



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON FOBIA SOCIAL**

**Línea de investigación:  
Salud mental**

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

#### **Autor**

Laredo Cano, Freddy Enrique

#### **Asesor**

Del Rosario Pacherras, Orlando  
ORCID: 0000-0003-0981-9808

#### **Jurado**

Álvarez Machuca, Militza  
Carlos Ventura, David Dionisio  
Campana Cruzado, Frey Antonio

**Lima - Perú**

**2023**



## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo: 1A- Laredo Cano, Freddy Enrique - **OFICIO N° 043-2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV**

Fecha del Análisis: 23/03/2023

Operador del Programa Informático: Sofia Teresa Salazar Chamba

Correo del Operador del Programa Informático: ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje: 17 %

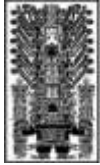
Asesor: **Orlando del Rosario Pacherras**

Título: **"INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON FOBIA SOCIAL"**

Enlace: <https://secure.arkund.com/old/view/154698958-251191-981816#FY47bsMwEETvonoQkEvuz1cJXARGEqilG5dB7p6nYsjVvFlxfo+f13F7H5qag3M6SISahmeGNsJbCzFv2G5NJ+9knIzDHObseyAyAQ9Y4AVe8I+4fHYTluwmPNINeOKDC1SgAhWoWIP0IMmGaGXzuhl7LKsUMuWbPPpjDxuPGx5KXQlirFKS4vGW9Snqaf0SpJ2FEtliSjt6q12dahT3Xcdr/P7eX6dj4/n4/O4jbcZe/v2Xpu+1cP+/gE=>

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:

  
Mg. JAIME DANIEL LLANCA OBISPO



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO**

#### **CON FOBIA SOCIAL**

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en

Terapia Cognitivo Conductual

#### **Autor:**

Laredo Cano, Freddy Enrique

#### **Asesor:**

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

#### **Jurado:**

Álvarez Machuca, Militza

Carlos Ventura, David Dionisio

Campana Cruzado, Frey Antonio

**Lima- Perú**

**2023**

## **Pensamiento**

“Tu miedo termina cuando tu mente percibe  
que es ella la que crea ese miedo”

Alejandro Jodorowsky

“El temor agudiza los sentidos.

La ansiedad los paraliza”

Kurt Golstein.

### **Dedicatoria**

Esta tesis está dedicada a mi hija, por su amor, por creer siempre en mí.

Hoy he logrado un sueño de la mano de mi mayor sueño.

Te amo hija.

### Agradecimientos

A Milagros Gamboa Cuarez; quien confió en mis capacidades y constantemente motivó en mi crecimiento personal y profesional.

Al Centro Psicológico Meraki; quien brindó las facilidades para el abordaje del presente caso de estudio.

A los profesores de la segunda especialidad en terapia cognitiva conductual; quienes han contribuido en mi formación profesional como especialista, brindándome asesoría oportuna y apoyo incondicional.

## ÍNDICE

Resumen.....	7
Abstract.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Descripción del problema.....	12
1.2. Antecedentes .....	15
<i>1.2.1. Antecedentes Nacionales</i> .....	15
<i>1.2.2. Antecedentes Internacionales</i> .....	17
1.3. Objetivos.....	32
<i>1.3.1. Objetivo General</i> .....	32
<i>1.3.2. Objetivos Específicos</i> .....	32
1.4 Justificación.....	33
1.5. Impactos esperados del trabajo académico .....	34
II. METODOLOGÍA .....	35
2.1. Tipo y diseño de Investigación.....	35
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	35
2.3. Variables de investigación.....	36
2.4. Participante/ Sujeto.....	36
2.5. Técnicas de evaluación e instrumentos aplicados .....	37
<i>2.5.1. Técnicas</i> .....	37
<i>2.5.2. Definición de entrevista psicológica</i> .....	37
<i>2.5.3. Instrumentos</i> .....	37
<i>2.5.4. Evaluación psicológica</i> .....	41
<i>2.5.5 Informe psicológico integrado</i> .....	57
2.6. Intervención.....	60

2.6.1. Plan de intervención y calendarización .....	60
2.6.2. Programa de intervención .....	63
2.7. Procedimiento .....	71
2.8. Consideraciones éticas .....	71
III. RESULTADOS .....	72
3.1. Análisis de resultados .....	72
3.3. Seguimiento .....	81
IV. CONCLUSIONES .....	86
V. RECOMENDACIONES .....	87
VI. REFERENCIAS .....	88
VII. ANEXOS .....	1

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Diagnóstico funcional de la conducta problema	45
Tabla 2.	Análisis funcional de la conducta problema	46
Tabla 3.	Análisis cognitivo de la conducta problema	49
Tabla 4.	Resultados del Registro de Opiniones	51
Tabla 5.	Resultados de la prueba de pensamientos automáticos	55
Tabla 6.	Registro ABCDE	64
Tabla 7.	Lista de situaciones temidas	70
Tabla 8.	Registro de línea base de las conductas motoras – Línea Base (Fase A)	72
Tabla 9.	Registro de línea base de pensamientos negativos. Fase A	74
Tabla 10.	Registro de línea base de intensidad que genera pensamientos negativos	74
Tabla 11.	Registro de frecuencia de las conductas problema. Fases A y B	76

Tabla 12.	Registro de frecuencia de los pensamientos negativos. Fases A y B	77
Tabla 13.	Registro de la intensidad de la ansiedad que genera los pensamientos negativos. Fases A y B	78
Tabla 14.	Registro de frecuencia de pensamientos negativos. Fases A, B y Seguimiento	82
Tabla 15.	Registro de frecuencia de pensamientos negativos. Fases A, B y Seguimiento	83
Tabla 16.	Registro de la intensidad de la ansiedad que genera los pensamientos Negativos. Fases A, B y Seguimiento	84

#### **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1.	Registro de conductas motoras. Línea Base A	73
Figura 2.	Registro de pensamientos negativos	74
Figura 3.	Registro de la intensidad de la ansiedad. Fase A	75
Figura 4.	Frecuencia de las conductas problema. Fases A y B	77
Figura 5.	Frecuencia de los pensamientos negativos. Fases A y B	78
Figura 6.	Intensidad de la ansiedad que genera los pensamientos negativos. Fases A y B	79
Figura 7.	Frecuencia de las conductas problema. Fases A, B y Seguimiento	83
Figura 8.	Frecuencia de los pensamientos negativos. Fases A, B y Seguimiento	84
Figura 9.	Intensidad de la ansiedad que genera el pensamiento negativo Fases A, B y Seguimiento	86

## Resumen

En el presente trabajo académico se expone la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual en un varón de 27 años que presenta fobia social, la que se entiende como el temor de hacer frente a momentos para interactuar con el entorno, para no pasar por situaciones que se sienta mal y ser mofa de los demás, sentirse limitado en las habilidades sociales, así como alteración de la autoestima. Se describe el procedimiento en cada una de las fases de la intervención, así como los resultados obtenidos. La evaluación y abordaje realizado están diseñados bajo el modelo experimental de caso único, utilizando el diseño bicondicional A-B, con su respectiva fase de seguimiento. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron: la entrevista psicológica, pruebas psicométricas y los registros conductuales. Asimismo, se utilizaron técnicas como la psicoeducación, Terapia Racional Emotiva Conductual, Respiración profunda y diafragmática, Termómetro del miedo, auto instrucciones, Exposición en imaginación, Exposición en vivo y Juego de roles. Los resultados de la intervención mostraron un cambio favorable en comparación a la línea base (Fase A); es decir, se logró la reestructuración cognitiva de los pensamientos desadaptativos, disminuyendo la sintomatología de la ansiedad a los niveles esperados y las conductas problemas (Fase B). Además, la intervención desarrollada impactó positivamente en el ámbito personal, social y académico del evaluado.

*Palabras clave:* Adulto, fobia social, terapia cognitivo conductual

### **Abstract**

In this academic work, the application of a cognitive-behavioral treatment is presented in a 27-year-old man who presents social phobia, which is understood as the fear of facing moments to interact with the environment to avoid going through situations that are feel bad and make fun of others, feel limited in social skills, as well as impaired self-esteem. The procedure is described in each of the phases of the intervention, as well as the results obtained. The evaluation and approach carried out are designed under the single-case experimental model using the biconditional design A-B, with its respective follow-up phase. The instruments used for data collection were: psychological interview, psychometric tests and behavioral records. Likewise, techniques such as psychoeducation, Rational Emotive Behavioral Therapy, deep and diaphragmatic breathing, Fear Thermometer, self-instructions, Imagination Exposure, Live Exposure and Role Play were used. The results of the intervention showed a favorable change compared to the baseline (Phase A); That is, the cognitive restructuring of maladaptive thoughts was achieved, reducing anxiety symptoms to expected levels and problem behaviors (Phase B). Furthermore, the intervention developed had a positive impact on the personal, social and academic sphere of the evaluated person.

Keywords: Adult, cognitive behavioral therapy, social phobia

## I. INTRODUCCIÓN

El ser humano es biopsicosocial, estas tres variables están interactuando a la vez, cada una influye en las demás hasta convertirse en un sistema donde cualquier cambio en alguna de ellas produce efecto en las demás, por eso a veces es difícil explicar el comportamiento; desde esta perspectiva, desde el momento que se interactúa con el entorno (aspecto social) ésta interrelación produce efectos en los demás, así como la interrelación de los demás produce efectos en cada uno de los participantes. Esta interacción puede ser agradable o desagradable, será agradable si se estimula, refuerza, motiva, reconoce la valía de los demás, así fuera algo simbólico pero lo importante es reconocer los aspectos positivos de los otros. Sin embargo, la presencia se puede tornar desagradable si se realiza lo contrario; es decir, criticar, juzgar, hasta convertirse en estímulos aversivos, de esta manera, las acciones marcan las experiencias positivas como negativas, y la forma cómo se realicen estas interacciones, se ven influenciadas en gran porcentaje por estas.

Es importante señalar que, a medida que la persona crece las demandas del medio varían, por lo que se debe estar preparado para afrontar las diferentes situaciones que se presentan de la manera más competente. Limitando el campo a situaciones sociales, se espera que se interrelacione satisfactoriamente con las amistades, compañeros de trabajo, jefes, entre otros; así como a desenvolverse, adecuadamente, frente a un público conocido o desconocido. Sin embargo, muchas personas no pueden lograr lo anteriormente descrito por diversos motivos, siendo uno de ellos el que presentan fobia social, la misma que es consecuencia de estar humillado, por lo que las personas que están cerca de ellos no los valoran, se fijan en lo negativo, esto afecta la autoestima al extremo que los hacen sentir inútil hasta limitarlos en lo que puede hacer. Si a esto se agrega que durante la infancia han sido sobreprotegidos y que no han sido educados para ser autosuficientes, aumenta la probabilidad que tenga algún tipo de

limitaciones para interactuar hasta empezar a ser dependiente y que les afecte negativamente; las críticas producen inseguridad y temor de estar frente a otras personas para evitar ser observados y criticados, llegando al extremo que el problema se mantenga por mucho tiempo o para toda la vida, afectando la calidad de vida con constantes sentimientos de culpa por no saber superar las adversidades; ante esta situación, ansiosa, la persona se siente bien estando aislada, no hacer frente al problema que le genera ansiedad apareciendo la conducta fóbica, si a pesar de todo llega el momento de estar dentro del problema se observa que inmediatamente se retira; es así que ocurren dos cosas: o evita estar ante el momento que produce ansiedad, o cuando está en la situación inmediatamente se retira. De esta manera se evita que la valoren negativamente, a que los demás piensen que no es capaz de enfrentar los problemas, que es una persona de carácter débil. Se observa, también, que, si se ve en la obligación de permanecer en el lugar que le produce la fobia, las respuestas pueden ser: sensación de desmayo, taquicardia, sudoración, sentimiento de muerte, miedo a hablar por temor a equivocarse y los demás se burlen; por eso, se equivoca cuando habla, por lo que prefiere permanecer callada y cuando hay reunión de amigos no interactúa.

En la actualidad, la fobia social es uno de los trastornos más comunes, siendo caracterizada, principalmente, por un miedo intenso e irracional en una o más situaciones sociales en las que el sujeto está expuesto a la posible evaluación por parte de otras personas, generando en ella ansiedad (Belloch et al., 2008). Asimismo, el inicio de este trastorno ocurre en la etapa de la adolescencia con una prevalencia similar en hombres como mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003), debemos tener en cuenta que a todo lo antes dicho hay, también, antecedentes genéticos de entre el 20 al 50%, corroborándose que el ser humano es biopsicosocial donde lo que más predomina es el aspecto social porque es este

medio el que refuerza este tipo de conductas cuando observan que una persona se encuentra pasando por este momento.

En ese sentido, el presente trabajo se dirige a mostrar estrategias terapéuticas con el objetivo de mejorar el desarrollo personal, social y laboral de un hombre de 27 años quien ha sido diagnosticado con fobia social para que se sienta realizado, útil, con la capacidad de aportar y tener la seguridad que lo que hace está bien, aportando mucho sobre lo que se ha preparado y sentirse realizado. Por lo mencionado con anterioridad, se ha aplicado un programa de tratamiento con la intervención cognitivo conductual, con la que se pretende modificar los pensamientos y conductas desadaptativas por otras más funcionales, esto se consigue mediante la aplicación de técnicas basadas en condicionamientos clásico, operante y aprendizaje social, por ejemplo, la terapia racional emotiva conductual, respiración profunda y diafragmática, termómetro del miedo, auto instrucciones, exposición en imaginación, exposición en vivo y juego de roles. El programa tiene un diseño bicondicional A-B que incluye una etapa de evaluación previa a la intervención (Fase A), la cual será comparada con la evaluación finalizando de la misma (Fase B), finalmente, se hará un seguimiento para saber si los resultados se mantienen a largo plazo y para toda la vida.

En la primera parte se presenta la propuesta sobre la manera cómo solucionar el problema basado en un diseño bicondicional A-B para hacer, luego, el seguimiento. En la fase B se considera un grupo de técnicas cognitivo-conductuales. Asimismo, se describe la variable dependiente, en el presente caso es la fobia social, acompañada de una revisión de la literatura.

En la segunda parte, se desarrolla la historia psicológica con los respectivos datos de filiación, motivo de consulta, problema actual, historia personal, familiar; así como los instrumentos empleados para la recolección de información, cuyos resultados y conclusiones serán plasmados en un informe psicológico integrado.

En la tercera parte se analiza la viabilidad del proyecto y las condiciones para la ejecución de éste. En la cuarta parte se explica detalladamente el procedimiento del programa de tratamiento, con los resultados obtenidos, la discusión y las conclusiones del caso. Finalmente, se mencionan las recomendaciones para el seguimiento del paciente. Del mismo modo, se enlista las referencias utilizadas y los anexos pertinentes.

## **1.1 Descripción del problema**

La fobia social, también llamada trastorno de ansiedad social, es entendida como la aparición de un intenso miedo que el sujeto experimenta frente a situaciones en la que es posible que las personas del entorno lo observen y juzguen de forma negativa. Dichas situaciones pueden implicar que el individuo se encuentre realizando alguna actividad frente a otros o que esté interactuando con personas a su alrededor. Entonces, el sujeto presenta respuestas emocionales con mayor intensidad y desagrado, sintiéndose inseguro, evaluado o desacreditado (Morales, 2011).

La OMS (2003) reporta que los trastornos por ansiedad se presentan cada vez con mayor frecuencia llegando, muchas veces, a incapacitar a la persona que los padece, con las consecuencias de no poder laborar con tranquilidad, afecta sus habilidades sociales y a veces es considerado un estorbo para las personas con las que interactúa porque cuando tiene las crisis deja de asistir al centro laboral afectando a la organización donde se desenvuelve. Es así que se presenta la fobia social, que si no se aplican los programas de intervención en el sujeto podría desencadenar en depresión y hasta con deseos de quitarse la vida.

De esta manera vemos que Barnhill (2023), refiere que aproximadamente el 13% de las personas han presentado en algún momento de su vida fobia social. Asimismo, este trastorno afecta con una prevalencia anual cercana al 9% de las mujeres, y al 7% de los varones. En la

misma línea, Marín-Ramírez et al. (2015); refieren que la prevalencia de los trastornos de ansiedad social es menor en varones que en mujeres, siendo que el 15.5% de éstas presenta un cuadro de fobia social, frente al 11.1% de varones. Asimismo, González-Domenech et al. (2021) refieren que la prevalencia de la fobia social en Andalucía, España es del 1.1% (IC 95% = 0.8-1,4) y que se presenta cuando la persona tiene menor edad, menor grado de autonomía, cuando ha vivido su infancia en situación de violencia o ha experimentado sucesos vitales estresantes de importancia o presenta algún trastorno de personalidad.

Rodríguez y Aguilar-Gaxiola (2009) manifiesta que la fobia social presenta una prevalencia de 4,8% a lo largo de la vida, a su vez, con una prevalencia de 3,1% a 12 meses. Mientras que, en México, la población adolescente de ambos sexos es la más diagnosticada con trastornos fóbicos, pero las mujeres son quienes lo presentan en mayor frecuencia que los varones (12.4% vs 10%), (Marín-Ramírez et al., 2015).

En relación con el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA, 2015) indica que el 7% de la población general padece de un trastorno de ansiedad, mientras que, al hablar de adolescentes, el 4.4% presenta algún problema de ansiedad, los cuales están vinculados con la fobia social. Además, en Arequipa se ha observado altos índices de dificultades a nivel afectivo en personas que acuden a citas médicas, de ellas, el 22,9% sufren algún trastorno de ansiedad, incluida la fobia social, experimentando miedo, incertidumbre, terror y preocupación. No obstante, detalla que a pesar de que las personas con un diagnóstico de ansiedad son las que tienen mayor acceso a un tratamiento, solo la tercera parte de ellas recibe actualmente tratamiento. Terán (2016, como se citó en Vega, 2017),

A nivel de Lima Metropolitana y el Callao, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM-HDHN, 2013) en un estudio realizado en niños y

adolescentes en el 2012, refiere que el 20.5% de los menores de 10 años de edad tienen un trastorno mental, de los cuales el 5% es fobia social. Es importante recalcar que la edad de inicio de este problema es alrededor de los 11 hasta los 16 años, pero se presenta también en edades tempranas (5 años) o más avanzadas (35 años), por tanto, la aparición temprana de dicho problema podría provocar una afectación considerable en el desarrollo integral de la persona. Por otro lado, se afirma que el 10.5% de la población adulta en Lima, es decir más de 600 mil personas, han presentado algún problema de ansiedad alguna vez en su vida, mientras que el 55.3% de jóvenes presentan síntomas de nerviosismo o tensión de manera frecuente. (Marín-Ramírez et al., 2015).

En el 2002, el INSM-HDHN presentó que el 7,9% de las personas que padecen algún tipo de trastorno mental tiene problemas de ansiedad, principalmente relacionado a la fobia social, aunque sostenemos que el porcentaje es más alto porque cuando una persona acude a los hospitales es porque sufre de algún problema y mientras espera los resultados a veces espera lo peor y es ahí cuando tiene conductas ansiosas; es a partir de aquí que pueden empezar a aparecer conductas hipocondriacas que puede empeorar la situación. También se ha encontrado otro tipo de trastornos como, por ejemplo, del sueño, de la conducta alimentaria, sentimiento de muerte que lo pueden llevar a tener comportamientos psicóticos. Como vemos, la aparición de la ansiedad no solo desencadena en alguna fobia, sino que con frecuencia se presenta un efecto multiplicador que lleva a otros problemas mentales.

El presente estudio de caso se trata sobre un varón de 27 años, quien reside en Lima Metropolitana. En la actualidad, el evaluado presenta respuestas de evitación a situaciones sociales las cuales se manifiestan con sudoración excesiva en el rostro y manos, ruborización, mareos, taquicardia, tartamudeo, ansiedad, miedo, vergüenza y frustración. Los mismos que se

muestran en ámbitos sociales - académicos como: exponer en clase, responder preguntas del profesor, solicitar documentación al decano de la facultad, conversar con compañeras de clase y entablar un diálogo con su vecina. De igual manera, presenta cogniciones anticipatorias y catastróficas como: “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”.

## **1.2. Antecedentes**

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

Guizado (2022) aplicó una intervención cognitivo, emocional y conductual a una mujer de 23 años con signos de ansiedad a partir de una ruptura de pareja en Lima. Para la evaluación se aplicó la entrevista enfocada en obtener el ABC, y se empleó el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis. El tratamiento consistió en dieciocho sesiones virtuales de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, refutación de creencias (diálogo socrático, análisis y evaluación lógica, reducción de lo absurdo, análisis y evaluación empírica, apelar a las consecuencias), autorregistros, imaginación racional emotiva, reforzamiento positivo, técnicas de respiración y relajación, estrategias de higiene de sueño, técnicas de autocompasión. Se concluyó que la intervención logró que la persona disminuyera sus niveles de ansiedad, así como reestructurar los pensamientos irracionales por un esquema de pensamientos más flexibles, adaptativos y realistas.

Arroyo (2021) elaboró y aplicó un programa cognitivo conductual de 12 sesiones de 60 minutos para reducir la ansiedad social en 50 adolescentes de secundaria de un colegio privado de Chiclayo, Perú. Se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck, así como la observación directa. El programa empleó las siguientes técnicas: reestructuración cognitiva, entrenamiento

en relajación, estrategias de afrontamiento y de habilidades sociales, y técnicas de exposición. Los resultados indican que la intervención reduce de manera significativa los niveles de ansiedad social en los adolescentes.

Jordan (2017) realizó una investigación con el objetivo de aplicar la Terapia Racional Emotiva a una mujer peruana de 26 años con fobia social. La intervención constó de 15 sesiones de 45 minutos donde se aplicaron técnicas cognitivas conductuales, como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, registro de pensamiento, aproximación sucesiva, frases e imágenes racionales emotivas. En los resultados, se evidenció mediante una comparación de pre y post tes que el programa de intervención cognitivo conductual fue eficaz.

López (2017) realizó un estudio de caso clínico cuyo fin fue el aplicar un tratamiento cognitivo conductual en un hombre de 22 años con agorafobia. La intervención constó de 14 sesiones con una duración de 50 minutos, una vez por semana. Se emplearon técnicas de psicoeducación, de relajación (Jacobson y respiración diafragmática), desensibilización sistemática, exposición en vivo, reestructuración cognitiva y solución de problemas (bloqueo y auto instrucciones). Los resultados cuantitativos y cualitativos reflejaron la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el presente caso de agorafobia sin trastorno de pánico.

Vega (2017) elaboró un estudio de caso con el objetivo de aplicar un tratamiento cognitivo a una mujer de 24 años con trastorno de ansiedad generalizada. Se abordó con 22 sesiones de 45 a 60 minutos de duración, una vez por semana, empleándose tanto técnicas cognitivas como conductuales. Los resultados evidenciaron un aumento en la funcionalidad de la paciente y una disminución significativa de los síntomas de la ansiedad generalizada.

Acosta (2018) presentó un trabajo con la finalidad de analizar un caso clínico de una joven de 21 años con diagnóstico de fobia social. La intervención se llevó de acuerdo al modelo cognitivo conductual, en 18 sesiones de 45 minutos y una vez por semana, mediante las siguientes técnicas: reestructuración cognitiva, de relajación (muscular de Jacobson y respiración diafragmática), inoculación del estrés, exposición gradual en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. Por último, según los resultados, se pudo concluir la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento y seguimiento de dicho caso.

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

Salazar et al. (2022) analizaron la eficacia de un programa de intervención de múltiples dimensiones para la ansiedad social (IMAS) de manera que se reduzca la sintomatología de ansiedad social. El diseño fue cuasiexperimental, con evaluación pre test y post test en 57 personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad social según el DSM-V, quienes respondieron el Inventario Beck para depresión II, el Cuestionario AUDIT, el Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pensilvania, el Cuestionario para el trastorno de la personalidad por evitación, el cuestionario de sensibilidad personal, la Escala Rosenberg de autoestima, el Cuestionario de habilidades sociales y el cuestionario breve de la OMS sobre la calidad de vida. El tratamiento fue aplicado por diversos terapeutas en España, Ecuador y Paraguay. El programa consta de dos sesiones de evaluación individual, quince sesiones de grupo con frecuencia semana y dos sesiones de evaluación (una grupal y otra individual) al acabar la intervención, así como una sesión de apoyo a los tres meses y dos sesiones de seguimiento a los 6 y 12 meses. Se trabajó con psicoeducación, educación en valores, aceptación, mindfulness, reestructuración y desvinculación de los pensamientos, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y tareas para casa. Se encontró que hubo mejoras significativas

posterior al tratamiento ( $p < .05$ ) y que los cambios se mantenían luego de seis meses de concluida la intervención ( $p < .05$ ). Por tanto, se concluye que la intervención es efectiva en la reducción de los síntomas de ansiedad social, incluso a seis meses de terminado el tratamiento.

Llinás (2020) realizó en Colombia un estudio de intervención en una paciente de diecinueve años diagnosticada con trastorno de estrés postraumático con morbilidad de fobia social para lo cual basó el diseño del tratamiento en la teoría cognitivo conductual tanto del estrés postraumático y el trastorno de ansiedad social tomándose en cuenta las necesidades de la cliente por lo cual se adecuó el plan de intervención y se realizó de manera simultánea empleándose los siguientes instrumentos: el Inventario de ansiedad de Beck, el Social Avoidance and Distress Scale (SAD), Escala de evitación y malestar social (SADS), Cuestionario IDARE, Escala heteroaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton, Cuestionario de esquemas de Young-YSQL 2, Cuestionario de autoesquemas (CIE) y las siguientes técnicas de Reestructuración cognitiva, psicoeducación, la exposición en vivo, lecturas dirigidas y los ensayos reales en la sesión, técnicas de respiración y entrenamiento de habilidades sociales. La intervención se realizó durante treinta y seis sesiones, la frecuencia variaba entre semanal y quincenalmente por el factor tiempo y económico. Los resultados fueron positivos ya que la cliente expresó que se sentía bien y que su vida había tenido un gran cambio.

Martínez (2018) aplicó un tratamiento cognitivo conductual multicomponente para tratar el miedo a hablar en público en una mujer de 25 años. Se empleó una entrevista semi estructurada, así como instrumentos psicométricos para la línea de base y línea de salida: Escala de Perfeccionismo de Frost, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Asertividad de Gambrill, el SPAI-B, el SIAS, la Escala de Confianza para Hablar en Público

de Paul y la Escala de Auto verbalizaciones durante la Situación de Hablar en público, y se elaboró el análisis funcional del problema, a partir de ello se diseñó el tratamiento basado en técnica de respiración, detección de pensamientos, entrenamiento en auto instrucciones y exposición gradual en vivo. La intervención se realizó en dos fases: dos meses y medio de tratamiento, y luego el seguimiento luego de un mes, tres meses, seis meses y doce meses posterior a la conclusión de la terapia. Se concluye que la intervención dio resultados positivos, dado que se observa un decremento significativo de las puntuaciones post tratamiento: se aprecia una reducción de la ansiedad social en 14 puntos, se reduce en 28 puntos su desconfianza para hablar en público, las auto verbalizaciones negativas disminuyeron en 6 puntos y aumentaron las positivas en 8 puntos, no obstante, no se aprecian cambios significativos en las puntuaciones de asertividad.

Sotelo (2018) efectuó una intervención en una cliente de 17 años, estudiante universitaria de una universidad pública de Medellín, diagnosticada de ansiedad social, se realizó el tratamiento, en diecinueve sesiones, se utilizaron los instrumentos: Inventario de ansiedad-fobia social, escala de ansiedad- evitación social y la entrevista clínica. Durante la intervención se emplearon técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, entrenamiento asertivo, juego de roles y técnicas de exposición. La terapia cognitivo-conductual resultó efectiva en el tratamiento contra la fobia social ya que hubo una disminución significativa de la ansiedad la depresión, los ataques de pánico disminuyeron considerablemente ya que la paciente pudo mostrarse mas sociable y afectiva con los demás. Se redujo el evitamiento y el aislamiento social logrando disminuir los niveles de procrastinación y la hipersensibilidad a la evaluación negativa.

Montero (2018) realizó un estudio de caso único con una paciente de veinte años, universitaria de una universidad privada en España, con dificultades en el ámbito social. Se desarrollaron quince sesiones individuales, administrándose estos instrumentos: Escala de temor a la evaluación negativa de Watson y Friend, Inventario de asertividad de Gambrill y Richey, Inventario de depresión de Beck y un autorregistro de pensamientos, sensaciones fisiológicas y conductas ante situaciones sociales. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas durante el tratamiento fueron: psicoeducación, relajación muscular progresiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición en imaginación y en vivo. Y se realizó una sesión más de seguimiento al mes de haber finalizado el tratamiento. Luego de la ejecución del tratamiento se observaron resultados beneficiosos en la paciente como la mejoría en los niveles de ansiedad, asertividad, depresión y6 temor a la evaluación negativa, incorporando un repertorio de respuestas y conductas que puede emplearlas cuando se enfrente a un acontecimiento social.

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

**1.2.3.1. Fobia social.** Como bien nos menciona Paz (2009), la ansiedad es una respuesta emocional que surge ante la percepción de un objeto o situación que se reconozca o considere amenazante o de resultado incierto. Se da en tres tipos de respuestas: estado de alerta cognitivo, activación fisiológica e inquietud motora. La finalidad de la ansiedad es mejorar la manera el cómo afrontamos ciertas circunstancias.

Del mismo modo, la ansiedad nos dispone en un estado de alerta ante determinadas situaciones amenazantes, las cuales están basadas en un miedo real, existente y racional, siendo así una reacción adaptativa que ayuda a afrontarlas de manera eficaz; sin embargo, si se da de forma intensa, frecuente y duradera, interferirá con la funcionalidad del sujeto en diversos

aspectos de su vida, ya que llevaría al sujeto a perder el control de sí mismo y sus estrategias de afrontamiento (Paz, 2009; Morales, 2011).

La fobia social, también llamada ansiedad social, es definida por la OMS, en la CIE 11, el trastorno de ansiedad social está caracterizado porque la persona experimenta miedo o ansiedad marcados y excesivos que aparecen ante una o más situaciones de componente social como conversar, comer, beber en presencia de otros, de manera que se preocupa por si se comportará de una u otra manera, si otros se darán cuenta de su sintomatología de ansiedad o si otros lo evaluarán de forma negativa, y que dichos síntomas permanezcan seis o más meses, provocando malestar significativo.

Según Belloch et al. (2008) la característica principal de la fobia social es la presencia de un temor o miedo exagerado, frecuentemente, irracional de hacer el ridículo, ser humillado o criticado por las personas que lo observan. El inicio de la ansiedad social inicia en la época de la adolescencia y se observa tanto en los hombres como en las mujeres con la misma constancia.

Por otro lado, Caballo (2005) recopiló una serie de situaciones sociales con mayor incidencia en sujetos que presentan esta clase de fobia, las cuales incluye: Iniciar y/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.

**A. Criterios diagnósticos para la fobia social.** En el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), los criterios que se toman en cuenta para diagnosticar los casos de ansiedad social son:

1. Temor o ansiedad marcados y excesivos que se suceden sistemáticamente en una o varias situaciones sociales como las interacciones sociales (por ejemplo, tener una conversación), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo), o hacer algo ante otros (por ejemplo, dar un discurso).
2. El individuo se preocupa por actuar de una manera, o por mostrar síntomas de ansiedad, que serán evaluados negativamente por otros.
3. Las situaciones sociales son evitadas sistemáticamente o soportadas con un temor o ansiedad intensos.
4. Los síntomas persisten durante al menos varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA, 2014), en el DSM-V se describen ciertos criterios a cumplir que para realizar el diagnóstico de ansiedad social:

1. 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). Es preciso indicar que, 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.
2. 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).

3. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, enclerarse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
4. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
5. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
7. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
9. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
10. Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Por otro lado, para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), en su manual CIE-10, menciona los siguientes criterios diagnósticos para la fobia social:

- Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes).
- Ese temor puede ser discreto (comer en público, hablar en público, interacciones con personas del sexo opuesto) o difuso (abarca casi todas las situaciones fuera del círculo familiar).
- Suele asociarse con una baja autoestima y con miedo a la crítica.

- Las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras son manifestaciones principales de la ansiedad y no secundarias a otros trastornos (ideas delirantes u obsesivas).
- La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- La situación fóbica se evita siempre que ello es posible.
- Si la diferenciación entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil hay que dar preferencia a la agorafobia.

**B. Modelos teóricos de la fobia o ansiedad social.** Se han identificados los siguientes:

a) **Modelo de ansiedad social de Vicente Caballo y colaboradores.** Caballo et al. (2021) señalan que la ansiedad social es un problema en el cual la persona experimenta excesivos niveles de ansiedad por la probabilidad de estar expuesto a ser observado o evaluado en diversas situaciones sociales, las cuales pueden ser diversas, por tanto, las personas tratarán de evitar dichos estímulos, pero la gran mayoría de ellas permanecerá en ella soportándolas con mucho malestar emocional.

Asimismo, refieren que en la ansiedad social se caracteriza por manifestarse en dimensiones como: interacción con desconocidos, interacción con el sexo opuesto, expresión asertiva de la molestia, desagrado o enfado, quedar en evidencia o en ridículo y hablar en público o interactuar con personas que impliquen alguna autoridad, por ello señalan que los tratamientos dirigidos a este problema deben abarcar la mayor cantidad de dimensiones y componentes específicos para lograr su eficacia, por ejemplo, entrenamiento de la atención, técnicas de exposición, habilidades sociales y otros.

b) **Modelo cognitivo conductual integrado del trastorno de ansiedad social.** El modelo propuesto en 1997 por Rapee y Heimberg fue actualizado por Heimberg et al. (2010,

como se citó en Barlow, 2018), en el cual se indica que las personas que experimentan el trastorno de ansiedad social interpretan una situación en la que pueden recibir una evaluación negativa, describiendo que el malestar inicia cuando la persona tiene que desempeñarse en presencia de otros, ya sea dando un discurso, un contacto social u otra situación en la cual el sujeto puede ser observado. Perciben, entonces, que las personas de su entorno son críticos y mantienen estándares que son poco probables de alcanzar. A partir de ello, cuando la persona con ansiedad social se encuentra frente a una audiencia, construye una representación mental de cómo los ven los demás, que incluye imágenes negativas y distorsionadas en la que se ve a sí mismo desde la perspectiva de un observador, que juzga su propia conducta de manera más severa que una persona objetiva y sobreestima la visibilidad de su ansiedad con respecto a la evaluación de otros. En dichas imágenes influyen las sensaciones internas y señales externas, pudiendo creer que el sudor es visto como gotas que escurren por el rostro o que si alguien frunce el ceño al ver su ropa cree que se ve desaliñado.

De esta manera, el creer que se es inaceptable, que los otros son críticos y que ser evaluados es extremadamente importante hace que las personas con ansiedad social se tornen hipervigilantes frente a las señales de que son desaprobados por otros, frente a los aspectos de su conducta o apariencia puedan generar una opinión negativa de los demás. Esta combinación de representaciones mentales distorsionadas, sobre atención a las amenazas sociales externas y las demandas sociales pueden provocar problemas en el desempeño, lo cual podría desembocar en retroalimentación social negativa. Además, las personas con ansiedad social tratan de predecir los estándares que los demás tienen para ellos en una situación determinada, y también influye las características de la audiencia y de la situación, para luego juzgar el grado en que su representación mental, tanto de su apariencia como de su conducta, coincide con los estándares que ha pronosticado de su audiencia. Finalmente, actualizaciones de este modelo

refieren que la persona con ansiedad social no sólo experimenta temor a las evaluaciones negativas, sino que sugieren que los sujetos temen a cualquier evaluación, ya sea favorable o desfavorable; siendo que el temor a una evaluación positiva aparece cuando el desempeñarse exitosamente activa una creencia de que los demás esperan que se mantenga dicho éxito en las futuras relaciones sociales, mientras que la persona duda de que posee dichas habilidades y cubra las expectativas de su audiencia (Heimberg et al., 2010, como se citó en Barlow, 2018).

**C. Tipos de fobia social.** Según Alcaláico (2012) existen dos tipos de fobias sociales, la fobia específica y fobia generalizada. La primera de ellas se caracteriza por un miedo intenso y constante a ciertos escenarios sociales o presentaciones en público conformado por personas desconocidas, donde el sujeto teme ser humillado o a evidenciar síntomas de ansiedad, por lo que evita dichas situaciones o las soporta con una ansiedad intensa, quienes padecen de este tipo de fobia temen interactuar con otros porque implica ser observados (Bados, 2005). En cuanto a la fobia generalizada se trata cuando la persona teme a varias o a la mayoría de las situaciones sociales, sean interaccionales o de actuación, Bados (2005) indica que, a un mayor déficit en las habilidades sociales y laborales, es mayor también la presencia de ansiedad y evitación social.

Este tipo de fobia se caracteriza por un inicio en edades tempranas, un bajo nivel de rendimiento académico, niveles mayores de ansiedad y depresión, tendencia a consumir alcohol y padecer trastornos mentales. Por lo anteriormente descrito, se puede señalar que la diferencia entre ambas fobias es que la específica se relaciona mucho más con una reacción emocional, mientras la generalizada proviene de una larga historia de inadecuación social.

a) **Diagnóstico diferencial.** Pérez y Redondo (2002) indican que para el diagnóstico diferencial se debe tener en cuenta que, si las crisis de angustia no son recurrentes e inesperadas, sino situacionales, el diagnóstico debe enfocarse en el tipo de situaciones temidas; en caso sean exclusivamente a eventos sociales será denominada fobia social. Pero, si las crisis de angustia se relacionan con situaciones típicamente fóbicas y las evitaciones son consecuencia de la crisis de angustia, limitándose a situaciones específicas (transporte público), se diagnosticará de crisis de angustia con agorafobia.

Los mismos autores señalan que se debe hacer una diferenciación, en el eje II, con el trastorno de personalidad por evitación y el trastorno esquizoide de la personalidad; así como, en el eje I, con el trastorno de angustia con agorafobia, la ansiedad generalizada y la fobia específica. Respecto a éstos últimos, es importante centrar el diagnóstico diferencial con el de trastorno de angustia, ya que los pacientes que lo padecen son propensos a desarrollar temor a situaciones sociales, solo por la posibilidad de ser observados cuando sufren de un ataque.

**D. Dimensiones o manifestaciones de respuesta de la fobia social.** Dentro de la fobia social se pueden diferenciar tres sistemas de respuestas (Barlow, 2018; Baños et al., 2003; Bados, 2010), los cuales son los siguientes:

- **Subjetivo-cognitiva:** Dificultades para pensar, recordar, concentrarse, hallar las palabras dentro de las cogniciones, emociones negativas y los propios errores. Asimismo, existen temores que subestiman las propias capacidades y sobreestiman la posibilidad de cometer errores importantes y fracasar en el intento, visión catastrófica, la persona piensa que está siendo juzgado o criticado por los demás sin certeza, el ser visto como ansioso, débil, loco o estúpido, el temor a manifestar síntomas de ansiedad, atención selectiva a mensajes o reacciones negativas de los demás hacia uno al creer que no se comporta de un modo adecuado

o competente, percibir crítica o desaprobación no real o exagerar la intensidad y ocurrencia, se da una autoevaluación social excesiva y negativa exclusivamente de él, presencia de pensamientos como “voy a hacer el ridículo”, “quedaré bloqueado y no sabré que decir”, “seguro que no les interesa mi opinión”, “se darán cuenta de lo nervioso que estoy”, “creerán que soy tonto, se estarán riendo de mí”.

- Fisiológico-somática: Múltiples síntomas corporales como elevación de la tasa cardiaca, temblor en manos y voz, sudoración, ruborización, tensión muscular, molestia gastrointestinal, boca seca, escalofríos, mareos, cefalea, náuseas y urgencias urinarias; también, dificultades para respirar y dolor o presión en el pecho.

- Motor-conductual: Evasión a las situaciones temidas, como ser centro de atención o de crítica, manifestar síntomas de ansiedad y no poder evitarla o escapar de dicha situación, silencios largos, tartamudeos, incoherencias, volumen de voz bajo y monótono, gestos de inquietud, retorcimiento de manos, postura rígida, encogimiento postural, sonrisa o risa inapropiada y contenido pobre. Al inicio de la situación de evitación o escape, el individuo sentirá disminución del sufrimiento ansioso, pero inevitablemente a los pocos minutos se agravará el componente cognitivo del trastorno. Igualmente, se pueden producir conductas de seguridad; es decir, retirar la mirada si la persona anticipa que alguien le va a preguntar algo, vestirse con ropa gruesa para que el otro no perciba el sudor, apoyar las manos sobre la mesa para que no se vea que están temblorosas, entre otras.

**E. Etiología y mantenimiento de la fobia social.** Curran (1977, como se citó en Caballo, 2005) plantea tres modelos explicativos acerca de la etiología el mantenimiento de la ansiedad/fobia social, los cuales se describen a continuación:

- **Modelo ansiedad condicionada:** Este se basa en el condicionamiento clásico, en el cual la ansiedad se adquiere debido a la exposición repetida a experiencias aversivas en situaciones sociales.
- **Modelo cognitivo-valorativo:** Éste supone que el origen de la ansiedad se debe a una errónea evaluación cognitiva y valorativa sobre las propias acciones y las expectativas de resultados aversivos.
- **Modelo del déficit en habilidades:** Atribuye el origen de la ansiedad como un reactivo, ya que la persona posee un repertorio de conductas sociales inadecuadas, lo que conduce a que no tenga un control apropiado de las exigencias del medio, percibiendo así una situación aversiva que le provoca ansiedad.

**1.2.3.2. Terapia cognitivo conductual.** El modelo de intervención por aplicar en el presente estudio de caso es el cognitivo conductual, respecto a este enfoque, Ruiz et al. (2012) señalan:

El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también se dirige a modificar los procesos cognitivos que están a base del comportamiento (p. 83).

Del mismo modo, Luterek et al. (2003) señalan que la terapia cognitivo conductual es de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio. Asimismo, la relación entre el paciente y el terapeuta es cercana, debido a que el especialista orienta a sus pacientes en el entrenamiento de nuevas habilidades sociales, el cual logra fomentando nuevas maneras de abordar y experimentar las situaciones que le producen ansiedad. Para ello, se han debido de modificar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones conductuales de evitación o de seguridad, solo así el paciente podrá emplear las habilidades que fueron aprendidas y practicadas en la terapia a las situaciones sociales antes temidas.

**A. Técnicas cognitivas conductuales.** Entre las técnicas empleadas están las siguientes:

–**Psicoeducación.** La terapia cognitivo conductual se fundamenta en un modelo educativo, el cual se orienta al cambio basado al aprendizaje (Beck, et al, 2010). Por lo tanto, tal como lo mencionan, es de suma importancia el formar o instruir a los pacientes en el modelo cognitivo y los principios que se proponen respecto a la ansiedad y cómo se produce (cognición, emoción y conducta), esta técnica se emplea con las primeras sesiones y facilita la adherencia del paciente al tratamiento.

–**Exposición.** La técnica de exposición viene a ser uno de los componentes centrales en la intervención de fobia social, con la que se pretende descondicionar la respuesta fóbica del paciente. En primer lugar, se elabora, entre el paciente y terapeuta, una lista de situaciones que teme y/o evita el paciente de mayor a menor grado de ansiedad. Luego, se procede a exponerlo a las situaciones que teme, iniciando con aquellas que no le producen tanta ansiedad y, en la medida en que la misma ya no le produce ansiedad, se le instruye para que se expongan, gradualmente, a otras que le sean más complicadas de afrontar. Generalmente, se emplea la imaginación y dramatización de roles durante las sesiones o en vivo (Luterek et al., 2003; Ortega y Climent, 2004). Por otra parte, Bados (2009) establece tres objetivos que la exposición permite lograr: (a) desvincular o reducir la asociación entre el estímulo o situación temida con la reacción ansiosa; (b) aprender que no existe una base para el miedo, debido a que las consecuencias negativas que la persona anticipa (visión catastrófica) no suceden; y (c) aprender que es posible manejar o tolerar la ansiedad, mediante recursos propios o estrategias de afrontamiento enseñados durante la terapia. Respecto a la efectividad de esta técnica, incrementa si se instruye a los pacientes a permanecer en la situación social hasta que disminuya su ansiedad, permitiendo así la habituación y extinción de la conducta. De igual manera, la eficacia de la exposición aumente si se enseña al paciente a focalizar su atención a

la situación social y si se lo concientiza acerca de la experiencia de la ansiedad y la activación fisiológica (Luterek et al., 2003)

–**Relajación muscular progresiva de Jacobson.** Ventura (2009) indica que existen diferentes técnicas de relajación, por ejemplo, la relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, imágenes positivas guiadas, meditación y biorretroalimentación. En cuanto a la relajación muscular progresiva de Jacobson, (Luterek et al., 2003; Vera-Villarreal, et al., 2005), ésta pretende enseñar a los pacientes a soltar y relajar diferentes grupos de músculos de forma progresiva, mediante instrucciones específicas, para tensar y relajar distintos grupos musculares, con el objetivo de conocerlos y poder conseguir un estado general de relajación. Asimismo, permite controlar la activación fisiológica y reducir los síntomas de ansiedad, como las palpitations cardíacas, sudoración, temblores, ante situaciones temidas.

–**Reestructuración cognitiva.** Consiste que el paciente, con la guía inicial del terapeuta, pueda reconocer y cuestionar sus cogniciones desadaptativas, para que tales sean sustituidos por otras más funcionales y se disminuya o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causadas por ello. Durante la aplicación de esta estrategia, los pensamientos se toman como hipótesis y, mediante el trabajo en conjunto entre el terapeuta y paciente, se recolectan datos en registros con el objetivo de determinar si dichas hipótesis son de utilidad para el tratamiento. Parte del procedimiento implica que el terapeuta formule una serie de preguntas y diseñe experimentos tipo conductual para que el paciente mismo examine y compruebe sus pensamientos negativos, con el fin que éste llegue a una conclusión si son válidos o útiles Clark (1989, como se citó en Bados y García, 2010)

–**Auto instrucciones con parada de pensamiento.** Con el entrenamiento de auto instrucciones se busca cambiar los pensamientos de temor por otro más adaptativos y funcionales que permitan enfrentarse con mayor eficacia en las situaciones que le generan ansiedad. Para ello, se introduce la parada de pensamiento, cuyo fin es contrarrestar las rumiaciones y pensamientos anticipatorios catastróficos que le producen respuestas conductuales de evitación o escape (Ortega y Climent, 2004).

–**Entrenamiento en habilidades sociales.** De acuerdo con Luterek et al., en el año 2003, esta estrategia consiste en incrementar las habilidades conductuales de los pacientes, con el fin que logren interacciones sociales satisfactorias, mejorando su competencia interpersonal individual en situaciones sociales. Asimismo, Caballo (2005), propone para el empleo de esta técnica, el ensayo de la conducta, el modelado, las instrucciones/aleccionamiento, retroalimentación y reforzamiento, tareas para la casa y procedimientos cognitivos.

### **1.3. Objetivos**

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

Determinar los efectos de un programa de intervención cognitivo conductual para un caso de fobia social, de un consultorio de psicología en un policlínico de Villa María del Triunfo.

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

Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas de un paciente adulto con fobia social.

Reducir los niveles de ansiedad ante la exposición académica y de interacción con el sexo opuesto en un paciente adulto con fobia social.

Desarrollar habilidades sociales para participar activamente a nivel académico en un paciente adulto con fobia social.

Desarrollar habilidades asertivas en un paciente adulto con fobia social, para realizar una petición ante una figura de autoridad.

Disminuir las conductas de evitación ante situaciones sociales nuevas, en un paciente adulto con fobia social.

#### **1.4 Justificación**

La sintomatología de la fobia social afecta y deteriora diferentes ámbitos de la persona quien la padece debido a que produce alteraciones fisiológicas, malestar emocional y limita, muchas veces, el desarrollo personal y profesional, tal es así que se aprecia que el participante de este trabajo se ha visto afectado de forma significativa y negativa en diversos ámbitos de su vida y actividades cotidianas, por lo que, según las revisiones teóricas, un abordaje basado en el enfoque cognitivo conductual resulta adecuado para obtener una mejoría a corto plazo.

El presente trabajo se ha planteado según el marco cognitivo conductual con el propósito de sustituir pensamientos disfuncionales, modificar conductas no deseadas y disminuir las respuestas ansiógenas en un caso de ansiedad social, por tanto, este trabajo posee una justificación teórica, ya que inicialmente se revisó aspectos sobre la ansiedad, la ansiedad social, su adquisición y mantenimiento, así como los modelos teóricos que la explican. A partir de ello, se propuso un programa de intervención basado en técnicas cognitivo-conductuales, como: la psicoeducación, Terapia Racional Emotiva Conductual, Respiración profunda y diafragmática, Termómetro del miedo, auto instrucciones, Exposición en imaginación, Exposición en vivo y Juego de roles, las cuales tendrán efectos significativos en la reducción

de los niveles de ansiedad del participante en situaciones sociales y mejorar su calidad de vida, de manera que con los resultados se pueda corroborar que las terapias cognitivo conductuales posee sólida evidencia de su eficacia para tratar problemas de ansiedad, lo cual constituye la justificación práctica.

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

Este estudio tiene como propósito fundamental el bienestar del examinado mediante la aplicación de un programa de tratamiento diseñado exclusivamente para dicho caso. Cabe señalar que se espera lograr el objetivo general de esta investigación, el cual es implica que el evaluado sea capaz de enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público, a la vez que se reducen sus respuestas de evitación y niveles de ansiedad (menor o igual a un SUD de 6), repercutiendo positivamente en las diversas áreas de su vida.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de Investigación

Tipo de investigación: aplicada, según Lozada (2014) la investigación aplicada tiene como fin el generar nuevos conocimientos a través de la aplicación directa a los problemas sociales u otros sectores y toma como base a los hallazgos producidos por la investigación básica, de manera que enlaza la teoría con las tecnologías.

Diseño: experimental, ya que, según Hernández et al. (2014) señalan que se ha manipulado intencionalmente una o más variables independientes, y posteriormente se analizarán las consecuencias de dicha manipulación sobre una o más variables dependientes. En este caso, se ha manipulado la variable fobia social.

El presente trabajo académico, es caso único porque se caracteriza en tener un solo sujeto. Se ha utilizado el diseño bicondicional de tipo A-B, en donde en la fase A se llevó a cabo la evaluación, en la fase B la intervención y más adelante la etapa de seguimiento. Al final de la intervención se han comparado los resultados de las dos fases para evaluar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales. (Hernández et al., 2014)

### 2.2. Ámbito temporal y espacial

Todo el proceso se llevó a cabo durante 14 semanas, las sesiones se realizaron con frecuencia semanal, con una duración de 50 a 60 minutos cada sesión, las cuales se llevaron a cabo en el consultorio de psicología de un policlínico ubicado en Villa María del Triunfo.

### 2.3. Variables de investigación

**Variable dependiente:** Conducta de fobia social, es un tipo de trastorno que surge probablemente de la interacción compleja entre factores biológicos y ambientales, generando conductas de evitación que suelen darse en diferentes contextos de la vida diaria, dificultando el adecuado desenvolvimiento de la persona que lo sufre.

**Variable independiente:** El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen.

### 2.4. Participante/ Sujeto

Andrei es estudiante de la Facultad de Administración de la Universidad Nacional del Callao, está cursando el cuarto año de estudios. El evaluado convive en una familia nuclear, sin un estilo de crianza establecido por ambos padres, pues el progenitor actúa de forma excesivamente autoritaria y la madre de forma sobreprotectora. Es hijo único y las pocas interacciones que ha mantenido a lo largo de su vida han sido con sus padres y tíos. Acudió a consulta debido a que, considera que la ansiedad y el miedo a interactuar lo han llevado a evitar conductas sociales, por lo que, siente perder oportunidades tanto en el ámbito académico, afectivo y personal. Por ejemplo, cuando evita exponer un tema en clase o responder preguntas de profesor que podrían elevar sus notas, a pesar de haber estudiado y saber la respuesta. Asimismo, cuando tiene que pedir un documento al decano o cualquier autoridad de su centro de estudios.

## **2.5. Técnicas de evaluación e instrumentos aplicados**

### **2.5.1. Técnicas**

**2.5.1.1 Definición de observación psicológica.** Según Fernández-Ballesteros (2013), la observación psicológica es una herramienta rigurosa, flexible y es una estrategia importante dentro del método científico. Requiere que el observador tenga una percepción de conductas emitidas por una persona o grupos de personas, y quien observe debe estar entrenado con protocolos preparados que faciliten el registro sistemático de hechos que suceden en una situación natural o análoga en la que no se necesitan respuestas.

### **2.5.2. Definición de entrevista psicológica**

Es una técnica empleada para recolectar información a través del autoinforme del individuo, tal es así que permite conseguir o brindar datos durante la evaluación e intervención psicológica, por tanto, precede a cualquier forma de intervención y es de un formato interactivo, lo cual brinda eficacia para indagar información (Fernández-Ballesteros, 2013).

### **2.5.3. Instrumentos**

#### **2.5.3.1. Ficha Técnica del Registro de Opiniones de Ellis.**

Nombre: Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA).

Autores: Davis et al. (1987)

Adaptación: Percy Guzmán Grados; Adoptó la prueba en Lima

Año: 1982 (texto), 1987, 1988 (versión modificada). 2009

Objetivo: Manifestar las ideas irracionales singulares que favorecen, de manera encubierta, a instalar y mantener el estrés e infelicidad.

Forma de aplicación: Individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: No hay límite de tiempo. Aproximadamente 20 minutos

Ámbito de aplicación: Para adolescentes y adultos que hayan estudiado y aprobado como mínimo un año de educación secundaria.

Principales usos: Dentro de un contexto psicoterapéutico con técnicas racional-emocionales y con fines de investigación.

El Registro de Opiniones (REGOPINA) de Davis, McKay y Eshelman (1987), inicialmente se aplicó como una técnica de autoevaluación. En su forma original tenía 100 ítems formados por diversas afirmaciones. En el cuestionario estaban presentes 10 de las 12 principales ideas irracionales tal como las formuló inicialmente Albert Ellis (1958), quien al realizar una revisión decidió dejarlas en 11 tal como consta en su clásico libro *Terapia racional Emotiva* Ellis (1962).

**Adaptación:** Guzmán adaptó el registro de opiniones para el contexto peruano en el año 2009, reduciendo a las 6 creencias irracionales consideradas, con 65 ítems, formado por seis escalas, las que evalúan seis creencias irracionales, cada una es explorada a través de 10 ítems y se puede aplicar a partir de los 14 años, considerando su uso principal en un contexto psicoterapéutico conjuntamente con técnicas racional-emocionales y con fines de investigación.

### **2.5.3.2. Ficha Técnica de Pensamientos automáticos (Ruiz y Luján)**

Autor: Ruiz y Luján, 1991

Tiempo: Aproximadamente 15 minutos

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Evalúa 15 distorsiones cognitivas, a través de 45 preguntas:

1. Filtraje o abstracción selectiva: 1-16-31
2. Pensamiento polarizado: 2-17-32
3. Sobre generalización: 3-18-33
4. Interpretación del pensamiento: 4-19-34

5. Visión catastrófica: 5-20-35
6. Personalización: 6-21-36
7. Falacia de control: 7-22-37
8. Falacia de justicia: 8-23-38
9. Razonamiento emocional: 9-24-39
10. Falacia de cambio: 10-25-40
11. Etiquetas globales: 11-26-41
12. Culpabilidad: 12-27-42
13. Deberías: 13-28-43
14. Tener razón: 14-29-44
15. Falacia de recompensa divina: 15-30-45

**Puntajes de medida:**

0= Casi nunca pienso eso

1= Algunas veces lo pienso

2= Bastantes veces lo pienso

3= Con mucha frecuencia lo pienso

**Confiabilidad:** El resultado de la consistencia interna del ítem en el Inventario de pensamientos automáticos es de 0.91

**Validez:** La correlación de los factores se realizó a cada uno, ya que buscó determinar si los factores miden de manera confiable la dimensión del instrumento sobre las distorsiones cognitivas, los resultados fueron favorables ya que se determinó que la mayoría miden la distorsión mediante la aplicación del instrumento en la población general, y llegar a determinar los pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas que son más frecuentes.

### **2.5.3.3. Ficha Técnica del test inventario de personalidad (EPI) forma B**

Nombre: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR).

Autor: Hans Eysenck y Sybil Eysenck.

Adaptación peruana: Sergio Dominguez et al., 2013.

Aplicación: Individual o colectivo, a partir de los 16 años.

Duración: Aprox. 30 minutos.

Finalidad: Evaluación de tres dimensiones básicas de la personalidad.

Extraversión (Escala E).

Emotividad o escala de neuroticismo (Escala N)

Normalidad o escala de psicoticismo (Escala P).

Una escala de disimulo/Conformidad.

#### ***Normas de aplicación del EPQ-R***

Las instrucciones para desarrollar el test están escritas en el protocolo, estas se deben leer en voz alta por la persona evaluada o por el evaluador cuando la aplicación sea grupal. Estas instrucciones no se pueden modificar o ampliarse.

Normas de corrección, puntuación e interpretación: se proporcionará un formato digital de corrección, ya que el cálculo manual toma un considerable tiempo y está supeditado a error del evaluador. El EPQ-R brinda puntuaciones de percentiles entre 1 y 99 en cada escala, el autor indica que se han determinado puntos de corte para el valor del nivel de la dimensión presente en la persona.

Muy alto: entre 66 y 99

Alto: entre 56 y 65

Promedio: entre 46 y 55

Bajo: entre 36 y 45

Muy bajo: entre 1y 35

Asimismo, para lo referido a la validez de la aplicación, en el formato informático se brindan pautas al respecto.

#### **2.5.4. Evaluación psicológica**

##### **2.5.4.1. Historia psicológica.**

###### **A. Datos de filiación.**

Nombre y Apellidos	: Andrei C. R.
Edad	: 27 años
Lugar y fecha de nac.	: Lima, 26/01/1995
Grado de instrucción	: Superior
Dirección	: San Juan de Miraflores
Fecha de entrevista	: 11 de mayo del 2020
Lugar de entrevista	: Policlínico - Consultorio
Terapeuta	: Psi. Freddy Laredo Cano

**B. Motivo de consulta.** El paciente refiere “Cada vez que voy a exponer, me pongo nervioso, lo hago, pero siento que no me desempeñé como hubiese querido”, “cuando el profesor me hace una pregunta, sé la respuesta, pero no la digo”, “siento que he perdido y pierdo muchas oportunidades por ser así”, “es más, no tengo amigas y menos enamorada, por mi temor”.

**C. Problema actual.** Cada vez que Andrei expone en clase experimenta ansiedad (8) y miedo (8), además, de sudoración en el rostro, ruborización y mareos. Al mismo tiempo piensa “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, por lo que trata de no explicar todo lo que sabe con tal de acabar con la exposición. Esto sucede aproximadamente 3

a 4 veces por semana. En una ocasión, mientras Andrei escuchaba la clase, el profesor realizó preguntas diciendo que subiría puntos a los que participan. Andrei sabía las respuestas; sin embargo, experimentó ansiedad (8), miedo (9) y frustración (10), asimismo, taquicardia y sudoración de manos, teniendo pensamientos como: *“¿y si me equivoco?, seguro se van a burlar de mi”*, por lo que evita responder, quedándose callado. Esto sucede aproximadamente 6 a 7 veces por semana.

En otra oportunidad, el evaluado tenía que solicitar un documento al decano de su facultad, por lo que debía hablar directamente con él. Cuando esto sucedió, sintió ansiedad (10) y miedo (10), experimentando sudoración excesiva, ruborización, taquicardia y tartamudeo, al respecto pensó: *“se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien”*; por lo que, solo atinó a saludarlo, bajando la mirada y no solicitando lo que requería. Ello sucede 2 veces por semana. Usualmente durante la hora de receso, Andrei suele juntarse con dos amigos con quienes se siente en confianza; sin embargo, cuando ellos se juntan con alguna compañera, experimenta vergüenza (9) y ansiedad (10), además de ruborización, taquicardia y sudoración excesiva, pensando lo siguiente: *“qué vergüenza, se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien”*; debido a ello optaba por alejarse. Ello sucede 4 veces a la semana aproximadamente.

Asimismo, refiere que una chica, quien vive cerca de la casa de Andrei, cada vez que intenta iniciar una conversación con él, éste comienza a sentir ansiedad (9), vergüenza (10), experimentando sudoración, ruborización, taquicardia y mareos, al respecto piensa: *“qué vergüenza, se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien”*, *“pensará que soy un tonto”*. Debido a ello, suele fingir recibir una llamada de su madre y tener que irse a su encuentro. Ello sucede 2 a 3 veces a la semana aproximadamente.

### **Desarrollo cronológico del problema**

A la edad de 10 años, Andrei recuerda que quiso dar una opinión cuando estaban conversando sus padres y tíos; sin embargo, uno de sus tíos le grito diciendo “quien te ha dicho que te metas en conversaciones de grandes”, sintiendo vergüenza (10) y ganas de llorar.

A la edad 12 años, el paciente manifiesta que les contó a sus compañeros que había visitado Chile durante las vacaciones, ante esto sus compañeros se burlaron de él, contándole a todos en el salón e incluso, a la profesora, a partir de esa situación todos lo llamaban en tono burlón “el chileno”. Esta situación hizo que Andrei sintiera mucha vergüenza (10) y ganas de llorar.

A los 16 años, Andrei relata que conoció a una chica en su colegio. Él comenta que le envió una nota diciendo que le gustaba, ante ello, la adolescente le dijo que no la molestara porque de ser así iba a contar a todos para que se burlen. Ante esto, Andrei experimentó vergüenza (9), miedo (10) y culpa (8). A los 22 años, el evaluado refiere que salió por primera vez a una fiesta, llegando tarde a casa. Ante esto el padre, delante de sus tíos y amigos de los mismos, lo agredió tirándole una patada y gritando le dijo: “tú no vas a venir tarde, quien te crees que eres”, por lo que el evaluado experimentó vergüenza (10), impotencia (8) y cólera (10).

A los 26 años, Andrei recuerda haber salido con sus amigos a una reunión y que ellos se encontraron con unas chicas, el evaluado notó que ellas se interesaban solo por sus amigos, dejándolo de lado. Comenta que se sintió muy triste (10), impotencia (9), pensando: “nadie me conoce ni quiere conocerme”, “eso me pasa por tímido”.

***D. Historia personal.*** Andrei menciona que su madre le comentó que el embarazo fue normal, sin complicación alguna, parto normal. Además, señala que cuando tenía de 5 a 7 años solía orinarse en la cama, pero nunca fue al médico o psicólogo. Sin embargo, a partir de esa edad, no repitió esa situación. No se encuentran conductas inadecuadas en la infancia.

**Actitudes de la familia frente al niño.** Andrei recuerda que, en su niñez, su padre lo avergonzaba, gritándole delante de sus tíos, siendo constantemente criticado por los mismos. A consecuencia de ello, trataba de portarse bien para que no lo avergonzara y criticara.

**E. Educación.** Andrei refiere haber sido un estudiante con rendimiento educativo promedio alto; sin embargo, agrega que también se caracterizó por tener pocos amigos, pues sentía que sus compañeros usualmente le hacían bullying, por lo que no podía mantener una amistad con ellos. Asimismo, señala que anhelaba la amistad de los demás, esta conducta se mantuvo hasta sus estudios superiores.

**F. Historia familiar.** El papá se llama Diego, tiene 52 años, secundaria completa, ocupación chofer. La mamá se llama Cecilia, 55 años, secundaria completa, ama de casa. La relación entre padres: señala que era variable, pues en ocasiones la relación era armoniosa y en otras se tornaba conflictiva por motivos económicos - domésticos. La relación entre Andrei y el padre no era buena, pues el evaluado le tenía miedo debido a sus constantes críticas y reproches que hacía delante de otras personas. El evaluado lo culpa por su problema. La relación entre Andrei y la madre: el evaluado menciona que la relación era adecuada y hasta protectora, pues su madre siempre lo acogía cada vez que él se sentía triste. Al respecto dice: “mi madre me quería, me abrazaba, yo sé que ella no me defendía por evitar problemas y quizás por miedo”

**G. Diagnóstico Funcional.** En base a desarrollado en el proceso de entrevista, evaluación psicológica, se realiza la siguiente tabla.

**Tabla 1***Diagnóstico funcional de la conducta problema*

	<i>Exceso</i>	<i>Debilitamiento</i>	<i>Déficits</i>
<i>Pensamientos/ creencias</i>	<p>“me voy a equivocar”,</p> <p>“me voy a olvidar”,</p> <p>“todos me están mirando”</p> <p>“¿y si me equivoco?, seguro se van a burlar de mí”</p> <p>“qué vergüenza, se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien”,</p> <p>“pensará que soy un tonto”.</p> <p>“Siempre seré un incompetente”</p> <p>“las cosas nunca van a cambiar”</p> <p>“no puedo soportar que me critiquen”</p>		<p>“Todos nos podemos equivocar”.</p> <p>“no puedo evitar que se burlen”</p> <p>“aprenderé a manejar mis temores progresivamente”</p>
<i>Conductas</i>	Alejarse de su grupo de amigos cuando una compañera se acerca.	Quedarse callado y dejar de responder les	Expresar sus opiniones en un grupo.

---

Retirarse con el preguntas del pretexto de la llamada profesor. Establecer contacto de su madre a fin de visual al expresarse o evitar conversar con su Alejarse de su solicitar algún vecina. grupo de amigos pedido. cuando una compañera se les acerca.

Dejar de explicar lo que sabe a fin de terminar pronto con la exposición.

---

## H. Análisis Funcional

**Tabla 2**

*Análisis funcional de la conducta problema*

(Ed)	(RO)	C
Exponer en clase	<b>Cognitivo:</b>	<b>Interno:</b>
<b>Interno</b>	“y si me equivoco se van a burlar de mí, se darán	Experimenta tranquilidad.
<b>Cognitivo:</b>	cuenta que soy un tonto”	Disminución del miedo y ansiedad.
Pensar: “me voy a equivocarme”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”	<b>Motor:</b> No terminar de explicar lo que sabe a fin	Desaparición de las

---

---

	de terminar pronto con la	respuestas fisiológicas.
<b>Externo:</b>	exposición.	
Exposición en el aula de la universidad.	<b>Emoción:</b> Miedo (8), ansiedad (8)	
	<b>Fisiológico:</b> sudoración, temblor, aceleración cardíaca, hiperventilación.	

---

Posibilidad de responder a las preguntas en clase del profesor.	<b>Cognitivo:</b> “Siempre seré así, y nada de esto va cambiar”	<b>Interno:</b> Experimenta tranquilidad al no responder las preguntas.
<b>Interno:</b>		
<b>Cognitiva:</b>	<b>Motor:</b>	Disminución de la ansiedad, miedo y frustración.
<b>Pensar:</b> “¿y si me equivoco?, seguro se van a burlar de mí”	Quedarse callado.	
	<b>Emoción:</b> miedo (9) Ansiedad (8)	Desaparición de las respuestas fisiológicas.
<b>Externo:</b> <i>sesión de clase</i>	Frustración (10)	
	<b>Fisiológico:</b> sudoración, temblor, aceleración cardíaca, hiperventilación.	

---

---

Ver al decano y tener que solicitarle un documento.	<b>Cognitivo:</b> “soy un incompetente”	<b>Interno:</b> Tranquilidad.
<b>Interno</b>		
<b>Cognitivo</b> <b>Pensar:</b> “ <i>se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien</i> ”	<b>Motor:</b> Saludarle, bajar la mirada y no solicitar lo que requería.	Disminución de la ansiedad, miedo y frustración.
<b>Externo:</b> Área de coordinación de la universidad.	<b>Emoción:</b> Ansiedad (10) miedo (10) <b>Fisiológico:</b> sudoración, temblor, aceleración cardiaca, hiperventilación.	Desaparición de las respuestas fisiológicas.

---

Acercamiento de una compañera cuando se encuentra junto a su grupo de amigos.	<b>Cognitivo:</b> “Se darán cuenta que soy un tonto” <b>Motor:</b> Alejarse	<b>Interno:</b> Disminución de la ansiedad, miedo y frustración.  Desaparición de las respuestas fisiológicas
<b>Interno:</b> <b>Cognitivo</b> <b>Pensar:</b> “ <i>Qué vergüenza, se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien</i> ”	<b>Emoción:</b> Vergüenza (9), ansiedad (10) <b>Fisiológico:</b> sudoración, temblor, aceleración cardiaca, hiperventilación	
<b>Externo:</b> Grupo de amigos		

---

Intención de su vecina de iniciar una conversación con él	<b>Cognitivo:</b> “No puedo soportar que me critiquen”.	<b>Interno:</b> Disminución de la ansiedad, miedo y frustración.
<b>Interno</b> <b>Cognitiva</b> <b>Pensar:</b> “Qué vergüenza, se va a dar cuenta que no sé desenvolverse bien”, “pensará que soy un tonto”.	<b>Motor:</b> Finge recibir una llamada de su madre y tener que irse a su encuentro.	Desaparición de las respuestas fisiológicas.
<b>Externo:</b> Vecindario.	<b>Emoción:</b> Vergüenza (10), ansiedad (9)	
	<b>Fisiológico:</b> sudoración, temblor, aceleración cardíaca, hiperventilación.	

### ***I. Análisis cognitivo***

**Tabla 3**

*Análisis cognitivo de la conducta problema*

A	B	C
---	---	---

---

Exponer en clase	Pensar: “ <i>me voy a equivocar</i> ”, “ <i>me voy a olvidar</i> ”, “ <i>todos me están mirando</i> ”	No terminar de explicar lo que sabe a fin de terminar pronto con la exposición  Miedo (8), ansiedad (8)
Posibilidad de responder a las preguntas en clase del profesor.	Pensar: “ <i>¿y si me equivoco?, seguro se van a burlar de mí</i> ”	Quedarse callado.  Ansiedad (8), miedo (9) y frustración (10)
Ver al decano y tener que solicitarle un documento.	Pensar: “ <i>se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien</i> ”	Saludarlo, bajar la mirada y no solicitar lo que requería.  Ansiedad (10), miedo (10)
Acercamiento de una compañera cuando se encuentra junto a su grupo de amigos	Pensar: “ <i>qué vergüenza, se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien</i> ”	Alejarse  Vergüenza (9), ansiedad (10)
Intención de su vecina de iniciar una conversación con él	Pensar: “ <i>qué vergüenza, se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien</i> ”, “ <i>pensará que soy un tonto</i> ”.	Finge recibir una llamada de su madre y tener que irse a su encuentro.  Vergüenza (10), ansiedad (9)

---

**2.5.4.2. Evaluación Psicométrica.** Para el presente trabajo académico se han aplicado las siguientes pruebas psicológicas, así como la entrevista psicológica: Registro de opiniones de Ellis, Forma A, Registro de pensamientos automáticos, Cuestionario de Personalidad de Eysenck. Cada una de las pruebas, así como la entrevista, se llevó a cabo en el consultorio particular del psicólogo que ha elaborado el presente caso académico.

**A. Informe Psicológico de Registro de Opiniones de Ellis**

**Datos de Filiación**

Apellidos y Nombres : Andrei.  
 Edad : 27 años  
 Ocupación : Estudiante  
 Fecha de evaluación : 18 mayo del 2020

**Motivo de evaluación.** Evaluar el perfil psicológico del entrevistado, el mismo que se acompañó con la entrevista psicológica.

**Resultados**

**Tabla 4**

*Resultados del Registro de Opiniones*

Escala	CREENCIA	Racional	Tendencia	Tendencia	Irracion al
	IRRACIONAL		Racional	Irracional	
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10

B	<p>Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.</p>	0-2	3-4	5	6-10
C	<p>Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.</p>	0-2	3	4	5-10
D	<p>Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.</p>	0-2	3	4	5-10
E	<p>La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.</p>	0-1	2-3	4	5-10
F		0-2	3	4	5-10

---

Si algo afecto fuertemente  
en alguna ocasión nuestra  
vida, siempre seguirá  
afectando.

---

### **Interpretación de resultados**

Respecto a sus esquemas de pensamiento, el evaluado considera que “es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”; ello se evidencia por su prologado anhelo de tener amigos. Asimismo “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, observándose en su miedo a equivocarse, reprochándose cuando ello sucede. De igual manera sucede con “yo soy infeliz por culpa de los demás” y “lo que me pasó, nunca se borrará”, pues resalta que su problema se debe a las experiencias vividas y causadas por su padre. Se destaca el enraizamiento de estas creencias mencionadas.

### **Conclusiones**

El examinado presenta las siguientes creencias irracionales:

- “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”.
- “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles. “Las personas y las cosas deberían ser como yo quiero”
- “Yo soy infeliz por culpa de los demás”
- “Lo que me pasó, nunca se borrará”.

## Recomendaciones

- Reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.

18 de mayo del 2020

---

Freddy Laredo Cano

CPP 25357

## *B. Informe Psicológico de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján)*

### Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : Andrei.  
 Edad : 27 años  
 Ocupación : Estudiante  
 Fecha de evaluación : 15 mayo del 2020

### Motivo de evaluación

Elaboración del perfil psicológico

### Técnicas e instrumentos aplicados

Se realizó la entrevista Psicológica y se aplicó el test pensamientos automáticos.

### Resultados

#### Tabla 5

*Resultados de la prueba de pensamientos automáticos*

Pensamientos automáticos	Significado
--------------------------	-------------

Sobre generalización	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos.
Visión catastrófica	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos.
Debería	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos
Interpretación de pensamiento	Presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos

---

### **Interpretación**

Andrei tiene pensamientos automáticos tales como: Sobre generalización, visión catastrófica, debería e interpretación de pensamiento, los cuales le generan sufrimiento emocional, estos pensamientos distorsionados se evidencian cuando tiene miedo a equivocarse, cree que se va a olvidar el tema en una exposición, cree que se burlarán de él, sintiendo que no sabe desenvolverse bien y teniendo miedo de que los demás se den cuenta.

### **Conclusiones**

El evaluado presenta los siguientes pensamientos distorsionados:

- Sobre generalización
- Visión catastrófica.
- Debería
- Interpretación de pensamiento.

### **Recomendaciones**

- Reestructuración cognitiva para modificar sus pensamientos automáticos.

15 de mayo del 2020

---

Freddy Laredo Cano

CPP 25357

### ***C. Informe del Cuestionario de Personalidad de Eysenck***

#### **Datos de filiación**

Apellidos y Nombres : Andrei.  
Edad : 27 años  
Ocupación : Estudiante  
Fecha de evaluación : 18 mayo del 2020

#### **Motivo de evaluación**

Elaboración del Perfil psicológico. Para esto se hizo la entrevista psicológica y la aplicación del cuestionario de personalidad de Eysenck.

#### **Resultados e interpretación**

Andrei, presenta características de personalidad introvertida, es decir, se muestra retraído socialmente, reservado, prefiriendo la actividad intelectual que de la práctica. En ocasiones, tiende a querer relacionarse con sus pares; sin embargo, esto no es llevado a cabo debido a sus esquemas cognitivos, lo cual genera en él síntomas ansiógenos.

Por otro lado, tiende a ser inseguro e hipersensible, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, emitiendo conductas de evitación, por ejemplo, a alejarse cada vez que sus amigos se relacionaban con una persona del sexo opuesto o cuando no participaba en clase a pesar de saber la respuesta.

Al respecto, su nivel de ansiedad tiende a elevarse debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo que lo hace sensible al estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad y sus síntomas.

**Conclusiones**

- Características de personalidad introvertida
- Tendencia al neuroticismo con sistema nervioso central lábil

**Recomendaciones**

- Entrenamiento en competencias personales – sociales
- Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)

18 de mayo del 2020

---

Freddy Laredo Cano

CPP 25357

**2.5.5 Informe psicológico integrado****Datos De Filiación**

Apellidos y Nombres : Andrei.  
Edad : 27 años  
Ocupación : Estudiante  
Fecha de evaluación : 22 mayo del 2020

**Motivo de evaluación**

Evaluar el perfil psicológico.

**Técnicas e instrumentos aplicados**

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista Psicológica.
- Registro de Opiniones-Forma A
- Test de pensamientos automáticos
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

## **Resultados**

Respecto a sus esquemas de pensamiento, el evaluado considera que “es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”; ello se evidencia por su prologado anhelo de tener amigos. Asimismo “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, observándose en su miedo a equivocarse, reprochándose cuando ello sucede. De igual manera sucede con “yo soy infeliz por culpa de los demás” y “lo que me pasó, nunca se borrará”, pues resalta que su problema se debe a las experiencias vividas y causadas por su padre. Se destaca el enraizamiento de estas creencias mencionadas.

Asimismo, tiene pensamientos automáticos tales como: Sobre generalización, visión catastrófica, debería e interpretación de pensamiento, los cuales le generan sufrimiento emocional, estos pensamientos distorsionados se evidencian cuando tiene miedo a equivocarse, cree que se va a olvidar el tema en una exposición, cree que se burlarán de él, sintiendo que no sabe desenvolverse bien y teniendo miedo de que los demás se den cuenta.

Por otra parte, presenta características de personalidad introvertida, es decir, se muestra retraído socialmente, reservado, prefiriendo la actividad intelectual que de la práctica. En ocasiones tiende a querer relacionarse con sus pares; sin embargo, esto no es llevado a cabo debido a sus esquemas cognitivos, lo cual genera en él síntomas ansiógenos. Usualmente tiende a sentirse inseguro e hipersensible, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, emitiendo conductas de evitación, por ejemplo, a alejarse cada vez

que sus amigos se relacionaban con una persona del sexo opuesto o cuando no participaba en clase a pesar de saber la respuesta.

Su nivel de ansiedad tiende a elevarse debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo que lo hace sensible al estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad y sus síntomas.

### **Conclusiones**

El examinado presenta las siguientes creencias irracionales:

- “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”, “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles. “Las personas y las cosas deberían ser como yo quiero”, “Yo soy infeliz por culpa de los demás” y “Lo que me pasó, nunca se borrará”.

El evaluado presenta los siguientes pensamientos distorsionados:

- Sobre generalización, Visión catastrófica, Debería e Interpretación de pensamiento.
- Características de personalidad introvertida
- Tendencia al neuroticismo con sistema nervioso central lábil.

### **Recomendaciones**

Es preciso tener en cuenta lo siguiente:

- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en competencias personales – sociales
- Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)

22 de mayo del 2020

---

Freddy Laredo Cano

CPP 25357

## 2.6. Intervención

### 2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Sesión	Objetivo	Fechas	Técnica
1	Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas de “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar de mí”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”, “Siempre seré un incompetente”, “las cosas nunca van a cambiar”, “no puedo soportar que me critiquen”	3/06/2020	- Psicoeducación - Psicoeducación sobre la TREC - Reestructuración cognitiva
2	Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas de “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar de mí”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”.	10/06/2020	- Reestructuración cognitiva
3	Reestructurar las cogniciones	17/06/2020	- Reestructuración cognitiva

- 
- anticipatorias y catastróficas
- 4 Reducir los niveles de ansiedad 24/06/2022 - Respiración profunda y diafragmática  
cuando va a exponer ante un grupo de personas en la universidad o cuando va a iniciar una conversación con una chica que recién conoce.
  - 5 Reducir los niveles de ansiedad 1/07/2020 - Técnica del Termómetro del miedo  
cuando va a exponer ante un grupo de personas en la universidad.
  - 6 Aplicar las técnicas conductuales 8/07/2020 - Entrenamiento en autoinstrucciones  
ante situaciones expositivas frente a sus compañeros en el salón de clases de la universidad. - Exposición en imaginación  
- exposición en vivo
  - 7 Entrenar mediante el cambio de 15/07/2020 - Juego de roles  
roles en situaciones como: responder preguntas de conocimiento realizadas por el docente.
  - 8 Entrenar mediante el cambio de 22/07/2020 - Juego de roles  
roles en situaciones como: Solicitar lo que necesita, de manera asertiva, a una figura autoridad

- 
- 9** Entrenar habilidades asertivas en 29/07/2020 - Exposición en imaginación  
situaciones de permanecer y - exposición en vivo  
participar en la conversación con  
sus amigos cuando una compañera  
se acerca al grupo.
- 10** Entrenar habilidades asertivas en 05/08/2020 - Exposición en imaginación  
situaciones de permanecer y - exposición en vivo  
participar en la conversación con  
sus amigos cuando una compañera  
se acerca al grupo.
- 11** Consolidar las racionales 12/08/2022 - Técnica de Reestructuración  
mediante el ABC activadas o cognitiva ABCDE  
desencadenadas en las situaciones  
de entablar una conversación con  
una persona del sexo opuesto.
- .
- 12** Consolidar las racionales 19/08/2020 - Técnica de Reestructuración  
mediante el ABC activadas o cognitiva ABCDE  
desencadenadas en las situaciones  
de entablar una conversación con  
una persona del sexo opuesto.
- 13** Identificar la consolidación y 26/08/2020 Entrevista  
aplicación de las diversas técnicas

---

desarrolladas en sesiones previas

ante situaciones amenazantes.

(seguimiento-I)

**14** Identificar la consolidación y 02/09/2020 Entrevista

aplicación de las diversas técnicas

desarrolladas en sesiones previas

ante situaciones amenazantes.

(seguimiento-II)

### **2.6.2. Programa de intervención**

Para lograr el objetivo 01. Relativo a Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas de “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”, se trabajó principalmente a través de la reestructuración cognitiva, realizando los siguientes pasos:

**Paso 1: Técnica: Psicoeducación.** Se definieron los conceptos: pensamiento, emoción y conducta, además de que son creencias irracionales, pensamientos anticipatorios y catastróficos. Asimismo, se expuso información básica acerca de la fobia social, origen, causas, principales consecuencias negativas y técnicas con las que se aborda el problema de ansiedad.

**Paso 2: Técnica: Psicoeducación sobre la TREC.** Se explicó al evaluado sobre TREC, la importancia de la TREC y del cambio de la emoción y conducta a través del pensamiento, ayudando a entender al paciente la conexión ABC, asimismo se hace comprender las consecuencias que traen las creencias irracionales y como se lleva a cabo el cambio de nuestros esquemas a través de la reestructuración.

**Paso 3: Técnica: Reestructuración cognitiva.** Se le explica el ABC y se realiza el debate D y E

**Tabla 6**

*Registro ABCDE*

A	B	C	D	E
		Ansiedad (8)	Debatir:	Yo no tengo
Se	Piensa:	miedo (8) y	¿Qué pruebas	pruebas de que
encuentra	“me voy a equivocarme”	respuestas ansiógenas.	tienes para estar seguro de lo que	me sucederá lo que pienso.
exponiendo un tema	“me voy a olvidar”	No explicar todo el tema con el fin de terminar rápido de exponer.	dices? ¿Crees que la gente no se equivoca - olvida? ¿Crees que toda persona en este mundo expone “bien”?	Es parte del ser humano equivocarse. La solución no es huir. Ansiedad (5) miedo (5)
			¿Qué es lo peor que pasaría si te equivocas - olvidas?	
			¿Estás seguro de que la mejor solución es evitar	

---

				estar en este tipo de situaciones?		
Se encuentra exponie ndo un tema	<i>“todos me están mirando”</i>	Ansiedad (8) y miedo (8) y respuestas ansiógenas. No explicar todo el tema con el fin de terminar rápido de exponer.	(8)	¿Qué significa que todos lo estén mirando? ¿Está seguro de que si lo miran, la única razón es porque lo está haciendo mal (exposición)? ¿Podría haber otras alternativas?	No tengo pruebas de lo que pienso. Existen numerosas razones por las que me estén mirando. Ansiedad (5) miedo (5)	
El profesor realiza preguntas as en clase.	<i>“si me equivoco, seguro se van a burlar de mí”</i>	Ansiedad (8) y miedo (9), Frustración (10) y respuestas ansiógenas. Evita responder a las preguntas del profesor.	(8)	¿Tienes pruebas de que todos se van a burlar? ¿Tienes pruebas de que no podrás dar una respuesta correcta? ¿Crees que nadie se equivoca? Entonces, tus compañeros de clase, ¿jamás se han equivocado?	No tengo pruebas de lo que pienso. Todos nosotros podemos equivocarnos. Ansiedad (6) miedo (6)	

---



él está sé			¿Es imprescindible	imprescindible
junto a <i>desenvolverm</i>	Opta	por	desenvolverse	<i>desenvolverm</i>
su <i>e bien</i> ".	alejarse.		bien?	e bien.
grupo			¿Qué es lo peor que	La solución no
de			podría suceder?	es huir.
amigos.			¿Estás seguro de	Ansiedad (5)
			que la mejor	Vergüenza (5)
			solución es evitar	
			estar en este tipo de	
			situaciones?	
Una	Piensa:	Ansiedad (9),	Para ti ¿Qué es un	No estoy 100
vecina	<i>"pensará que</i>	Vergüenza	tonto?	% seguro de lo
intenta	<i>soy un tonto</i> "	(10) y	¿Estas 100%	que pienso.
iniciar		respuestas	seguro que eso es lo	Cada persona
una		ansiógenas.	que pensará de ti?	tiene
convers			Todos no tenemos	diferentes
ación		Finge recibir	todas las habilidades y	
con él		una llamada	habilidades que eso no nos	
		de su madre y	quisiéramos. ¿Eso	hace tontos.
		tener que irse	nos hace tontos?	Ansiedad (6)
		a su	Entonces, ¿todos	Vergüenza (6)
		encuentro.	somos tontos?	

Para lograr los siguientes objetivos específicos. Relacionados con la ansiedad y evitación de conductas motoras, tales como: Exponer frente a sus compañeros todo lo estudiado, participar en clase, respondiendo lo que sabe cada vez que el profesor pregunte, solicitar de manera asertiva a una autoridad, lo que necesita, quedarse y participar asertivamente de la conversación con sus amigos cuando una chica se acerca al grupo y entablar una conversación con una persona del sexo opuesto, se trabajó con los siguientes pasos:

**Paso 4: Respiración profunda y diafragmática.** Se enseñó al evaluado a respirar adecuada y profundamente. Se explicó el papel que juega la hiperventilación en la aparición de los síntomas intensos de ansiedad. Con el objetivo que entendiese mejor la explicación se realizó un ensayo conductual y luego se dejó como actividad practicar en casa y hacer un registro de ello.

**Paso 5: Técnica del Termómetro del miedo.** Se realizó una lista de todas situaciones temidas, luego para lo cual se explicó o el uso del termómetro de miedo con la finalidad de que pudiera ordenarlas de menor a mayor según el grado de ansiedad.

### Tabla 7

#### *Lista de situaciones temidas*

Situaciones temidas	SUD
Caminar por la calle y saludar a sus vecinos	30
Entrar al aula y saludar a sus compañeros	35
Saludar a alguna autoridad	40
Hacer trabajos grupales con nuevos compañeros	45
Realizar actividades sociales con compañeros de su salón.	50

Entablar una conversación con un compañero varón de su clase.	55
Acercarse al profesor y preguntarle sobre algún tema.	60
Juntarse a la hora de receso con sus dos amigos y alguna compañera más.	65
Delante de sus amigos y compañera, iniciar un tema de conversación.	70
Exponer un comunicado frente a sus compañeros de clase	75
Responder ante la pregunta de un profesor en clases.	80
Exponer por 20 minutos frente a sus compañeros de aula	85
Exponer un tema frente a personas desconocidas.	90
Iniciar una conversación con una chica	95
Invitar a salir a una chica	98
Mantener una conversación durante al menos 30 minutos con una chica.	99
Acercarse al Decano e iniciar una conversación.	100

---

**Paso 6: Técnica: Entrenamiento en auto instrucciones.** Con la psicoeducación antes dada respecto al ABC el evaluado tomó conocimiento sobre qué son los pensamientos negativos lo que le genera las emociones intensas y conductas en su caso evitativas. Por ello, es que se le explicó la importancia de cambiar sus propias verbalizaciones negativas por otras más adecuadas, permitiéndole así poder enfrentarse con menos ansiedad a las situaciones temidas. Para ello se requirió: Elaboración de una lista de pensamientos de afrontamientos elaborados por el evaluado en conjunto con el terapeuta

**Paso 7: Técnica: Psicoeducación.** Se define los conceptos de habilidades sociales, asertividad y autoestima.

Habilidades sociales. Conductas aprendidas de forma natural, asimismo, pueden ser enseñadas, que se manifiestan en situaciones interpersonales.

Asertividad. Habilidad social que consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás. Es decir, manifestar lo que uno piensa de manera adecuada, clara, precisa y tranquila.

Autoestima. Es la valoración, percepción o juicio positivo o negativo que una persona hace de sí misma en función de diversos y diferentes factores

**Paso 8: Técnica: Exposición en imaginación.** Se le pidió al evaluado que se centrara en la narración de las escenas (situaciones temidas de la lista) intentado imaginárselas con detalle y lo más real que pueda. Para ello se requiere:

- Emplear la técnica de respiración, antes aprendido.
- Se utilizó la lista elaborada, empezando por la situación que le genera menor grado de ansiedad.
- Al finalizar cada sesión, se realizó la retroalimentación de lo trabajado en sesión, además se dejó como tarea practicarlos en casa.

**Paso 9: Técnica: exposición en vivo.** Conforme el evaluado iba superando cada ítem de la lista a través de la técnica de exposición en imaginación, se le propuso comenzar a enfrentarse gradualmente a tales situaciones en vivo.

**Paso 10: Técnica: Juego de roles.** Mediante la representación de roles se ejercitaron las habilidades sociales del evaluado, realizando supuestas conversaciones con amigos del trabajo con la ayuda de algún amigo o amiga cercano y con el terapeuta. Se plantearon diversas situaciones en las que se proporcionaron alternativas de conversación y exposición.

## **2.7. Procedimiento**

El proceso terapéutico se llevó a cabo en 14 semanas, las sesiones se realizaron con frecuencia semanal, con una duración de 50 a 60 minutos cada sesión, donde se incluyen los procesos de evaluación, intervención y seguimiento. Para lograr los objetivos propuestos se utilizaron diversas técnicas cognitivo – conductuales. Dentro de las primeras sesiones se realizó la entrevista inicial, con el objetivo de conocer los datos de filiación, el motivo de consulta, identificar la problemática y antecedentes, además de establecer la alianza terapéutica. Asimismo, se llevó a cabo, la recopilación de información por medio de la historia cognitiva conductual y la aplicación de las evaluaciones psicológicas. Se elaboró la línea base de las conductas, a fin de elaborar los objetivos terapéuticos que guiaron el plan de tratamiento. Luego se realizaron las sesiones en las cuales se aplicaron técnicas cognitivas conductuales con la finalidad de conseguir los objetivos establecidos. Estas técnicas fueron Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Respiración profunda y diafragmática, Técnica del Termómetro del miedo, Entrenamiento en auto instrucciones, Exposición en imaginación, exposición en vivo y Juego de roles. Finalmente, se realizó dos sesiones de seguimiento a fin de evaluar la efectividad del programa propiamente dicho.

## **2.8. Consideraciones éticas**

Se solicitó al evaluado la debida autorización para el uso de la información obtenida durante el proceso de evaluación y tratamiento, explicándole que no tendrá ningún inconveniente ya que los datos personales y toda la información que pueda develar su identidad se mantendrán en reserva y en el más estricto anonimato. Así como también, se especificó que no habrá ningún interés económico. Resaltándose que la aceptación de esta participación voluntaria será de gran contribución para estudios posteriores en la comunidad académica.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Análisis de resultados

El presente programa cognitivo conductual con un diseño A-B, el cual incluyó una evaluación de entrada, una intervención a través de técnicas conductuales y una etapa de seguimiento para verificar el cumplimiento de los objetivos.

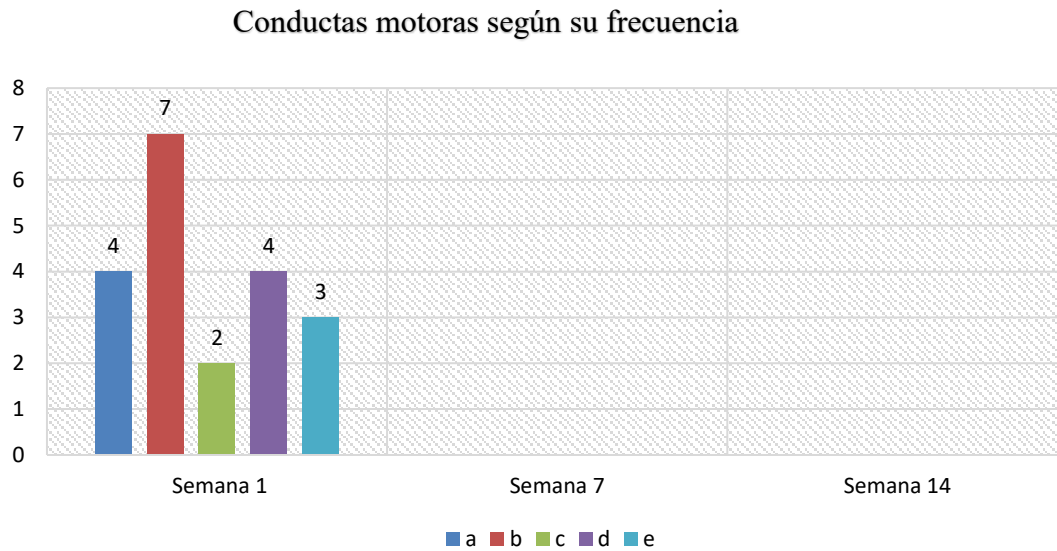
**Tabla 8**

*Registro de línea base de las conductas motoras – Línea Base (Fase A)*

Conductas motoras	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	S	D	Total
a) No exponer todo lo que estudió con tal de acabar.	I		I	I	I			4
b) Evitar participar en clase a pesar de saber la respuesta.	II	II	I	I	I			7
c) Bajar la mirada y no solicitar lo que necesita al decano.		I			I			2
d) Alejarse de su grupo de amigos cuando una persona del sexo opuesto se les acercaba.	I	I	I	I				4
e) Fingir una llamada para retirarse alegando que su madre lo llama.					I	I	I	3

**Figura 1**

Registro de las conductas motoras – Línea base A

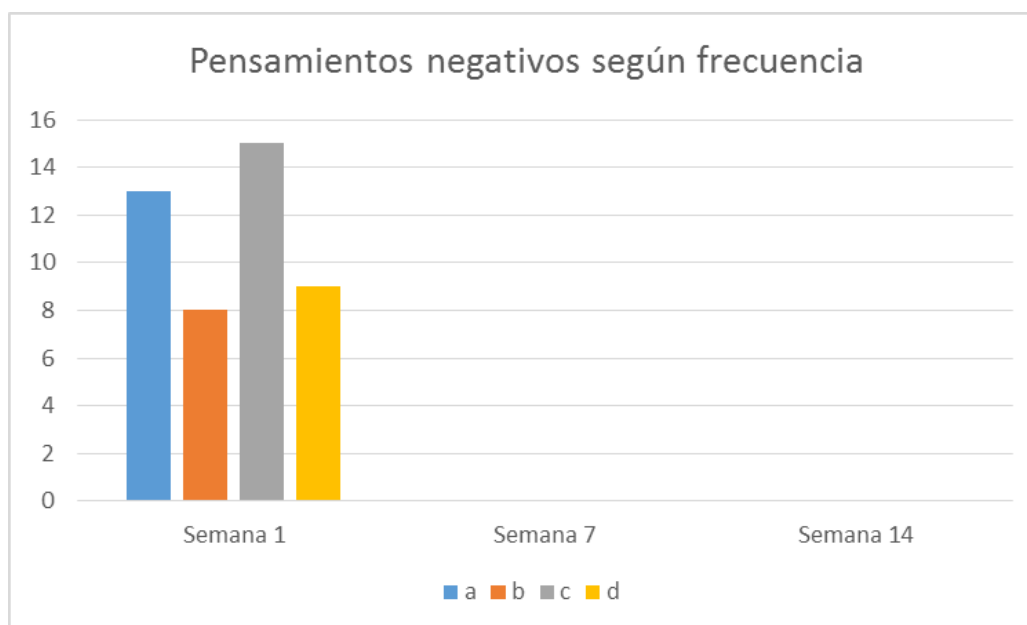
**Tabla 9**

Registro línea base de los pensamientos negativos – (Fase A)

Conductas cognitivas	Semana 1	Semana 7	Semana 14
a) Pensar: “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, todos me están mirando”	13		
b) Pensar: “y si me equivoco”, “seguro se van a burlar de mí”.	8		
c) Pensar: “qué vergüenza, se va a dar cuenta que no sé desenvolverse bien”	15		
d) Pensar: “pensará que soy un tonto”	9		

**Figura 2**

Registro de los pensamientos negativos – Línea base A

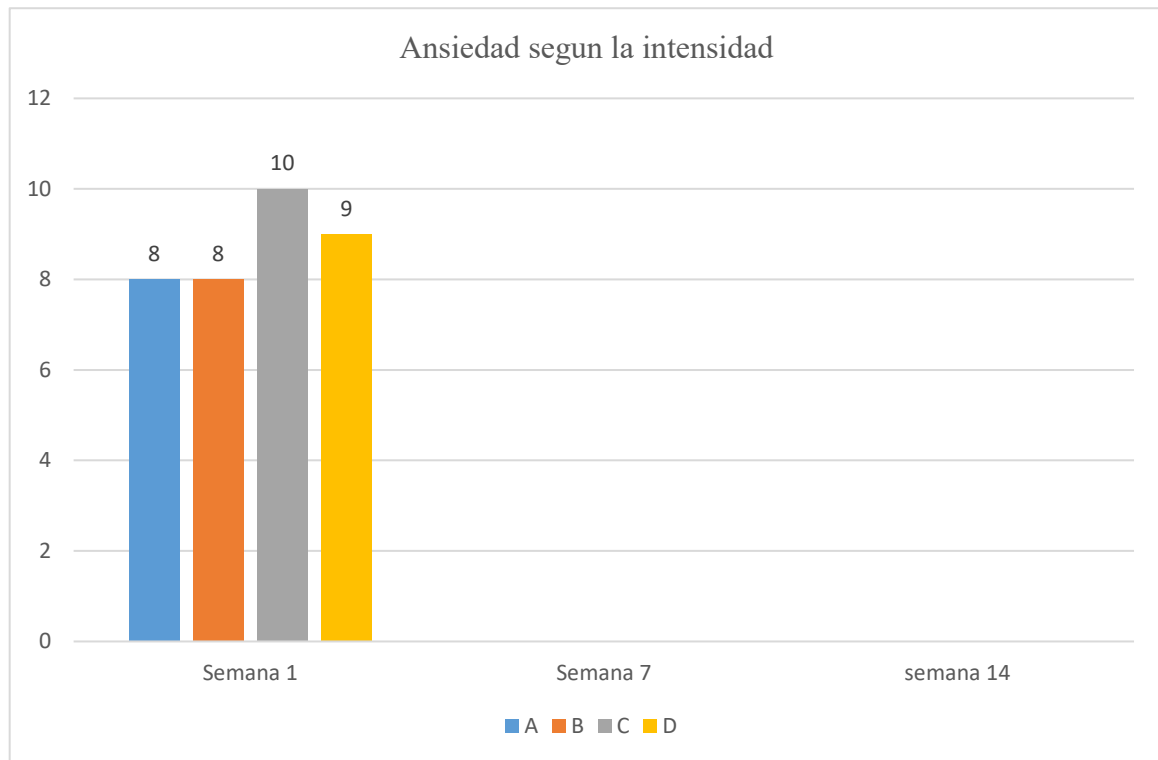
**Tabla 10**

Registro línea base (A) de la intensidad de la ansiedad que genera los pensamientos negativos

	Pensamientos negativos	SUD
A	Ansiedad al pensar: “ <i>me voy a equivocar</i> ”, “ <i>me voy a olvidar</i> ”, “ <i>todos me están mirando</i> ”	8
B	Ansiedad al pensar: “ <i>y si me equivoco</i> ”, “ <i>seguro se van a burlar de mí</i> ”	8
C	Ansiedad al pensar: “ <i>qué vergüenza, Se va a dar cuenta que no sé desenvolverse bien</i> ”	10
D	Ansiedad al pensar: “ <i>pensará que soy un tonto</i> ”	9

**Figura 3**

*Registro de la intensidad de la ansiedad – Línea base A*



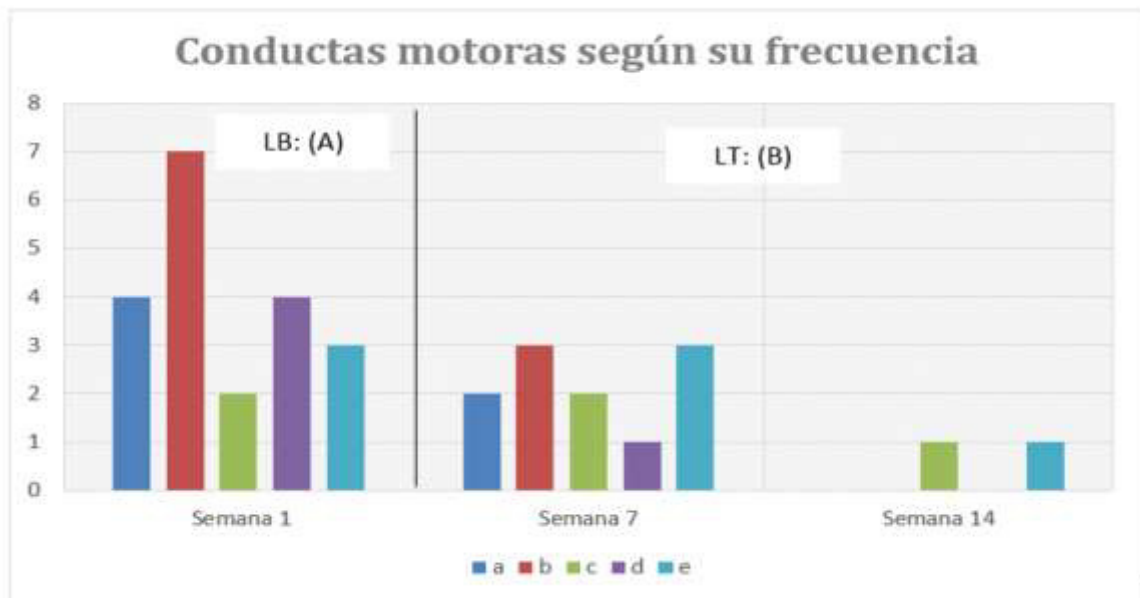
A continuación, se presentan los resultados obtenidos después de las 14 semanas de intervención y de haber aplicado las técnicas cognitivo-conductuales. Podemos informar que el interés que puso el paciente, así como la familia, sobre todo la mamá, contribuyó al logro de los objetivos propuestos, aunque no en todos los casos se llegó a disminuir la conducta a cero. A medida que el paciente vaya haciendo frente a las adversidades su conducta se irá fortaleciendo y podrá sentirse cada vez más seguro al momento de tomar decisiones, lo que lo ayudará a seguir mejorando.

**Tabla 11***Registro de frecuencia de las conductas problema. Fases A y B*

	Línea base	Línea de Tratamiento	
	(A)	(B)	(B)
Conductas motoras	Semana 1	Semana 7	Semana 14
a) No exponer todo lo que estudió con tal de acabar.	4	2	0
b) Evitar participar en clase a pesar de saber la respuesta.	7	3	0
c) Bajar la mirada y no solicitar lo que necesita al decano.	2	2	1
d) Alejarse de su grupo de amigos cuando una persona del sexo opuesto se les acercaba.	4	1	0
e) Fingir una llamada para retirarse alegando que su madre lo llama.	3	3	1

**Figura 4**

*Frecuencia de las conductas problema. Fases A y B*

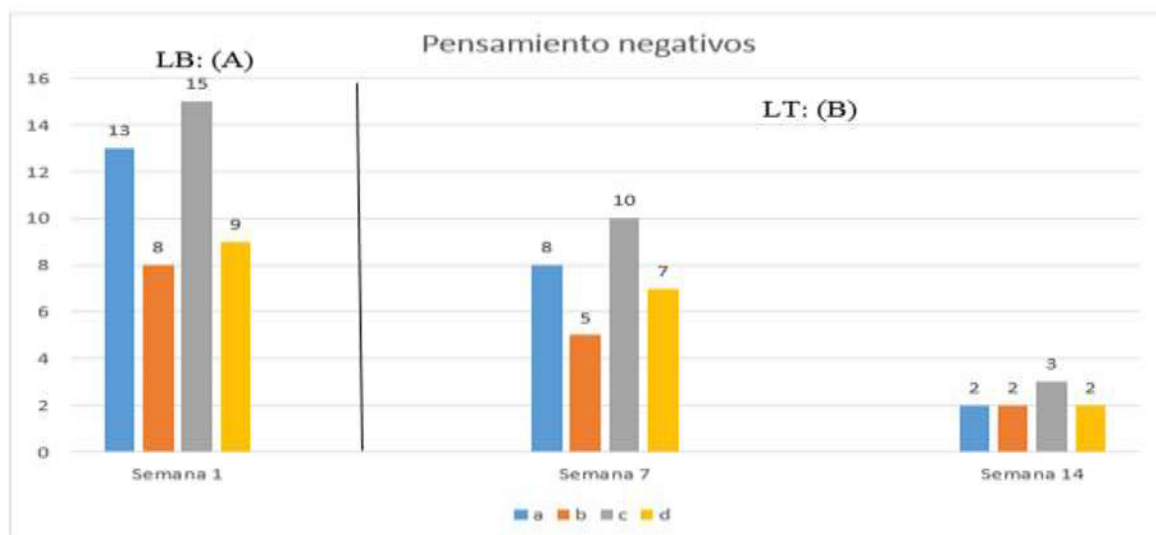
**Tabla 12**

*Registro de la frecuencia de los pensamientos negativos. Fases A y B*

	Línea base		Línea de tratamiento	
	(A)		(B)	
Conductas cognitivas	Semana 1	Semana 7	Semana 14	
a) Pensar: “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, todos me están mirando”	13	8	2	
b) Pensar: “y si me equivoco”, “seguro se van a burlar de mi”.	8	5	2	
c) Pensar: “qué vergüenza, Se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien”	15	10	3	
d) Pensar: “pensará que soy un tonto”	9	7	2	

**Figura 5**

*Frecuencia de los pensamientos negativos. Fases A y B*

**Tabla 13**

*Registro de la intensidad de la ansiedad que genera los pensamientos negativos. Fases A y B*

	Línea base (A)	Línea de Tratamiento (B)	
	Semana 1	Semana 7	
	Semana 1	Semana 7	Semana 14
Conductas cognitivas			
a) Ansiedad al pensar: “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, todos me están mirando”	8	6	5
b) Ansiedad al pensar: “y si me equivoco”, “seguro se van a burlar”.	8	6	5
c) Ansiedad al pensar: “qué vergüenza, Se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien”	10	8	6



cuando va iniciar una conversación con una chica que recién conoce, asimismo, participe en la clase, a su vez, hacer peticiones ante una figura de autoridad, quedarse y participar asertivamente de la conversación con sus amigos cuando una compañera se acerque al grupo y entablar una conversación con una persona del sexo opuesto. Los resultados alcanzados en este trabajo coinciden con los de Jordan (2017) quien realizó una investigación con el objetivo de aplicar la Terapia Racional Emotiva a una mujer peruana de 26 años con fobia social. En los resultados, se evidenció mediante una comparación de pretest y posttest que el programa de intervención cognitivo conductual fue eficaz. Por otro lado, Vega (2017) elaboró un estudio de caso con el objetivo de aplicar un tratamiento cognitivo a una mujer de 24 años con trastorno de ansiedad generalizada, los resultados evidenciaron un aumento en la funcionalidad de la paciente y una disminución significativa de los síntomas de la ansiedad generalizada. Asimismo, Acosta (2018) presentó un trabajo con la finalidad de analizar un caso clínico de una joven de 21 años con diagnóstico de fobia social, según los resultados, se pudo concluir la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento y seguimiento de dicho caso.

Con los resultados de este programa de tratamiento se está evidenciando la eficacia de la terapia cognitiva conductual a un caso de fobia social, pues como señalan Luterek et al. (2003), la terapia cognitivo conductual es de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio. Asimismo, la relación entre el paciente y el terapeuta es cercana, debido a que el especialista orienta a sus pacientes en el entrenamiento de nuevas habilidades sociales, el cual logra fomentando nuevas maneras de abordar y experimentar las situaciones que le producen ansiedad. Para ello, se han debido de modificar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones conductuales de evitación o de seguridad, solo así el paciente podrá emplear las habilidades que fueron aprendidas y practicadas en la terapia a las situaciones sociales antes temidas.

### 3.3. Seguimiento

Cuatro semanas después de finalizada la intervención se entrevistó con el paciente, para hacer el seguimiento, habiendo encontrado que las conductas motoras habían disminuido a cero, las mismas que se pueden observar en la Tabla 14, donde la conducta de evitación que más se presentaba era evitar participar en clase a pesar de saber la respuesta. En general, todos los momentos que le generaban ansiedad se fueron superando de manera paulatina, principalmente con el esfuerzo del paciente. Sin embargo, en las conductas cognitivas, si bien ha habido un buen avance, no se ha llegado a cero en cada una de ellas; aún se mantiene el sentirse observado cuando interviene porque en ese aspecto aún se presenta inseguridad. Las demás conductas cognitivas que le generan malestar aún se siguen presentando algunas de ellas; tal como se puede observar en las Tablas 15 y 16. De todas maneras, el resultado ha sido favorable.

**Tabla 14**

*Registro de frecuencia de las conductas problema. Fases A-B y Seguimiento*

	<b>Línea base</b>	<b>Línea de Tratamiento</b>	<b>Seguimiento</b>	
	<b>(A)</b>	<b>(B)</b>		
	Semana	Semana	Semana	Semana 18
Conductas motoras	1	7	14	
a) No exponer todo lo que estudió con tal de acabar.	4	2	0	0
b) Evitar participar en clase a pesar de saber la respuesta.	7	3	0	0
c) Bajar la mirada y no solicitar lo que necesita al	2	2	1	0

decano.

d) Alejarse de su grupo

de amigos cuando una persona

del sexo opuesto se les

acercaba.

e) Fingir una llamada

para retirarse alegando que su

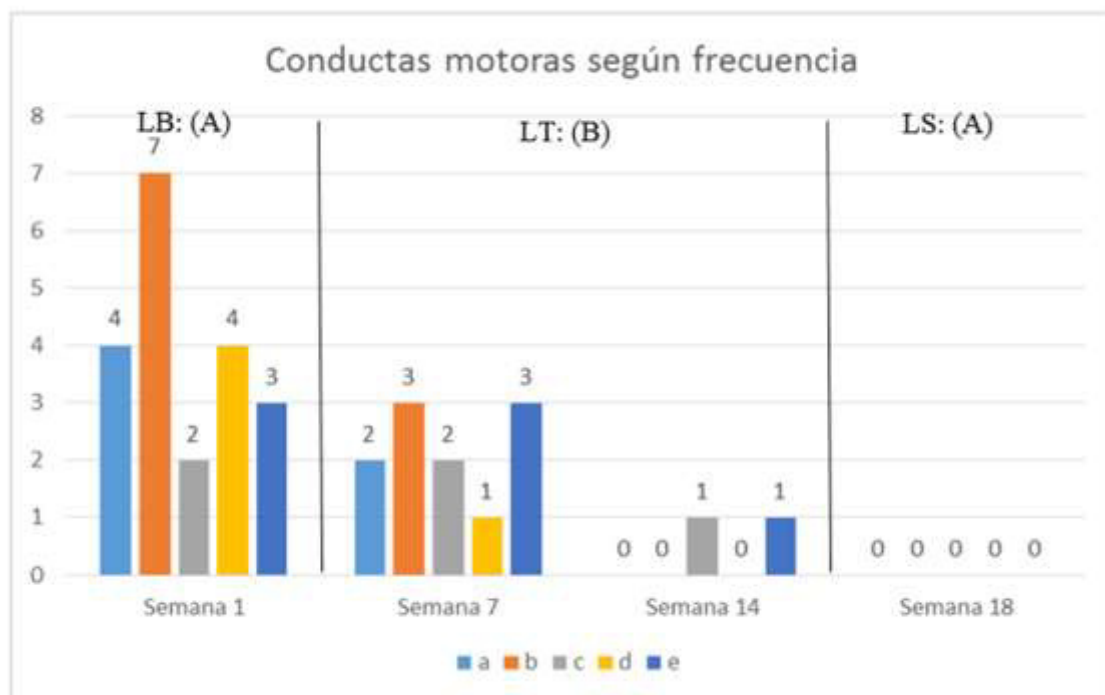
madre lo llama.

4 1 0 0

3 3 1 0

**Figura 7**

*Frecuencia de las conductas problema. Fases A-B y Seguimiento*

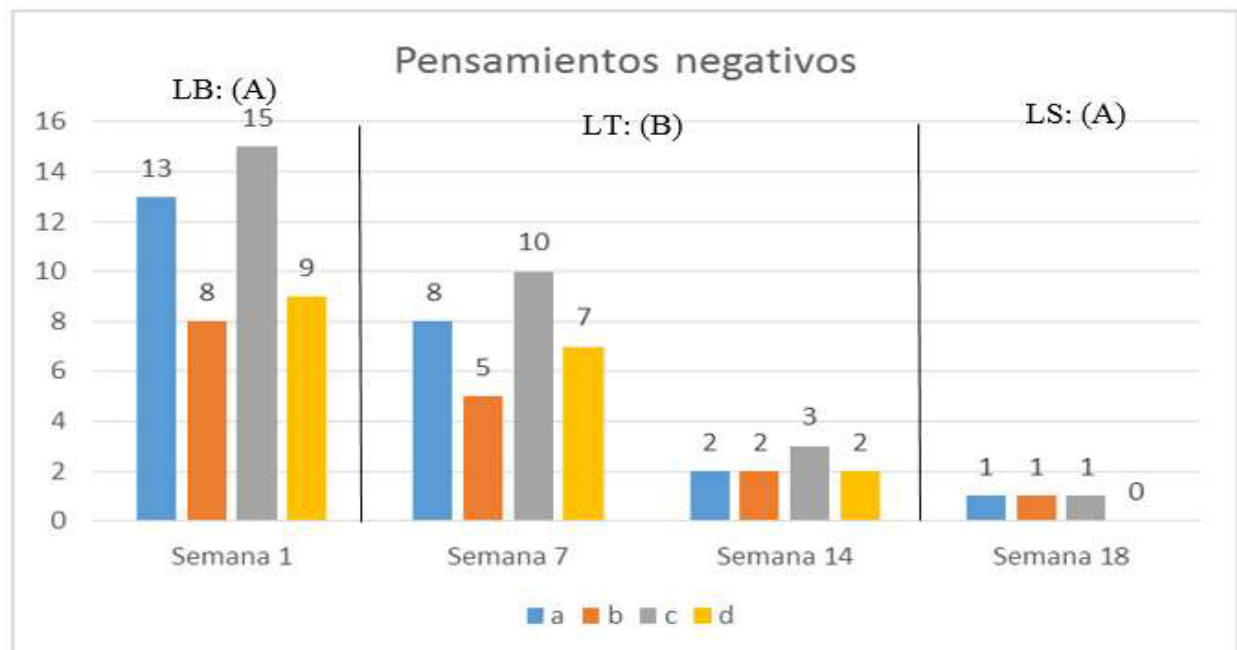


**Tabla 15***Registro de frecuencia de los pensamientos negativos. Fases A-B y Seguimiento*

	Línea base (A)	Línea de tratamiento (B)		Seguimiento
	Semana	Semana	Semana	Semana 18
Conductas cognitivas	1	7	14	
a) Pensar: “ <i>me voy a equivocar</i> ”, “ <i>me voy a olvidar</i> ”, <i>todos me están mirando</i> ”	13	8	2	1
b) Pensar: “ <i>y si me equivoco</i> ”, “ <i>seguro se van a burlar de mi</i> ”.	8	5	2	1
c) Pensar: “ <i>qué vergüenza, Se va a dar cuenta que no sé desenvolverme bien</i> ”	15	10	3	1
d) Pensar: “ <i>pensará que soy un tonto</i> ”	9	7	2	0

**Figura 8**

*Frecuencia de los pensamientos negativos. Fases A-B y Seguimiento*

**Tabla 16**

*Registro de la intensidad de la ansiedad que genera los pensamientos negativos. Fases A-B y Seguimiento*

	Línea base (A)	Línea de Tratamiento (B)	Seguimiento	
	Semana 1	Semana 7	Semana 18	
Conductas cognitivas	1	7	14	
a) Ansiedad al pensar: “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, todos me están mirando”	8	6	5	4
b) Ansiedad al pensar: “y si me equivoco”, “seguro se van a burlar”.	8	6	5	4

c) Ansiedad al pensar: “qué

vergüenza, Se va a dar cuenta que no sé 10

8

6

4

desenvolverme bien”

d) Ansiedad al pensar: “pensará

9

8

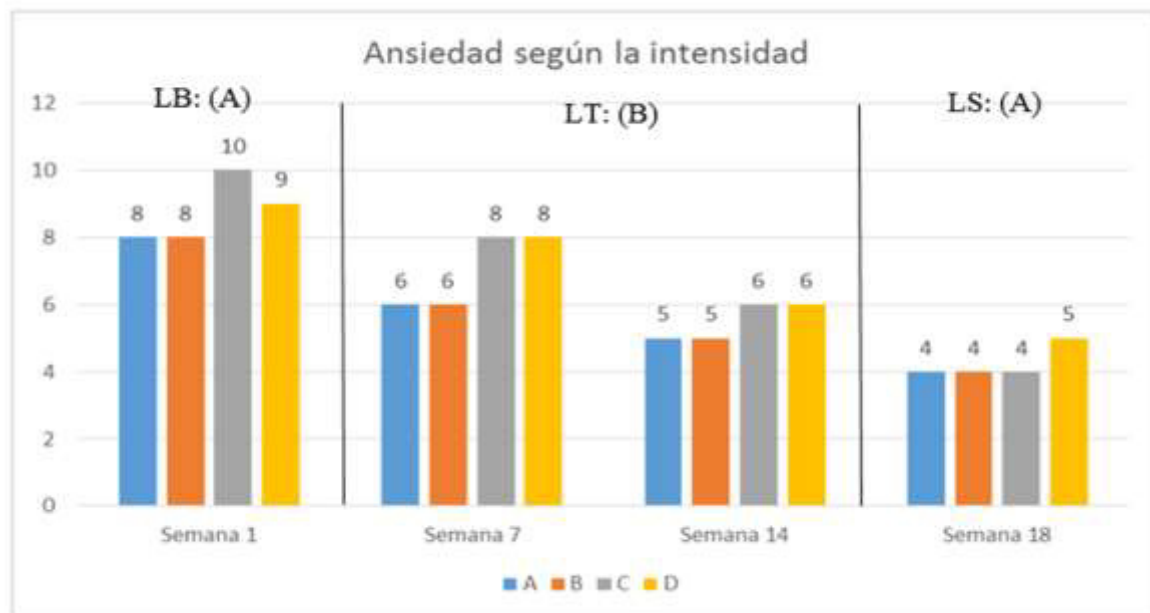
6

5

que soy un tonto”

### Figura 9

*Intensidad de la ansiedad que genera los pensamientos negativos. Fases A-B y Seguimiento*



#### IV. CONCLUSIONES

4.1 El programa de intervención cognitiva conductual para el caso de fobia social ha sido efectivo en la reestructuración de las cogniciones anticipatorias y catastróficas.

4.2 El programa de intervención cognitiva conductual para el caso de fobia social ha sido efectivo en la reducción de los niveles de ansiedad ante la exposición académica.

4.3 El programa de intervención cognitiva conductual para el caso de fobia social ha sido efectivo para desarrollar habilidades sociales y para participar activamente a nivel académico.

4.4 El programa de intervención cognitiva conductual para el caso de fobia social ha sido efectivo para desarrollar habilidades asertivas.

4.5 El programa de intervención cognitiva conductual para el caso de fobia social ha sido efectivo para disminuir las conductas de evitación ante situaciones sociales nuevas.

## **V. RECOMENDACIONES**

5.1 Ampliar las sesiones de evaluación centradas en habilidades sociales.

5.2 Profundizar una entrevista a los familiares acerca de su funcionalidad y actividades de la vida diaria.

5.3 Ampliar las sesiones de intervención cognitiva conductual en forma individual, a fin de fortalecer las habilidades en la detención y modificación de las creencias irracionales.

5.4 Implementar sesiones de intervención cognitiva conductual en forma grupal, a fin de que el paciente logre adoptar una mayor funcionalidad en referencia a su casuística.

5.5 Se recomienda realizar seguimientos más prolongados al paciente, con el fin de conocer el mantenimiento de habilidades de afrontamiento ante situaciones temidas.

## VI. REFERENCIAS

- Acosta, R. (2018). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social*. [Tesis de Pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP.  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4203/ACOSTA\\_HR.pdf](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4203/ACOSTA_HR.pdf)
- Alcalaico, M. (2012). Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 5(1), 61–68.  
<https://doi.org/10.17162/rccs.v5i1.179>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Médica Panamericana.
- Bados, A. (2005). *Fobias específicas*. Universidad de Barcelona.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/360/1/113.pdf>
- Bados, A. (2009). *Fobia Social: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona.  
<https://www.trastornoevitacion.com/images/pdf/FOBIA%20SOCIAL%20-%20naturaleza-evaluacion-y-tratamiento-Arturo%20Bados.pdf>
- Bados, A., & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona.

Baños, R. M., et al. (2003). ¿Qué es la fobia social? En C.

Baños, R. M., Botella, C., & Perpiñá, C. (2003). ¿Qué es la fobia social? En C. Botella, R. M. Baños & C. Perpiñá (Comps.), *Fobia social: avances en psicopatología, evaluación y tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 15-35). Paidós.

Barlow, D. H. (2018). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press.

Barnhill, J. (2023). Trastorno de ansiedad social. *MSD Manual*.  
<https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-social3>

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología, Volumen I*. McGraw-Hill.

Caballo, V. E. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.

Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Siglo XXI.

- Caballo, V. E., et al. (2022). Aplicación internacional del programa “Intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS): II eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Behavioral psychology / psicología conductual*, 30(1), 19-49.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Descleé de Brouwer.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Flores, R. (2021). *Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo*. [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS.  
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/8303>
- González-Domenech et al. (2021). Epidemiología de la fobia social en Andalucía. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 30(40). <https://digibug.ugr.es/handle/10481/71822>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, replicación 2012: Informe General. *Anales de salud mental*. 29(1).

- Jordan, A. (2017). *Estudio de caso clínico: Terapia racional emotiva en un caso de fobia social*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan\\_ra.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan_ra.pdf)
- Kerlinger, F.N. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. Nueva Editorial Interamericana.
- Llinás, R. (2020). *Caso de una paciente femenina de 19 años con trastorno de estrés postraumático con morbilidad de fobia social*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UNINORTE. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/9050#page=1>
- López, S. (2017). *Estudio de caso clínico: evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2948>
- Lozada, J. (2014). Investigación aplicada. Definición, propiedad intelectual e industria. *CienciAmérica*, 3(1), 47-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>

- Luterek, J., Eng, W., & Heimberg, R. (2003). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581. <https://storage.imrpress.com/journal/BP/11/3/pii/20031103563/pdf/c63d44d6287f2d2d492bbcf5563fa685.pdf>
- Marín-Ramírez, A. H., Martínez-Díaz, G. J., & Ávila-Avilés, J. M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomedic*. 26(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58187>
- Martínez, A. (2018). *Intervención en un caso de fobia social a hablar en público*. [Trabajo de fin de máster, Universidad de Jaén]. Repositorio Institucional UJAEN. <https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/14060/1/Trabajo%20de%20fin%20de%20master%20Alejandro%20Martnez%20Zambudio%20formato%20PDF.pdf>
- Montero, M. (2018). *Evaluación e Intervención Psicológica en un caso de Ansiedad Social* [Tesis de maestría, Universidad de Jaén, España]. Repositorio Institucional UJAEN. <https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/14062/1/TFM%20MCristina%20Montero%20Fernandez.pdf>
- Morales, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Griot*, 4(1), 35-48. <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1870>

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Méditor.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10)*. Médica Panamericana.

Ortega, J. A., & Climent, A. M. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177-214.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>

Paz, C. (2009). *Tres perspectivas diferentes, un solo caso: La fobia social entendida a través del modelo médico-psiquiátrico, el modelo cognitivo-conductual y el modelo constructivista*. [Tesis de Pregrado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional USFQ. <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/948>

Pérez, M. A., & Redondo M. M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*, 1(1), 115-138.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/259841.pdf>

Rodríguez, J., & S. Aguilar-Gaxiola. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América latina y el caribe*. Organización Panamericana de la Salud.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>

- Ruiz, A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclee De Browser.
- Salazar, I. (2021). Aplicación internacional del programa “intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS): II. Eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(1),19-49.  
[https://www.researchgate.net/publication/360012787\\_Aplicacion\\_internacional\\_del\\_programa\\_Intervencion\\_multidimensional\\_para\\_la\\_ansiedad\\_social\\_IMAS\\_II\\_Eficacia\\_del\\_tratamiento\\_para\\_problemas\\_relacionados\\_con\\_la\\_ansiedad\\_social](https://www.researchgate.net/publication/360012787_Aplicacion_internacional_del_programa_Intervencion_multidimensional_para_la_ansiedad_social_IMAS_II_Eficacia_del_tratamiento_para_problemas_relacionados_con_la_ansiedad_social).
- Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 10(2), 131- 156  
<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06>
- Vega, J. F. (2017). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/5873>
- Vera-Villarroel, P., Valenzuela, P., Abarca, O., & Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: Un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 121-131.  
<https://www.redalyc.org/pdf/798/79880107.pdf>

World Health Organization. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-11)*

[https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25125w/ICD11\\_MMS-es-06.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25125w/ICD11_MMS-es-06.pdf)

## VII. ANEXOS

### a. ANEXO A: Plan de Intervención ante un caso de fobia social

#### SESION 01:

**OBJETIVO DE SESION:** Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas de “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar de mí”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”, “Siempre seré un incompetente”, “las cosas nunca van a cambiar”, “no puedo soportar que me critiquen”

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Construyendo Rapport	Crear una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	Presentación, bienvenida, información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	psicoeducación sobre la TREC.	<p>Proporcionar información sobre los pensamientos, emoción y conducta, Y la relación entre los mismos.</p> <p>Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas que se</p>	<p>informativa TREC</p> <p>Portfolio</p>	10 minutos	<p>La terapeuta explica al usuario sobre la técnica TREC y la relación que existe entre los componentes: pensamientos emoción y conducta.</p> <p>La terapeuta explica al usuario que el origen de sus cogniciones: me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se</p>

		presentan en su día a día.			van a burlar de mí”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”, “Siempre seré un incompetente”, “las cosas nunca van a cambiar”, “no puedo soportar que me critiquen”; no son causados por los sucesos, sino por la forma como estos son interpretados. brinda al usuario una lista de esquemas relacionados a sus cogniciones y creencias irracionales.
CIERRE	Retroalimentación	ar el compromiso a continuar con el refuerzo de las actividades desarrolladas		10 minutos	licita al usuario realizar un resumen de las ideas principales abordadas en la sesión.

**SESION 02:**

**OBJETIVO DE SESION:** Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas de “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar de mí”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”, “Siempre seré un incompetente”, “las cosas nunca van a cambiar”, “no puedo soportar que me critiquen”

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Construcción de Rapport	Crear una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	Saludo, presentación, bienvenida, información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	Reestructuración cognitiva	Identificar las cogniciones irracionales, a su vez, poder modificarlas por otras cogniciones más funcionales.	Material informativo TREC Portafolio de actividades aplicativas.	30 minutos	Se le presenta una hoja de trabajo, donde el usuario elegirá una situación (solicitar un documento al decano, interactuar con el sexo opuesto, exponer en clase, etc) y a su vez, las consecuencias emocionales y conductuales; a fin de que logre proponer una interpretación más adaptativa a la situación problema.
CIERRE	Retroalimentación	Que el usuario identifique y modifique sus		10 minutos	Se solicita al usuario realizar un autorregistro diario de sus cogniciones, y poder

		propias cogniciones irracionales			aplicar de la técnica de la reestructuración cognitiva.
--	--	----------------------------------	--	--	---

:

**OBJETIVO DE SESION:** Reestructurar las cogniciones anticipatorias y catastróficas de “me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar de mí”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”, “Siempre seré un incompetente”, “las cosas nunca van a cambiar”, “no puedo soportar que me critiquen”

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Revisión y alimentación	Revisar como el usuario viene procesando la información brindada en las sesiones anteriores.		10 minutos	Solicita al usuario realizar un resumen de lo trabajado la sesión anterior.
DESARROLLO	Psicoeducación sobre la TREC.	<p>Reforzar los conocimientos de la secuencia; como la manera de interpretar una situación desencadena pensamientos y/o creencias racionales e irracionales.</p> <p>Trabajar la TREC, por medio de la técnica del “Dialogo socrático” en situaciones de su vida diaria.</p>	<p>Material informativo TREC</p> <p>Hoja de trabajo</p>	30 minutos	Realiza el autorregistro diario desarrollado por el usuario, asignado en la sesión anterior. A fin de identificar la frecuencia de los siguientes pensamientos: me voy a equivocar”, “me voy a olvidar”, “todos me están mirando”, “y si me equivoco, seguro se van a burlar de mí”, “se van a dar cuenta que no sé desenvolverme bien” y “pensará que soy un tonto”, “Siempre seré un incompetente”, “las cosas nunca van a cambiar”, “no puedo soportar que me critiquen”, así como las situaciones que las desencadenan y sus consecuentes.

					apeuta instruye sobre la técnica del “Dialogo socrático, a fin del que el usuario lo aplique en el autorregistro presentado en la sesión.
CIERRE	Retroalimentación	rometer al usuario a continuar identificando sus cogniciones irracionales y su autorrestrucuturacion.		0 minutos	icita al usuario que continúe con su autorregistro cognitivo, aplicando la técnica de la TREC.

**SESION 04:**

**OBJETIVO DE SESION:** Reducir los niveles de ansiedad ante las situaciones de la fobia social, tales como la posibilidad de responder a las preguntas en clase del profesor; ver al decano y tener que solicitarle un documento; acercamiento de una compañera cuando se encuentra junto a su grupo de amigos; intención de su vecina de iniciar una conversación con él.

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Estableciendo Rapport	Establecer una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	Saludo y bienvenida, información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	Respiración profunda y diafragmática	Aprender a regular las alteraciones fisiológicas producidas por la fobia social.		30min	Explicar al usuario sobre los beneficios de esta técnica para el manejo de su fobia social, ante las diversas situaciones, tales como: posibilidad de responder a las preguntas en clase del profesor; ver al decano y tener que solicitarle un documento; acercamiento de una compañera cuando se encuentra junto a su grupo de amigos; intención de su vecina de iniciar una conversación con él.  Durante la aplicación de ello, deberá adoptar la “postura del cochero” y realizar la respiración diafragmática, inhalando por la nariz y reteniendo el aire por 5

					segundos, para luego exhalar por la boca lentamente.
					smo, se empleará la técnica del modelado, a fin de que el usuario pueda observar la adecuada realización de esta técnica.
CIERRE	Retroalimentación	ntar el compromiso de aplicar la técnica de respiración diafragmática en forma diaria, y en un horario establecido.	orregistro	0 minutos	licita al usuario que continúe con la aplicación de la técnica y lleve un autorregistro del mismo, lo cual se analizará en la siguiente sesión.

**SESION 05:**

**OBJETIVO DE SESION:** Reducir los niveles de ansiedad ante las situaciones de la fobia social, tales como la posibilidad de responder a las preguntas en clase del profesor; ver al decano y tener que solicitarle un documento; acercamiento de una compañera cuando se encuentra junto a su grupo de amigos; intención de su vecina de iniciar una conversación con él.

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RECURSOS	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Construcción de Rapport	Establecer una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	Saludo y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  Se brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	Test de autovaloración emocional	Permitir al usuario medir los niveles de ansiedad, producidas por la fobia social.		30min	Se explica al usuario sobre los beneficios de esta técnica para el manejo de su fobia social. Se entrenará al usuario a identificar sus niveles de ansiedad mediante la unidad de medida subjetiva (SUD), a su vez dará a conocer que existen niveles de ansiedad funcionales y disfuncionales.  Se explicarán las medidas subjetivas de la fobia social ante estas situaciones: tales

					como la posibilidad de responder a las preguntas en clase del profesor; ver al decano y tener que solicitarle un documento; acercamiento de una compañera cuando se encuentra junto a su grupo de amigos; intención de su vecina de iniciar una conversación con él.
CIERRE	Retroalimentación	Reafirmar el compromiso de aplicar la técnica del termómetro emocional.	Autoregistro	10 minutos	Se solicita al usuario que continúe con la aplicación de la técnica y lleve un autoregistro del mismo, lo cual se analizará en la siguiente sesión.

**SESION 06:**

**OBJETIVO DE SESION:** Aplicar las técnicas conductuales ante situaciones expositivas frente a sus compañeros en el salón de clases de la universidad.

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	ando Rapport	una relación de confianza, aceptación y empatía		0 minutos	o y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	amiento en autoinstrucciones.  ción en imaginación ción en vivo	ficar los pasos a seguir para realizar una exposición en el aula de clase en forma progresiva  ar un escenario mental sobre la exposición en el aula de clases universitaria.		30min	solicita al usuario verbalizar las aproximaciones sucesivas frente a una exposición en el salón de clases. Teniendo como conducta inicial el ingreso al aula y final la culminación de la exposición.  induce al participante a crear mentalmente un escenario expositivo, el cual deberá considerar condiciones ambientales y los agentes activos, propios del aula de clases.

CIERRE	Retroalimentación	Reafirmar el compromiso de aplicar la técnica de la exposición imaginaria y de autoinstrucciones	Autorregistro	10 minutos	Se solicita al usuario que continúe con la aplicación de la técnica y lleve un autorregistro del mismo, lo cual se analizará en la siguiente sesión.
--------	-------------------	--	---------------	------------	--

**SESION 07:**

**OBJETIVO DE SESION: Entrenar mediante el cambio de roles en situaciones como: responder preguntas de conocimiento realizadas por el docente.**

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RECURSOS	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Haciendo Rapport	Establecer una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	Saludo y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	Cambio de roles	Experimentar el rol de estudiante y docente ante situaciones de evaluación de contenidos.		30min	Se solicita al participante adoptar “el rol de estudiante”, teniendo en cuenta sus propias características personales y emocionales frente a situaciones de evaluación de conocimientos por parte del docente dentro del aula de clases. Mientras el terapeuta asumirá “el rol de docente”  Principalmente se invertirán los papeles, tomando en cuenta las características de cada personaje.

CIERRE	Retroalimentación	ocer que los roles asumidos como docente-estudiante pueden ser tolerables y manejables ante situaciones de tensión.		10 minutos	Dar al participante que exprese sus emociones experimentadas como estudiante y docente.
--------	-------------------	---	--	------------	---

**SESION 08:**

**OBJETIVO DE SESION: Entrenar mediante el cambio de roles en situaciones como:** Solicitar lo que necesita, de manera asertiva, a una figura autoridad.

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RECURSOS	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Brindando Rapport	Establecer una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	Saludo y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  El terapeuta brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	Cambio de roles	Practicar el rol de estudiante y figura de autoridad ante situaciones de: Solicitar lo que necesita, de manera asertiva, a una figura autoridad		30min	Se solicita al participante adoptar “el rol de estudiante”, teniendo en cuenta sus propias características personales y emocionales frente a situaciones de <b>Solicitar</b> lo que necesita, de manera asertiva, a una figura autoridad Mientras el terapeuta asumirá “el rol de Figura de autoridad” Durante el ejercicio se invertirán los papeles, tomando en cuenta las características de cada personaje.

CIERRE	Retroalimentación	ocer que los roles asumidos como figura de autoridad-estudiante pueden ser tolerables y manejables ante situaciones de tensión.		10 minutos	ar al participante que exprese sus emociones experimentadas como estudiante y figura de autoridad.
--------	-------------------	---	--	------------	--

**SESION 09:**

**OBJETIVO DE SESION:** Entrenar habilidades asertivas en situaciones de permanecer y participar en la conversación con sus amigos cuando una compañera se acerca al grupo-I

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	ando Rapport	una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	<p>y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.</p> <p>brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.</p>
DESARROLLO	<p>ción en imaginación</p> <p>ción en vivo</p>	ar un escenario mental sobre la interacción con una persona del sexo opuesto.			<p>induce al participante a crear mentalmente un escenario expositivo, el cual deberá considerar condiciones ambientales y los agentes activos del sexo opuesto.</p>

	educación.	<p>er información en que consiste la técnica de exposición en vivo.</p> <p>er las técnicas expositivas en situaciones y contextos reales: participar en la conversación con sus amigos cuando una compañera se acerca al grupo.</p>			<p>ivar al participante a aplicar las técnicas expositivas frente a una situación social como el mantener una conversación con el sexo opuesto, para ello tendrá como recurso la respiración profunda ante el aumento de los niveles de ansiedad, asimismo la reestructuración cognitiva provocadora de dicha situación interpretada como aversiva.</p>
CIERRE	Retroalimentación	<p>ntar el compromiso de aplicar la técnica de exposición en vivo.</p>	<p>orregistro</p>	<p>0 minutos</p>	<p>licita al usuario que continúe con la aplicación de la técnica y lleve un autorregistro del mismo, lo cual se analizará en la siguiente sesión.</p>

**SESION 10:**

**OBJETIVO DE SESION:** Entrenar habilidades asertivas en situaciones de permanecer y participar en la conversación con sus amigos cuando una compañera se acerca al grupo-II

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	ando Rapport	una relación de confianza, aceptación y empatía		0 minutos	o y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	ición en imaginación  ición en vivo	ar un escenario mental sobre la interacción con una persona del sexo opuesto.			induce al participante a crear mentalmente un escenario expositivo, el cual deberá considerar condiciones ambientales y los agentes activos del sexo opuesto.

	educación.	<p>La información en que consiste la técnica de exposición en vivo.</p> <p>Practicar las técnicas expositivas en situaciones y contextos reales: participar en la conversación con sus amigos cuando una compañera se acerca al grupo.</p>			<p>Inducir al participante a aplicar las técnicas expositivas frente a una situación social como el mantener una conversación con el sexo opuesto, para ello tendrá como recurso la respiración profunda ante el aumento de los niveles de ansiedad, asimismo la reestructuración cognitiva provocadora de dicha situación interpretada como aversiva.</p>
CIERRE	Retroalimentación	<p>Reafirmar el compromiso de aplicar la técnica de exposición en vivo.</p>	Autoregistro	10 minutos	<p>Se solicita al usuario que continúe con la aplicación de la técnica y lleve un autorregistro del mismo, lo cual se analizará en la siguiente sesión.</p>

**SESION 11:**

**OBJETIVO DE SESION: Consolidar las racionales mediante el ABC activadas o desencadenadas en las situaciones de entablar una conversación con una persona del sexo opuesto-I**

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	ando Rapport	una relación de confianza, aceptación y empatía		0 minutos	o y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	sicoeducación sobre la ABCDE	dar y reforzar los conocimientos sobre los pensamientos, emoción y conducta,	informativa TREC otafolio	60 minutos	rapeuta refuerza los conocimientos adquiridos relacionados a la técnica de la TREC.

		Y la relación entre los mismos.  ocer las cogniciones anticipatorias y modificarlas por unas cogniciones más adaptativas.			apeuta solicita al participante que exprese sobre las creencias irracionales que han sido activadas ante la situación temida “entablar una conversación con el sexo opuesto”, a su vez como estas han sido modificadas/ restructuradas por otras cogniciones más funcionales.
CIERRE	Retroalimentación	ar el compromiso a continuar con el refuerzo de las actividades desarrolladas		0 minutos	solicita al usuario realizar un resumen de las ideas principales abordadas en la sesión.

**SESION 12:**

**OBJETIVO DE SESION: Consolidar las racionales mediante el ABC activadas o desencadenadas en las situaciones de entablar una conversación con una persona del sexo opuesto-II**

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	ando Rapport	una relación de confianza, aceptación y empatía		0 minutos	o y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	sicoeducación sobre la ABCDE	dar y reforzar los conocimientos sobre los pensamientos, emoción y conducta,	informativa TREC otafolio	60 minutos	rapeuta refuerza los conocimientos adquiridos relacionados a la técnica de la TREC.

		Y la relación entre los mismos.  ocer las cogniciones anticipatorias y modificarlas por unas cogniciones más adaptativas.			apeuta solicita al participante que exprese sobre las creencias irracionales que han sido activadas ante la situación temida “entablar una conversación con el sexo opuesto”, a su vez como estas han sido modificadas/ reestructuradas por otras cogniciones más funcionales.
CIERRE	Retroalimentación	ar el compromiso a continuar con el refuerzo de las actividades desarrolladas		0 minutos	solicita al usuario realizar un resumen de las ideas principales abordadas en la sesión.

**SESION 13:**

**OBJETIVO DE SESION:** Identificar la consolidación y aplicación de las diversas técnicas conductuales desarrolladas en sesiones previas ante situaciones amenazantes: “exponer frente al salón de clases”, “solicitud ante una figura de autoridad”, “entablar y mantener una conversación con el sexo opuesto” (seguimiento-I)

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	ando Rapport	una relación de confianza, aceptación y empatía		0 minutos	o y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	ista semiestructurada	ar la capacidad de afrontamiento ante situaciones amenazantes “exponer frente al		50 minutos	erapeuta realiza una entrevista semiestructurada con la finalidad de conocer los recursos personales que se han interiorizado en el usuario. Para

		salón de clases”, “solicitud ante una figura de autoridad”, “entablar y mantener una conversación con el sexo opuesto”.			ello se presentará situaciones temidas ya identificadas en sesiones previas.  alúa el nivel de afrontamiento y la técnica conductual elegida por el participante, en cuanto a la situación de exponer en el salón de clases, entablar y mantener una conversación con el sexo opuesto.
CIERRE	Retroalimentación	ar el compromiso a continuar con el refuerzo de las actividades desarrolladas		0 minutos	icita al usuario realizar un resumen de las ideas principales abordadas en la sesión.

**SESION 14:**

**OBJETIVO DE SESION:** Identificar la consolidación y aplicación de las diversas técnicas cognitivas desarrolladas en sesiones previas ante situaciones amenazantes: “exponer frente al salón de clases”, “solicitud ante una figura de autoridad”, “entablar y mantener una conversación con el sexo opuesto” (seguimiento-II)

PROCESO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	PROCEDIMIENTO
INICIO	Entablando Rapport	Establecer una relación de confianza, aceptación y empatía		10 minutos	El terapeuta y bienvenida, recuento de los acontecimientos ocurridos durante los días previos y como los ha ido afrontando.  El terapeuta brinda información breve de las actividades programadas en la sesión y análisis de las ideas del usuario.
DESARROLLO	Entrevista semiestructurada	Fortalecer la capacidad de afrontamiento ante situaciones amenazantes: “exponer frente al salón de clases”, “solicitud ante una figura de autoridad”,			El terapeuta realiza una entrevista semiestructurada con la finalidad de conocer los recursos personales que se han interiorizado en el usuario. Para ello se presentará situaciones temidas ya identificadas en sesiones previas.

		“entablar y mantener una conversación con el sexo opuesto”			alúa el nivel de afrontamiento y la técnica cognitiva elegida por el participante.
CIERRE	Retroalimentación DESPEDIDA	ar el compromiso a continuar con el refuerzo de las actividades desarrolladas		0 minutos	entiva al participante a seguir aplicando las técnicas cognitivas y conductuales en diversas situaciones actuales,aliza el programa de intervención.