siente alivio cuando no tiene contacto con los demás. Siente alivio cuando ya no le insisten en preguntarle.</p>

## **2.6. Intervención psicológica**

### ***2.6.1. Plan de Intervención y Calendarización***

El programa de Intervención Cognitivo Conductual consta de 16 sesiones, con una duración de 50 minutos aproximados por cada sesión. La fecha de primera evaluación fue el 16 de junio del 2021, presentándose luego a cada sesión entre 10 días. La intervención psicológica tuvo una duración de cuatro meses con dos semanas a posterior para una sesión de seguimiento, iniciando el 16 de Julio de 2021. La paciente se presenta como única participante en la intervención cognitivo conductual. En las técnicas de tratamiento se usaron la Reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración, modelado, tareas para la casa y entrenamiento en habilidades sociales.

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

#### **Plan de intervención y calendarización**

El programa de Intervención Cognitivo Conductual consta de 14 sesiones, con una duración de 50 minutos por cada sesión, con un intervalo de ocho días entre las sesiones.

#### **Programa de Intervención**

Las sesiones terapéuticas para desarrollar en la paciente se basan en los objetivos específicos presentados líneas arriba, se realizaron 16 sesiones, las cuales se detallan a continuación:

## Sesión 1

Fecha de evaluación: 16/07/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<p>- Psicoeducación a la paciente un concepto sobre ansiedad, su origen, sus características, causas y consecuencias.</p> <p>- Fortalecer la alianza terapéutica.</p>	<p>- Psico educación.</p> <p>- Dialogo expositivo.</p> <p>Paso 1: Mediante la entrevista, escucha activa y validación de sus emociones se genera la alianza terapéutica.</p> <p>Paso 2: Se explica a la paciente mediante trípticos y material audio visual la psicofisiología de la ansiedad, identificando sus causas y consecuencias.</p> <p>Paso 3: Psicoeducar a la paciente sobre la emoción de la ansiedad y como se mantiene esta conducta frente a situaciones de evaluación social. Para comprender el comportamiento ansioso, se compartió la gráfica de Triple relación de contingencias.</p>	<p>- Se le asigna como tarea elegir una lectura adicional referente a la psicofisiología de la ansiedad, su origen, mantenimiento; y compartirlo en la próxima sesión.</p>

## Sesión 2

Fecha de evaluación: 20/07/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior sobre el concepto de ansiedad.</li> <li>- Psicoeducación a la paciente en terapia cognitivo conductual.</li> <li>- Identificar los pensamientos distorsionados y generar una explicación alternativa.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psico educación.</li> <li>- Dialogo expositivo.</li> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros alcanzados y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Se explica a la paciente la relación de ansiedad entre situación, pensamiento, emoción y conducta, mediante el ABC de la conducta.</p> <p>Paso 3: Se identifica los pensamientos distorsionados que están presentes en diferentes situaciones, se interviene con la técnica de reestructuración cognitiva generando una explicación alternativa y se plantean nuevos pensamientos.</p>	

**Tabla 6**

*Explicación de la conducta cuando tiene miedo de que lo critiquen*

A	B	C	D	E
Estando en una reunión de trabajo con sus demás compañeros.	<i>“Tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, quedaría como una ignorante”.</i>	Se retira de las reuniones de trabajo a su caseta habitual.	<p><b>Definición:</b> ¿Qué significa para ti recibir la aprobación de tus demás compañeros?</p> <p><b>Decatastrofización:</b> ¿Sería realmente tan terrible como lo imaginas? ¿Con que frecuencia se ponen en evidencia otras personas y sin embargo sobreviven sin consecuencias negativas en sus vidas? ¿Qué podrías hacer para minimizar este impacto de quedar como una ignorante?</p> <p><b>Evaluando alternativas</b> Si pudiéramos ver otra manera de ver esta situación, ¿Cómo te haría sentir?</p>	No tengo porque depender de la aprobación de los demás. No es necesario que tenga que irme de alguna reunión en la que este con más personas. Ansiedad (4)

### Sesión 3

Fecha de evaluación: 23/07/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior acerca del concepto en terapia cognitivo conductual.</li> <li>- Identificar los pensamientos distorsionados.</li> <li>- Entrenamiento en identificación y uso de la escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUD).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psico educación. Asignación de tareas. Retroalimentación.</li> <li>- Reestructuración cognitiva. Decatastrofización. Generando respuestas alternativas.</li> <li>Paso 1: Psicoeducación a la paciente del concepto de la escala SUD y su objetivo en la terapia.</li> <li>Paso 2: Se realiza entrenamiento en la identificación y manejo de la escala de unidades subjetivas mediante los registros.</li> <li>Paso 4: Se realiza retroalimentación y entrenamiento en identificar los pensamientos distorsionados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea elaborar un registro de los pensamientos distorsionados que ocurran durante la semana. Repetir las alternativas evaluadas con los pensamientos.</li> <li>- Se asigna como tarea elaborar un registro de la escala de unidad subjetiva en niveles de ansiedad durante la semana en dos situaciones que sienta la misma emoción.</li> </ul>

**Tabla 7***Explicación de la conducta en reuniones sociales*

A	B	C	D	E
Invitación de sus amistades a reuniones sociales.	<i>“Siento que haré el ridículo”, “si digo alguna tontería todos se reirían de mí, no soy tan interesante”.</i>	Les miente para no tener que acudir a la reunión.	<p><b>Definición:</b> ¿Qué significa para ti recibir la aprobación de tus demás compañeros?</p> <p><b>Solicitando pruebas:</b> ¿Qué evidencia tienes de que puedan juzgarte por decir alguna tontería?</p> <p><b>Decatastrofización:</b> ¿Sería realmente tan terrible como lo imaginas? ¿Qué es lo peor que podría ocurrir si dijeras alguna tontería? ¿Qué podrías hacer para minimizar este impacto de hacer el ridículo?</p> <p><b>Evaluando alternativas</b> Si pudiéramos ver otra manera de ver esta situación, ¿Cómo te haría sentir?</p>	No tengo porque huir de estas situaciones. No tiene que ser tan malo equivocarse. Ansiedad (4).

## Sesión 4

Fecha de evaluación: 29/07/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior sobre el uso de escala SUD.</li> <li>- Entrenamiento en técnicas de relajación y respiración diafragmática.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psico educación.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> <li>- Retroalimentación.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros alcanzados y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Se retroalimenta en información acerca del uso y manejo de escala SUD.</p> <p>Paso 3: Se brinda psicoeducación a la paciente sobre el concepto de las técnicas de relajación y cuáles son los objetivos en la terapia, se utiliza material audiovisual como herramienta de apoyo.</p> <p>Paso 4: Se realiza el entrenamiento en técnicas de relajación y respiración diafragmática, durante 15 minutos, estableciendo los registros de sus sensaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea practicar la respiración diafragmática por 15 minutos, durante 3 veces al día como mínimo, llevando un registro de los resultados por sus sensaciones.</li> </ul>

Para el entrenamiento en respiración diafragmática, se situó a la paciente en un lugar cómodo, sentada en su propia silla, y se prosiguió a darle las siguientes indicaciones: Cerrar lentamente los ojos, y colocar su mano dominante sobre el abdomen, este deberá elevarse con cada inspiración a realizar. Al exhalar tendrá que regresar a su posición inicial. Así mismo, se indica que haga una inhalación durante 4 segundos, y se exhale por la boca por ocho segundos.



Durante 15 minutos se estuvo repitiendo este ejercicio de forma pausada. Se llevó a cabo registro de sus sensaciones físicas, mencionando la relajación en hombros, estomago, y piernas.

## Sesión 5

Fecha de evaluación: 05/08/2021

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica y Actividad</b>	<b>Tarea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación y entrenamiento sobre la técnica de respiración diafragmática.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Se retroalimenta sobre la técnica de respiración diafragmática y su entrenamiento. Durante 10 minutos y con un intervalo de 20 minutos, estableciendo un registro de sus sensaciones tanto en hombro, estómago y piernas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea practicar la respiración diafragmática por 10 minutos, durante 3 veces al día como mínimo, llevando un registro de los resultados por sus sensaciones.</li> </ul>

## Sesión 6

Fecha de evaluación: 11/08/2021

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica y Actividad</b>	<b>Tarea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación y entrenamiento sobre la técnica de respiración diafragmática.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> <li>- Reestructuración cognitiva.</li> <li>- Decatastrofización.</li> <li>- Generar respuestas alternativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea practicar la respiración diafragmática por 15 minutos, durante 3 veces al día como mínimo, llevando un</li> </ul>

<p>- Retroalimentación sobre identificar los pensamientos distorsionados y generar una explicación alternativa.</p>	<p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.  Paso 2: Se retroalimenta sobre la técnica de respiración diafragmática y su entrenamiento.  Paso 3: Se realiza técnica de reestructuración cognitiva mediante explicación alternativa para los pensamientos distorsionados de: “Siempre me porto bien, espero que algún día me pase algo bueno”, “Debería ser más fuerte”.</p>	<p>registro de los resultados por sus sensaciones.  - Se asigna como tarea registrar los pensamientos y los niveles de ansiedad que le producen cuando se encuentra en la situación de estar en la calle y pasar por un local de comida rápida.</p>
---	---	---

**Tabla 8**

*Explicación de la conducta de sus deseos*

A	B	C	D	E
<p>Estar en la calle y pasar por un local de comida rápida.</p>	<p>“<i>Siempre me porto bien, espero que algún día me pase algo bueno</i>”, “<i>debería ser más fuerte</i>”.</p>	<p>Camina ignorando a los demás cuando ve a mucha gente reunida.</p>	<p><b>Definición:</b>  ¿Qué significa para ti esperar a que pase algo bueno por lo que vives hoy?  ¿Qué significa para ti ser más fuerte?  <b>Solicitando pruebas:</b>  ¿Qué evidencia tienes de que puedan juzgarte por tu apariencia? ¿Qué prueba tienes de que puedas pasar algo bueno solo porque te sientas portarte bien?  <b>Decatastrofización:</b>  ¿Sería realmente tan terrible como lo imaginas? ¿Qué es lo peor que podría si te portaras bien y aun así no sucediera algo bueno?  <b>Evaluando alternativas</b>  Si pudiéramos ver otra manera de ver esta situación, ¿Cómo te haría sentir?</p>	<p>Soy tan fuerte como quisiera serlo.  Me puedo comportar sintiéndome bien sin esperar algo a cambio.  Ansiedad (3).</p>

## Sesión 7

Fecha de evaluación: 19/08/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación y entrenamiento sobre la técnica de respiración diafragmática.</li> <li>- Identificar los pensamientos distorsionados, mediante el modelo cognitivo.</li> <li>- Reestructuración Cognitiva de los pensamientos distorsionados.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación.</li> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Se retroalimenta sobre la técnica de respiración diafragmática y su entrenamiento, durante un periodo de 10 minutos se realiza dicha técnica y se registra las sensaciones.</p> <p>Paso 3: Se psicoeduca a la paciente el concepto sobre Reestructuración Cognitiva y su objetivo en la terapia.</p> <p>Paso 4: Se brinda retroalimentación en identificar los pensamientos distorsionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea registrar sus pensamientos distorsionados y los niveles de ansiedad durante la semana, mediante el modelo cognitivo en las situaciones de estar en una reunión de trabajo con sus demás compañeros; así como el de estar en la calle y pasar por un local de comida rápida rodeada de muchas personas.</li> </ul>

## Sesión 8

Fecha de evaluación: 25/08/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Identificar los pensamientos distorsionados, mediante el modelo cognitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Reestructuración Cognitiva.</li> <li>- Decatastrofización.</li> <li>- Generar explicación alternativa.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea registrar sus pensamientos alternativos durante la semana en las diversas situaciones</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructuración Cognitiva de los pensamientos distorsionados.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Retroalimentación de la técnica de relajación y respiración.</p> <p>Paso 3: Mediante el registro del modelo cognitivo, se procede a elaborar pensamientos alternativos.</p>	<p>establecidas en el modelo cognitivo.</p>
---	--	---

## Sesión 9

Fecha de evaluación: 09/09/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Reestructuración Cognitiva de los pensamientos distorsionados.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Reestructuración Cognitiva.</li> <li>- Decatastrofización.</li> <li>- Generar explicación alternativa.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Mediante el registro del modelo cognitivo, se procede a elaborar pensamientos alternativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea registrar sus pensamientos alternativos durante la semana en las diversas situaciones establecidas en el modelo cognitivo.</li> </ul>

## Sesión 10

Fecha de evaluación: 17/09/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Disminuir las conductas de evitación mediante la técnica del Modelado.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación.</li> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Modelado.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Retroalimentación de la técnica de respiración y relajación durante 10 minutos, registrando sus sensaciones.</p> <p>Paso 3: Se brinda psicoeducación al paciente el concepto sobre el Modelado, sus características y objetivos en la terapia.</p> <p>Paso 4: Se realiza entrenamiento en Modelado, siendo el terapeuta el sujeto a interpretar como modelo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea registrar la conducta alternativa y repetir el modelo interpretado.</li> </ul> <p>Asignar y evaluar los distintos rasgos verbales y no verbales presentados en las conductas durante la semana, estando en el trabajo en reunión con los demás compañeros, así como estar presente en la calle rodeada de personas en lugares de comida rápida.</p>

Para realizar la técnica del modelado, el terapeuta representó una situación (estar en una reunión con los demás compañeros de trabajo). Se muestra los rasgos verbales y no verbales para poder comunicarse y estar presente en dicha reunión. Se prestó atención a la postura erguida, el mentón, los hombros, brazos, mirada, tono de voz y gestos. La paciente refirió sobre lo que hizo el terapeuta teniendo como modelo al terapeuta, indicando lo que resaltaría en dicha postura. Se realiza la importancia de no interpretar la postura como única manera de

comportarse, sino como una opción de afrontar en dicha situación. Se refuerza la practica en mención y se ejecuta durante 10 minutos, elogiando sus logros obtenidos.

### Sesión 11

Fecha de evaluación: 27/09/2021

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica y Actividad</b>	<b>Tarea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Disminuir las conductas de evitación mediante la técnica del Modelado.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Modelado.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Se realiza entrenamiento en Modelado, siendo el terapeuta el sujeto a interpretar como modelo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea registrar la conducta alternativa y repetir el modelo interpretado.</li> </ul>

### Sesión 12

Fecha de evaluación: 07/10/2021

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica y Actividad</b>	<b>Tarea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Incrementar la conducta asertiva mediante el entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación.</li> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Modelado.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea registrar la conducta alternativa y repetir el modelo interpretado en situaciones de estar frente a una reunión de trabajo, así como estar en la calle rodeada de muchas</li> </ul>

---

Paso 2: Se le explica al paciente el concepto acerca de las Habilidades sociales, sus características y objetivos en la terapia. Se utilizan materiales didácticos, videos instructivos.	personas en lugares de comida rápida.
Paso 3: Se realiza entrenamiento en habilidades sociales, en la categoría de Habilidades relacionadas con sentimientos, siendo el terapeuta el sujeto a interpretar como modelo con las características verbales y no verbales.	

---

Para realizar el entrenamiento en habilidades sociales, el terapeuta represento una situación (invitación de sus amistades a reuniones sociales). Se muestra los rasgos verbales y no verbales para comunicarse honestamente, evitando mentir para acudir a dicha reunión. Se tomaron en cuenta los componentes de las categorías de habilidades arrojados por la evaluación. En esta sesión se hizo énfasis en la habilidad relacionada con sentimientos. Ante esto, es necesario considerar la postura erguida, la mirada fija, los hombros elevados, el mentón elevado, los brazos relajados, tono de voz, velocidad, claridad y gestos corporales acompañados de expresiones emocionales apropiadas; que permitan adoptar una actitud segura y calmada. Así mismo, se optó por reflejar una actitud acorde que estaba relacionado con expresar y comprender los sentimientos propios y hacia otras personas. Acotar a la paciente que dicha postura no será tomada como única interpretación de solución sino como una opción de modelo a seguir. Se refuerza la practica en mención y se ejecuta durante 10 minutos, elogiando sus logros obtenidos.

### Sesión 13

Fecha de evaluación: 15/10/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Incrementar la conducta asertiva mediante el entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Modelado.</li> <li>- Asignación de tareas.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Se realiza entrenamiento en habilidades sociales, en la categoría de habilidades alternativas a la agresión, y habilidades frente al estrés, siendo el terapeuta el sujeto a interpretar como modelo con las características verbales y no verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna como tarea registrar la conducta alternativa y repetir el modelo interpretado.</li> </ul>

Para realizar el entrenamiento de habilidades sociales en esta categoría, se opta por reflejar una actitud acorde a ser empáticos, conservar el control, tener otra postura frente a la agresión. Así mismo, en la categoría de habilidades frente al estrés, de igual manera, se toma en consideración las expresiones verbales como no verbales, haciendo énfasis en las expresiones físicas hacia los demás.



## Sesión 14

Fecha de evaluación: 27/10/2021

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica y Actividad</b>	<b>Tarea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Revisión de tarea programada.</li> <li>- Evaluaciones Post Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Escucha activa.</li> </ul> <p>Paso 1: Se revisa la tarea programada en la sesión anterior elogiando sus logros y se retroalimenta la información obtenida.</p> <p>Paso 2: Se realiza la aplicación de pruebas psicológicas: Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social. Escala de Auto evaluación de la Ansiedad de Zung. Inventario de Ansiedad de Beck.</p>	

## Sesión 15

Fecha de evaluación: 29/10/2021

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica y Actividad</b>	<b>Tarea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior.</li> <li>- Evaluaciones Post Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Escucha activa.</li> </ul> <p>Paso 1: Se realiza la aplicación de pruebas psicológicas: Inventario de Pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein.</p>	

## Sesión de seguimiento

### Sesión 16

Fecha de evaluación: 16/11/2021

Objetivo	Técnica y Actividad	Tarea
- Evaluar los cambios obtenidos en las pruebas psicológicas aplicadas.	- Dialogo expositivo. - Escucha activa.  ✓ Se presenta la información de los resultados obtenidos. ✓ Se indaga sobre aparición de síntomas que le hayan generado ansiedad ante determinadas situaciones; y aplicando las estrategias aprendidas.	

### 2.7. Procedimiento

La paciente comenta haber tenido referencia del terapeuta por parte de una amistad en su trabajo, quien le proporcionó el número de contacto, por vía telefónica es como se pudo contactar y concretar una primera consulta de manera presencial y de modo ambulatorio – particular. Al iniciar la atención ambulatoria, la paciente comenta su problemática actual, comentando también, que fue por iniciativa propia y de manera voluntaria realizar las sesiones de manera presencial, ya que estaba interesada y motivada en llevar una terapia. Después de esta primera evaluación de entrevista, se tuvo que revisar el material bibliográfico necesario para poder reforzar los conocimientos de intervención y de teoría. Se seleccionaron las técnicas apropiadas según el criterio del terapeuta, así como la aplicación de pruebas. En este punto, se le explicó a la paciente que podría ser parte de un trabajo de investigación, accediendo al desarrollo de esta sin tener inconveniente alguno. Para realizar las sesiones terapéuticas y la

consulta de seguimiento se acordó con la paciente para proseguir de manera presencial, accediendo también sin problema alguno.

## **2.8. Consideraciones éticas**

Para solicitar el consentimiento informado a la paciente, se tomó la siguiente consideración, según el Código de Ética y Deontología, perteneciente al Colegio de Psicólogos del Perú (Ley 30702), menciona en el Capítulo III, *de la Investigación*, en el Artículo 24° que todo Psicólogo debe tener presente que toda investigación en seres humanos debe necesariamente, contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos. También se resalta que en el artículo 25°, en todo proceso de investigación el psicólogo debe cautelar la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración que, la salud psicológica de una persona prevalece sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se comparte la información a la paciente que, según el capítulo VIII, *de los instrumentos de investigación*, en el artículo 49° y 50°, el psicólogo tiene la obligación de explicar la naturaleza de las pruebas, así como su propósito y resultados, evitando cualquier situación que ponga en peligro su estabilidad emocional. Se toma en cuenta el capítulo X, *de la Confidencialidad*, los artículos 57°, 58° y 59°, (Ley 30702) que mencionan la divulgación de la información, deba hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, con excepción de mandato judicial y/o de autoridad competente, el resultado de la evaluación e intervención psicológica no podrá ser develado a terceras personas, salvo expresa autorización del interesado(a) y dentro del límite de esta autorización.

Así mismo, se hace mención que la Universidad Nacional Federico Villarreal cuenta con Resolución R.N. 6436-2019-CU-UNFV, (2019) mediante el cual remite para su aprobación el Código de Ética para la investigación de dicha Casa de Estudios Superiores.

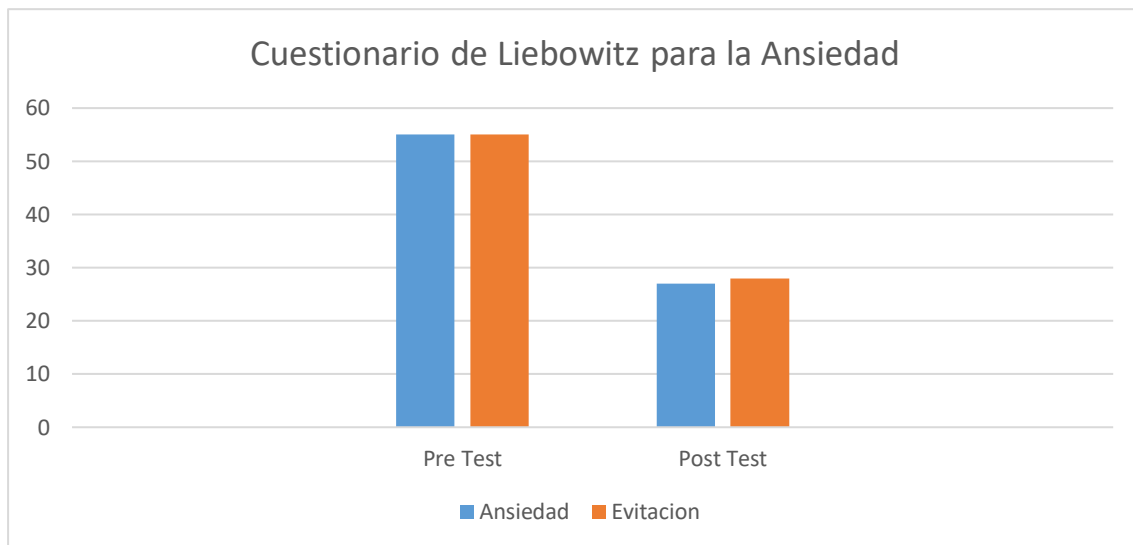
### III. RESULTADOS

#### 3.1 Resultados Pre y Post intervención

##### 1. Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social

**Figura 1**

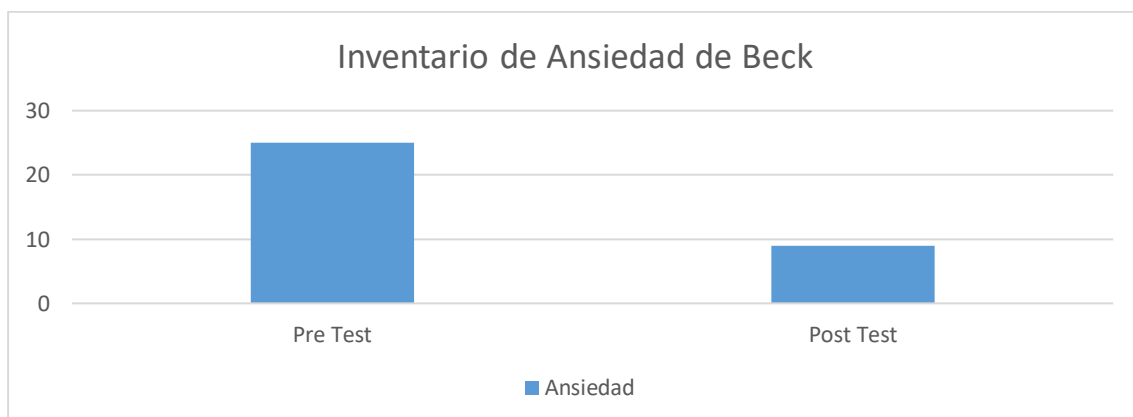
*Pre y posttest de la Escala de Ansiedad Social*



##### 2. Inventario de Ansiedad de Beck

**Figura 2**

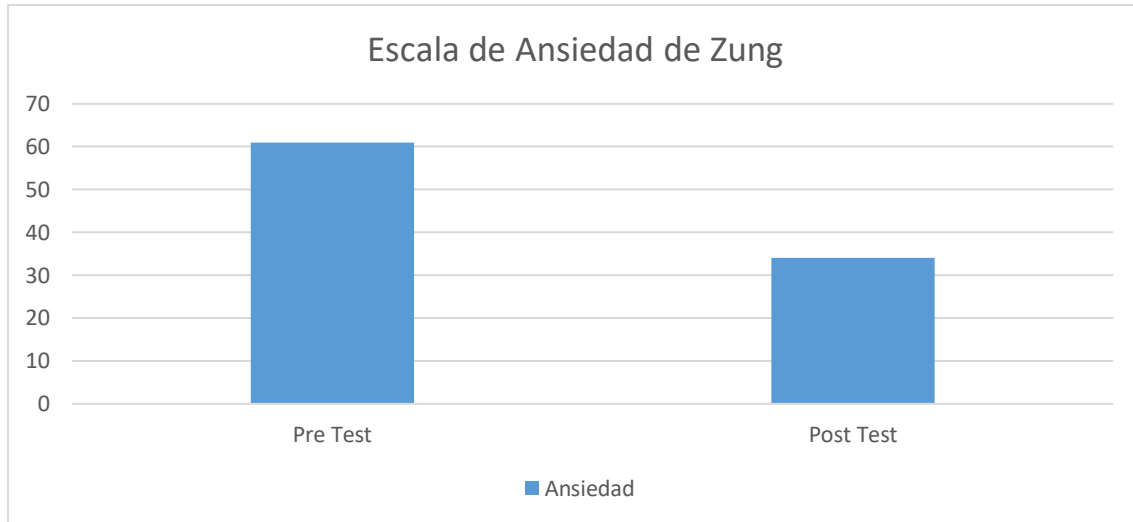
*Pre y post test de la Escala de Ansiedad de Beck*



### 3. Escala de Ansiedad de Zung

**Figura 3**

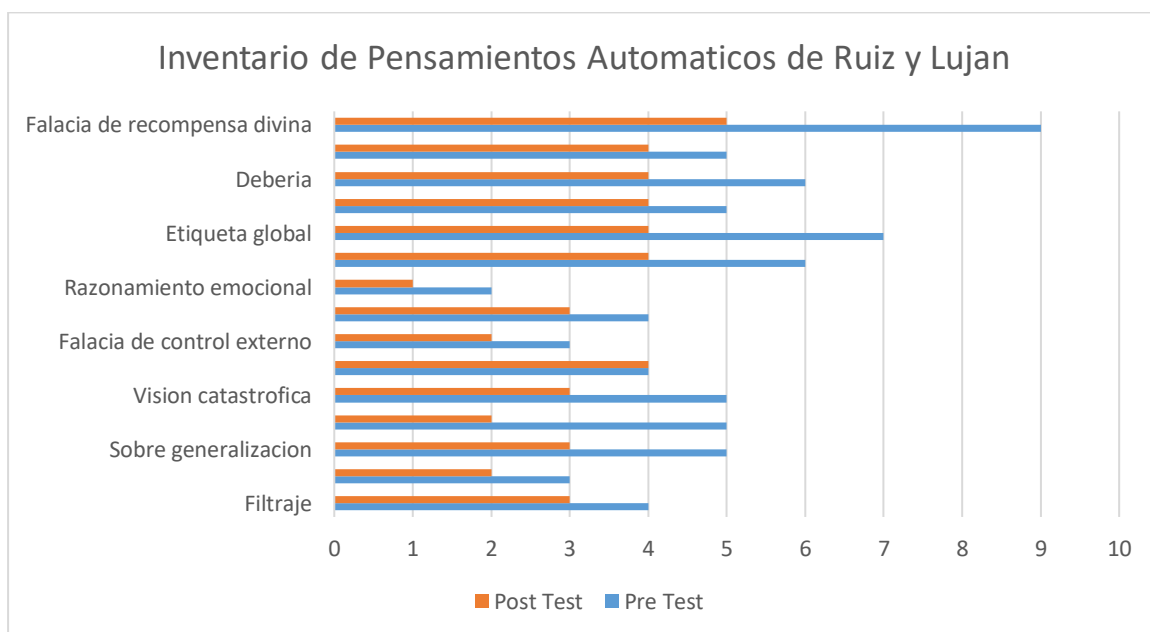
*Pre y post test de la escala de Ansiedad de Zung*



### 4. Inventario de Pensamientos Automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan

**Figura 4**

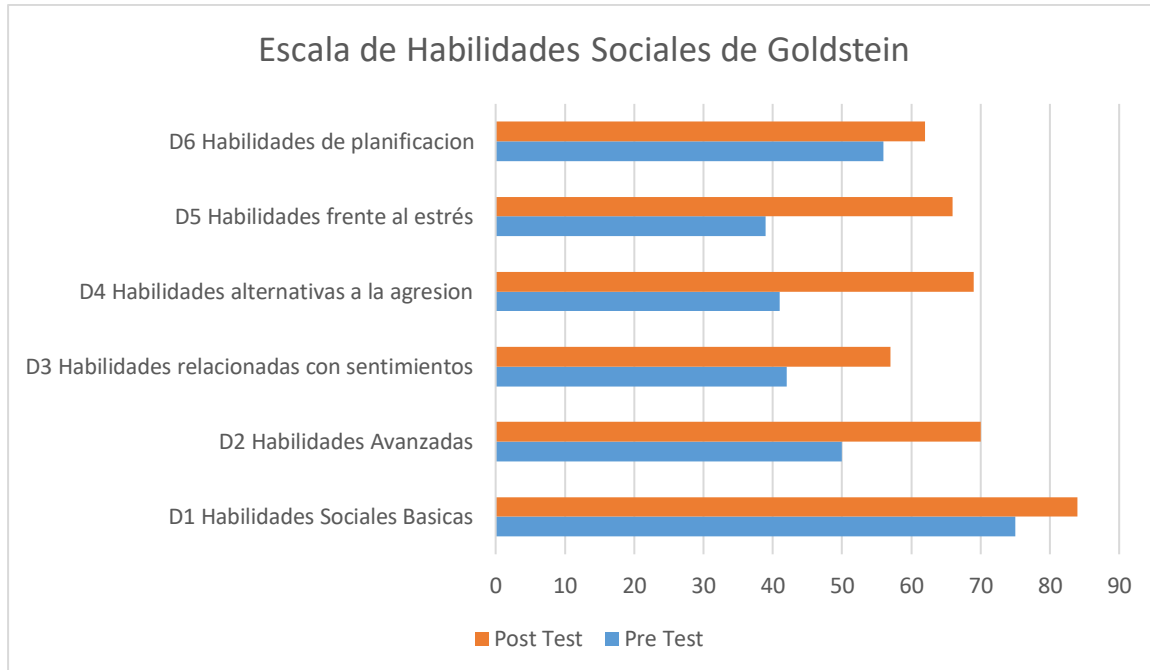
*Inventario de Pensamientos Automáticos de distorsiones cognitivas*



## 5. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

**Figura 5**

*Escala de Habilidades Sociales de Goldstein*



**Tabla 9**

*Registro de la línea base de la semana 1 según presencia de pensamientos distorsionados*

Pensamientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.	Tot.
“Tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, quedaría como una ignorante”.	1	2	1	1	2	2		9
“La gente se reirá de mi por mi apariencia”.	2	2	2	2	3	1		12
“Si digo alguna tontería todos se reirían de mí, no soy tan interesante”.	1	2	1	2	2	1		9

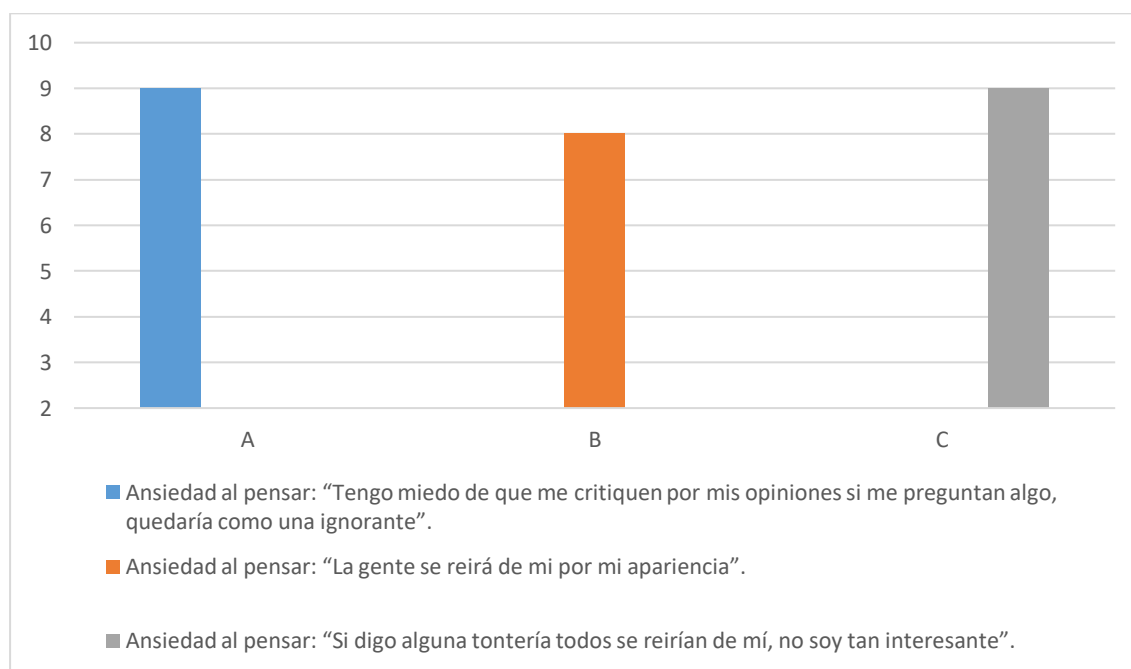
**Tabla 10**

*Registro de la línea base de la semana 1 según la intensidad de la ansiedad*

	Pensamientos	SUD
A	Ansiedad al pensar: “Tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, quedaría como una ignorante”.	9
B	Ansiedad al pensar: “La gente se reirá de mi por mi apariencia”.	8
C	Ansiedad al pensar: “Si digo alguna tontería todos se reirían de mí, no soy tan interesante”.	9

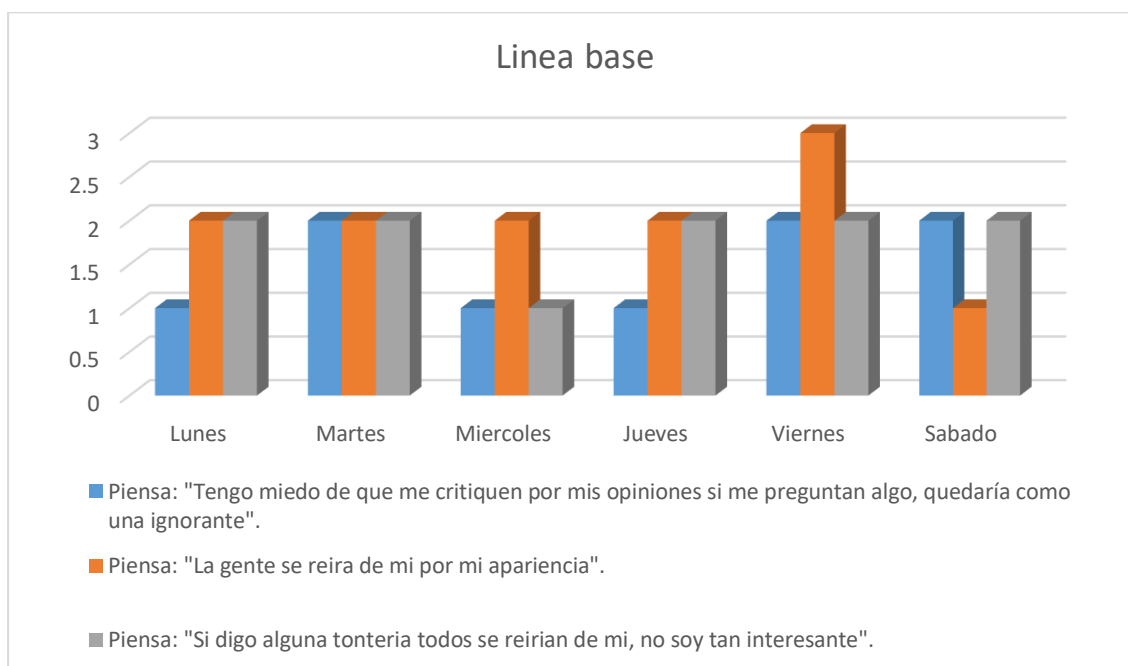
**Figura 6**

*Registro de la línea base de la semana 1, según la intensidad de la ansiedad*



**Figura 7**

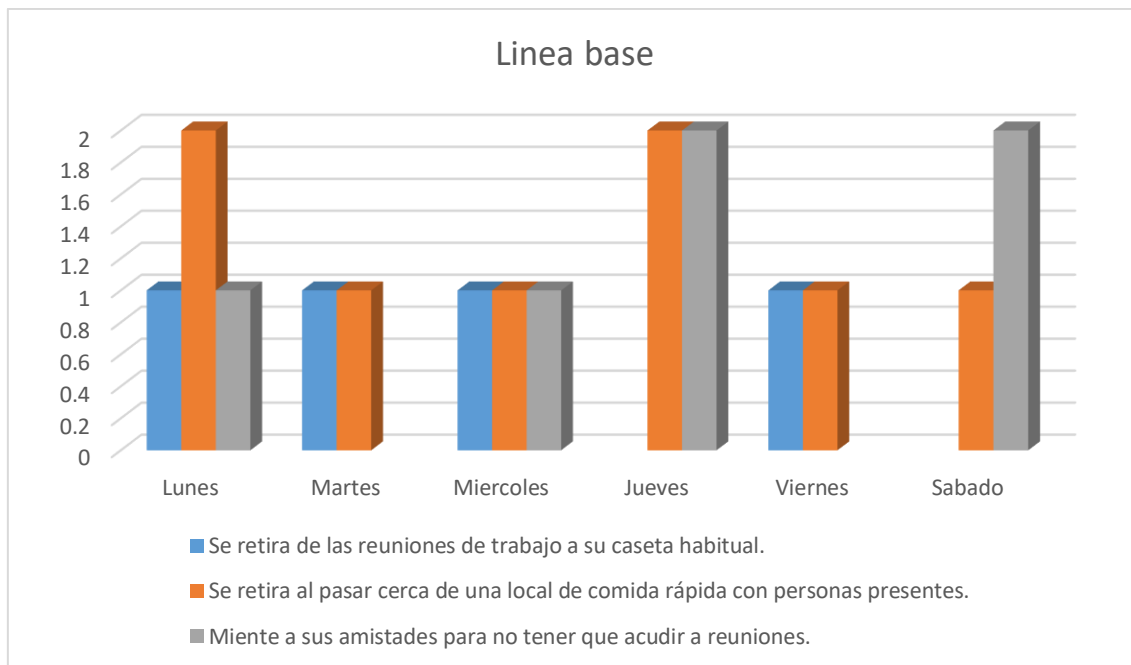
*Registro semanal en frecuencia de pensamientos distorsionados*

**Tabla 11**

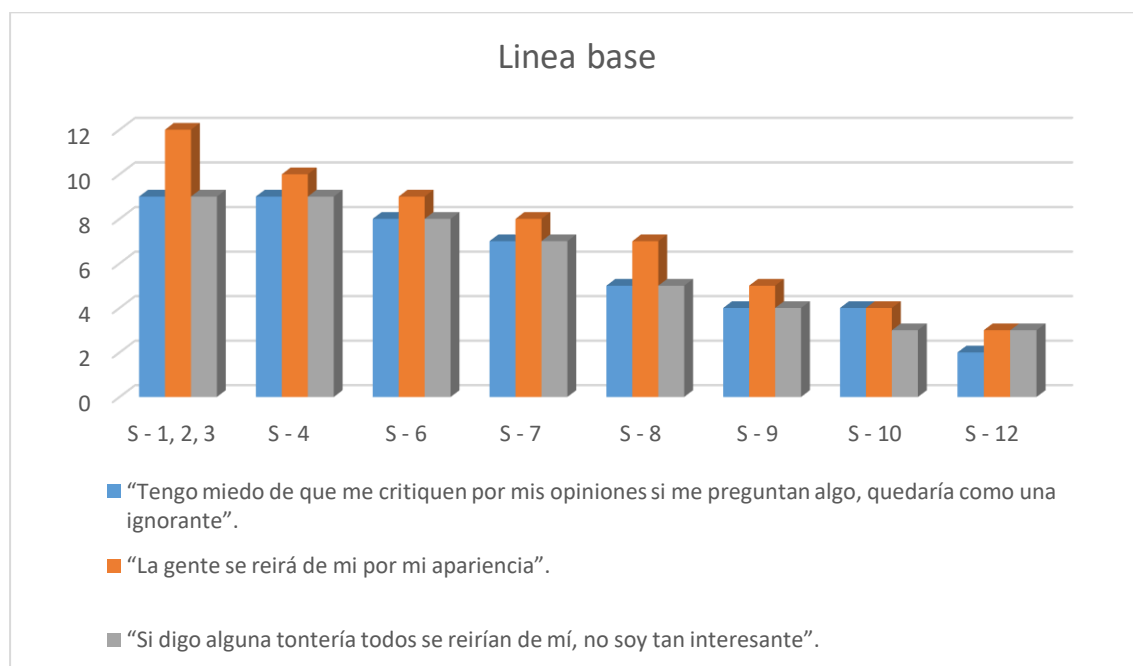
*Registro semanal en frecuencia de conductas problema*

Conducta / problema	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.	Tot.
Se retira de las reuniones de trabajo a su caseta habitual.	1	1	1		1			4
Se retira al pasar cerca de una local de comida rápida con personas presentes.	2	1	1	2	1	1		8
Miente a sus amistades para no tener que acudir a reuniones.	1		1	2		2		6

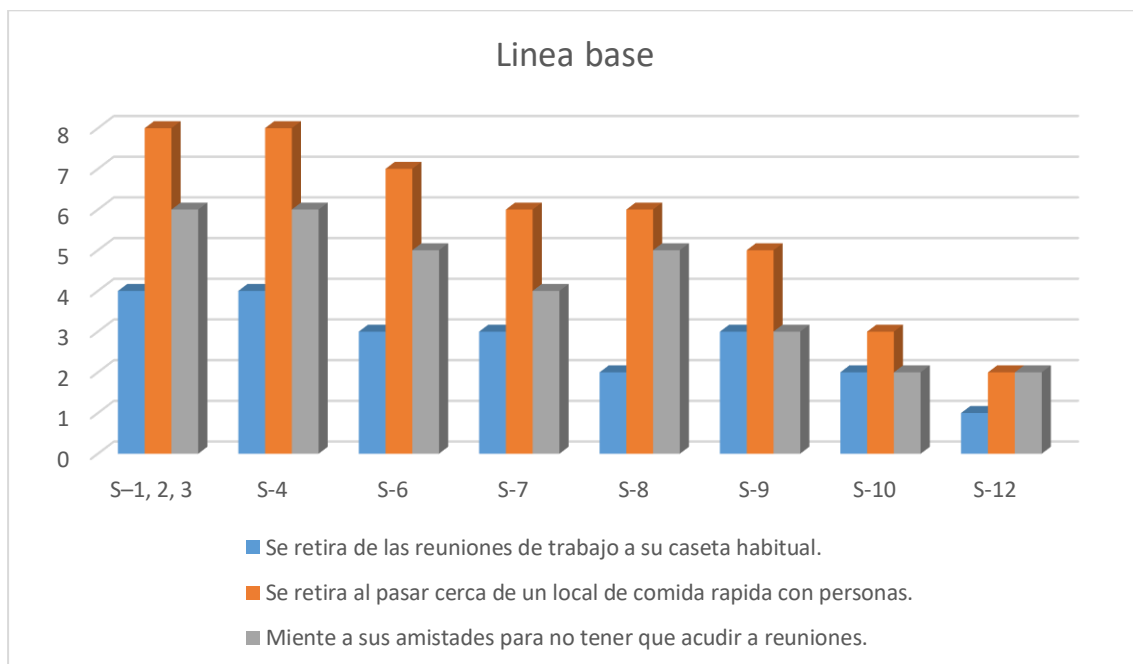


**Figura 8***Registro semanal en frecuencia de conductas problema***Tabla 12***Línea de Tratamiento por sesiones para pensamientos distorsionados*

Pensamientos	S-1,2,3	S-4	S-6	S-7	S-8	S-9	S-10	S-12
“Tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, quedaría como una ignorante”.	9	9	8	7	5	4	3	2
“La gente se reirá de mi por mi apariencia”.	12	11	9	8	7	5	4	3
“Si digo alguna tontería todos se reirían de mí, no soy tan interesante”.	9	9	8	7	5	4	3	2

**Figura 9***Línea de Tratamiento por sesiones para pensamientos distorsionados***Tabla 13***Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema*

Conducta / problema	S-1, 2, 3	S-4	S-6	S-7	S-8	S-9	S-10	S-12
Se retira de las reuniones de trabajo a su caseta habitual.	4	4	3	3	2	3	2	1
Se retira al pasar cerca de un local de comida rápida con personas presentes.	8	8	7	6	6	5	3	2
Miente a sus amistades para no tener que acudir a reuniones.	6	6	5	4	5	3	2	2

**Figura 10***Línea de tratamiento por sesiones para conductas problema*

### 3.2. Discusión de Resultados

En esta sección se discute los resultados obtenidos por medio del programa de intervención, comprobándose la efectividad de la terapia cognitivo conductual para la intervención en casos de ansiedad social.

Al establecer como objetivo general el reducir los niveles de ansiedad, modificando los pensamientos distorsionados y disminuyendo las conductas de evitación social, mediante la intervención cognitivo conductual, se logró una disminución de los niveles de ansiedad en su sistema de respuesta y en rasgo general de ansiedad. Se pasó de una ansiedad moderada a una ansiedad mínima. En los resultados presentados, se puede observar un cambio importante en la creencia de los pensamientos distorsionados ante situaciones sociales que estaban al inicio de la evaluación, y por medio de la intervención cognitivo conductual, se lograron identificar

dichos pensamientos distorsionados relacionados con las respuestas de ansiedad y tener una interpretación adecuada acerca de las relaciones sociales. Estos resultados guardan similitud con los trabajos nacionales realizados por Orellana (2020), confirmando la eficacia en los resultados mediante la intervención cognitiva conductual. En comparación con estudios internacionales realizados, se encontró la similitud con Pedreros (2013), encontrando resultados similares en la terapia cognitiva conductual.

En cuanto al primer objetivo específico, se logró modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Tengo miedo de que me critiquen por mis opiniones si me preguntan algo, quedaría como una ignorante”. “La gente se reiría de mi por mi apariencia o por lo gordita que estoy, se reirían si me ven comiendo”. “No podré hacerlo”, “Siento que haré el ridículo”, “si digo alguna tontería todos se reirían de mí, no soy tan interesante”. Los resultados indican que se presentó una disminución de apariciones de dichos pensamientos distorsionados como está reflejado en la figura 9. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Orellana (2020), quien utilizó auto registros, auto refuerzos y reestructuración cognitiva, teniendo como resultado una reducción de dichos pensamientos. Así mismo, estos resultados coinciden con los trabajos realizados por Mendoza (2020), quien obtuvo una disminución en los pensamientos distorsionados, utilizando técnicas de psico educación, auto registros y reestructuración cognitiva.

En cuanto al segundo objetivo específico, se redujo los niveles de ansiedad mediante la técnica de relajación en respiración diafragmática. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Requena (2019), haciendo uso de los auto registros y relajación progresiva para reducir los niveles de ansiedad; lo mismo que con Delgado (2018).

En cuanto al tercer objetivo específico, se logró disminuir las conductas de evitación, mediante la técnica del modelado. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Huertas (2018), logrando disminuir las conductas de evitación. utilizando técnicas como el role playing y el modelado.

En cuanto al último objetivo específico, se incrementó la conducta asertiva al interactuar con otras personas mediante el entrenamiento en habilidades sociales, esto se puede apreciar en la figura 5. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Orellana (2020), tuvo un incremento de habilidades sociales mediante técnicas como el programa de actividades, entrenamiento asertivo.

### **3.3 Seguimiento**

En este apartado, se realizó una sesión de seguimiento, que estuvo presente 18 días después de la última sesión post intervención. Se indaga sobre la aparición de síntomas que le hayan generado ansiedad en determinadas circunstancias. Se corroboró el cumplimiento de los objetivos y se brindó soporte y retroalimentación en las técnicas aplicadas según la revisión del registro.

#### IV. CONCLUSIONES

- Se ha comprobado a los 4 meses de la administración del programa de intervención cognitivo conductual que mejoró significativamente la sintomatología de la ansiedad social, como: conductas de evitación; las cuales interferían en la calidad de vida de la persona que lo padece.
- En el cierre de la sesión N° 13 se apreció que el indicador de miedo y vergüenza siguen presentes en situaciones de ansiedad social, lo cual permite inferir que las habilidades para ser independiente en el ambiente social o familiar que rodea, aun no se encuentran instauradas en su totalidad, así como estar en la calle y tener que pasar cerca de un local de comida rápida, situación que la lleva a sentir sensaciones de miedo y vergüenza.
- Se ha comprobado que, al concluir la intervención cognitivo conductual en el caso clínico de ansiedad social, las emociones de miedo y temor aún persisten en situaciones como: Hablar frente a otras personas, hablar con un chico; debido a la persistencia de la intervención en dichas situaciones.
- Se logró disminuir las distorsiones cognitivas, mediante la reestructuración cognitiva.
- Se logró disminuir las respuestas fisiológicas a través de la Psicoeducación, técnicas de relajación.
- Se incrementó el nivel de actividades recreativas, a través de la asignación de tareas graduales, auto instrucciones y programa de actividades satisfactorias, logrando este incremento con apoyo de la familia que estuvo apoyándola en todo momento durante el proceso de intervención cognitivo conductual.
- Se comprobó que la variable independiente (intervención cognitivo conductual) influyó en la variable dependiente (cuadro clínico de ansiedad social), mostrando mejoras significativas cuando se concluyó la intervención.

- El uso de modelo Univariable A-B, al aplicar el pretest, ICC y post test, nos evidenció datos para el análisis del caso clínico.
- El programa de intervención cognitivo conductual en el caso clínico de Ansiedad Social se considera exitoso, ya que nos permitió, que, mediante el uso de registros conductuales y las técnicas cognitivas, que permiten la posibilidad de que la persona lo practique por si misma previa explicación y que después de una práctica regular durante un tiempo, hace más fácil el proceso de recuperación de la calidad de vida.

## V. RECOMENDACIONES

- Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel de la comunidad o social para prevenir cuadros de ansiedad social.
- Contrastar los resultados obtenidos del trabajo académico con otras instituciones que brinden atención en casos de ansiedad social, y realizar un análisis comparativo de los resultados.
- Extender el presente trabajo académico a más casos y efectuar el mismo estudio en el género masculino, y en otros tipos de ansiedad.
- Compartir experiencias con otros profesionales que trabajan con personas que padecen el cuadro clínico de ansiedad social bajo el enfoque cognitivo conductual con el objeto de integrar conocimientos y optimizar la calidad del tratamiento en relación a la intervención cognitivo conductual, documentarlas e informarlas.
- Establecer estrategias adecuadas para el trabajo de adhesión al tratamiento con la familia de la persona que padece el cuadro clínico de ansiedad social; y así lograr una mayor eficacia en el tratamiento.
- Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel de la comunidad o social para prevenir cuadros de ansiedad social.



## VI. REFERENCIAS

- Acosta, R. (2018). *Estudio de caso clínico: Intervención Cognitivo Conductual en un caso de Fobia Social*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres].  
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4203>
- Arismendiz, D. (2020). *Caso clínico de Terapia Cognitivo Conductual en Fobia Social*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5143>
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. (5ª ed.). Panamericana.
- Beck, A.T. y Clark, D.A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee De Brouwer.  
[https://www.academia.edu/43533853/Terapia\\_cognitiva\\_para\\_transtornos\\_de\\_ansiedad\\_ciencia\\_y\\_pr%C3%A1ctica\\_by\\_David\\_A\\_Clark\\_Aaron\\_T\\_Beck\\_z\\_1](https://www.academia.edu/43533853/Terapia_cognitiva_para_transtornos_de_ansiedad_ciencia_y_pr%C3%A1ctica_by_David_A_Clark_Aaron_T_Beck_z_1)
- Caballo, V.E. (2005). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI Editores.
- Delgado, B. (2018). *Relación entre la Ansiedad Social y las Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes Españoles*.  
<https://www.redalyc.org/journal/4596/459654551007/html/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Huamán, A. (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a fobia social en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria, Arequipa, enero-2014*. [Tesis de Título Profesional, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa].  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4299>

- Huertas, L.K. (2018). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso clínico de fobia social*. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4532>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*. Suplemento 1, volumen XXIX.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson.
- Kerlinger, E.N. (1975). *Investigación del comportamiento*. Interamericana.
- Ley N° 30702. Ley que modifica el Decreto Ley 23019, Ley que crea el Colegio de Psicólogos del Perú (21 de diciembre de 2017). Congreso de la República del Perú. <https://www.elperulegal.com/2017/12/ley-n-30702.html>
- Mendoza, H. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual aplicada a una adolescente con fobia social*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4902>
- Orellana, J. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4582>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Requena, F. (2019). *Intervención Cognitivo Conductual para la Fobia Social en un varón adulto*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3450>
- Resolución Rectoral N° 6436. Resolución que aprueba el Código de Ética para la investigación en la Universidad Nacional federico Villarreal (22 de octubre de 2019).

[https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia\\_estandar/Datos\\_Generales/Normas\\_Emitidas/Resoluciones/Consejo\\_Universitario/2019/Resolucion\\_R\\_Nro\\_6436\\_2019\\_CU\\_UNFV.pdf](https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia_estandar/Datos_Generales/Normas_Emitidas/Resoluciones/Consejo_Universitario/2019/Resolucion_R_Nro_6436_2019_CU_UNFV.pdf)

Pedrerros, A. (2013) *Efecto de un protocolo de intervención conductual en la respuesta de ansiedad en situaciones de tipo social en una adolescente* [Tesis de Especialidad en Psicología Clínica Comportamental Cognoscitiva, Pontificia Universidad Javeriana].

<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/12515>

Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 131-156.

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

Suarez, I. (2019). *Entrenamiento de Habilidades sociales en un caso de Fobia Social* [Tesis de Especialidad en Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana].

<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/8436>

## VII. ANEXOS

### ANEXO A

#### Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

(LSAS)

Nombre 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.

<b>Situaciones Sociales</b>	<b>Miedo o ansiedad</b> 0 = Nada de miedo o ansiedad 1 = Un poco de miedo o ansiedad 2 = Bastante miedo o ansiedad 3 = Mucho miedo o ansiedad	<b>Evitación</b> 0 = Nunca lo evito 1 = En ocasiones lo evito 2 = Frecuentemente lo evito 3 = Habitualmente lo evito
1. Hablar por teléfono en público (P)		
2. Participar en pequeños grupos (P)		
3. Comer en lugares públicos (P)		

4. Beber con otros en lugares públicos (P)		
5. Hablar con personas con autoridad (S)		
6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P)		
7. Ir a una fiesta (S)		
8. Trabajar mientras le están observando (P)		
9. Escribir mientras le están observando (P)		
10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S)		
11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien (S)		
12. Conocer a extraños (S)		
13. Orinar en un baño público (P)		
14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P)		
15. Ser el centro de atención (S)		
16. Hablar en una reunión (P)		
17. Hacer un examen (P)		
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S)		
19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S)		
20. Dar un informe a un grupo (P)		
21. Tratar de enamorar a alguien (P)		
22. Devolver compras en una tienda (S)		
23. Organizar una fiesta (S)		
24. Resistir a un vendedor insistente (S)		

## ANEXO B

### Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung

Guía para la puntuación	Nunca – casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Ptje.
1.Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.	1	2	3	4	3
2.Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4	3
3.Me altero o angustio fácilmente.	1	2	3	4	3
4.Siento como si me estuviera deshaciendo a pedazos.	1	2	3	4	2
5.Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo.	4	3	2	1	2
6.Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	2
7.Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.	1	2	3	4	2
8.Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	2
9.Me siento tranquilo y me es fácil estar me quieto.	4	3	2	1	2
10.Siento que el corazón me late a prisa.	1	2	3	4	2
11.Sufro mareos.	1	2	3	4	3
12.Me desmayo o siento que voy a desmayarme.	1	2	3	4	2
13.Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1	2
14.Se me duermen los pies y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4	2
15.Sufro dolores de estómago, indigestión.	1	2	3	4	4
16.Tengo que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4	3
17.Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1	3
18.La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4	2
19.Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1	3
20.Tengo pesadillas.	1	2	3	4	2
					49

**ANEXO C**  
**Inventario de Ansiedad de Beck**

Indique para cada uno de los siguientes síntomas, el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda.

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Temblor de piernas				
4. Incapacidad de relajarse				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareo o aturdimiento				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9. Terrores				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblores de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Sobresaltos				
18. Molestias digestivas o estomacales				
19. Palidez				
20. Rubor facial				
21. Sudoración (no debida al calor)				







## ANEXO E

### LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: .....Edad: .....

Año de estudio: .....Centro Educativo: .....

#### INSTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas.

Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.

Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.

Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.

Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.

Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE.

Ítems	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?	1	2	3	4	5
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?	1	2	3	4	5
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?	1	2	3	4	5
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?	1	2	3	4	5
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?	1	2	3	4	5
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre si?	1	2	3	4	5
8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?	1	2	3	4	5
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?	1	2	3	4	5
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2	3	4	5

12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?	1	2	3	4	5
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?	1	2	3	4	5
14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?	1	2	3	4	5
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?	1	2	3	4	5
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?	1	2	3	4	5
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?	1	2	3	4	5
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?	1	2	3	4	5
21. ¿Se dice a sí mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?	1	2	3	4	5
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?	1	2	3	4	5
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?	1	2	3	4	5
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?	1	2	3	4	5
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes?	1	2	3	4	5
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?	1	2	3	4	5
27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cuál es su postura?	1	2	3	4	5
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?	1	2	3	4	5
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?	1	2	3	4	5
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?	1	2	3	4	5
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?	1	2	3	4	5
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?	1	2	3	4	5

33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1	2	3	4	5
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1	2	3	4	5
35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?	1	2	3	4	5
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?	1	2	3	4	5
37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?	1	2	3	4	5
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?	1	2	3	4	5
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa, pero dicen o hacen otras que se contradicen?	1	2	3	4	5
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?	1	2	3	4	5
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?	1	2	3	4	5
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?	1	2	3	4	5
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?	1	2	3	4	5
44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?	1	2	3	4	5
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?	1	2	3	4	5
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?	1	2	3	4	5
48. ¿Determina de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?	1	2	3	4	5
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?	1	2	3	4	5
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?	1	2	3	4	5