



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER CON ANSIEDAD

SOCIAL

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Gonzales Romero, Yanett Jacinta

Asesor

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

ORCID: 0000-0001-5748-6126

Jurado

Valdéz Sena, Lucía Emperatriz

Campana Cruzado, Frey Antonio

Aguilar Mori de Oporto, Karim

Lima - Perú

2026

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER CON ANSIEDAD SOCIAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	12%	2%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
5	guillermoorozco.com Fuente de Internet	1%
6	pdfcoffee.com Fuente de Internet	<1%
7	www.bordonabapsicologia.com Fuente de Internet	<1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
9	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	<1%
10	prezi.com Fuente de Internet	<1%
11	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1%
12	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	<1%
13	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

Línea de Investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Gonzales Romero, Yanett Jacinta

Asesor:

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

ORCID: 0000-0001-5748-6126

Jurado:

Valdéz Sena, Lucía Emperatriz

Campana Cruzado, Frey Antonio

Aguilar Mori de Oporto, Karim

Lima - Perú

2026

Dedicatoria

A mi hija Kiara, porque es el motivo para culminar mis metas y mejorar cada día.

A mis padres, Teodoro y Marina, por sus consejos para mi superación, por el amor que me manifiestan a pesar de la distancia.

Agradecimiento

A Dios, por darme tenacidad y fuerza para seguir adelante.

A mis maestros de la segunda especialidad y a mis compañeros de trabajo, que me dan luces para continuar mi trabajo.

+

ÍNDICE

Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Antecedentes	6
1.2.1 <i>Antecedentes nacionales</i>	6
1.2.2 <i>Antecedentes internacionales</i>	9
1.2.3 <i>Aspectos teóricos</i>	11
1.3 Objetivos	20
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	20
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	20
1.4 Justificación	20
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	21
II. METODOLOGÍA	22
2.1 Tipo y diseño de investigación	22
2.2 Ámbito temporal y espacial	22
2.3 Variables de la investigación	22
2.3.1 <i>Variable independiente</i>	22
2.3.2 <i>Variable dependiente</i>	23
2.4 Participante	23
2.5 Técnicas e instrumentos	23
2.5.1 <i>Técnicas</i>	23
2.5.2 <i>Instrumentos aplicados</i>	24
2.5.3 <i>Evaluación psicológica</i>	27

2.5.4	<i>Evaluación psicométrica</i>	33
2.5.5	<i>Informe psicológico integrador</i>	38
2.6	Intervención psicológica	43
2.7	Plan de intervención	45
2.8	Procedimiento	47
2.9	Consideraciones éticas	47
III.	RESULTADOS	48
3.1	Análisis de los resultados	48
3.2	Discusión	52
3.3	Seguimiento	53
IV.	CONCLUSIONES	54
V.	RECOMENDACIONES	55
VI.	REFERENCIAS	56

Índice de Tablas

Tabla 1.	Criterios diagnósticos de la ansiedad	15
Tabla 2	Grupo familiar de la paciente	32
Tabla 3.	Perfil de habilidades sociales, Fase A	36
Tabla 4.	Resultados de la escala de autoestima, Fase A	37
Tabla 5.	Diagnóstico funcional de la conducta	39
Tabla 6.	Análisis funcional de la conducta problema	41
Tabla 7.	Análisis cognitivo de la conducta ansiosa	43
Tabla 8.	Intervención psicológica	43
Tabla 9.	Frecuencia de la línea base de la conducta de ansiedad, en una semana	49
Tabla 10.	Frecuencia de la conducta de ansiedad en una semana, luego de la intervención	50
Tabla 11.	Perfil de las habilidades sociales, Fase B	51
Tabla 12.	Resultados de la escala de autoestima, Fase B	51

Resumen

El estudio de caso que se presenta está referido a la aplicación de un programa cognitivo conductual a una mujer diagnosticada con trastorno de ansiedad social, para tal efecto se aplicó las técnicas cognitivo conductuales, principalmente psicoeducación, desensibilización sistemática, relajación, reforzamiento, moldeamiento. El objetivo fue disminuir los niveles de ansiedad social que afectaba a sus relaciones sociales con las personas de su entorno, así como afectaba su rendimiento académico y laboral, lo que le producía malestar y sentimiento de culpa a la paciente. Asimismo, se buscó disminuir la frecuencia de respuestas fisiológicas. Para tal efecto se aplicó un diseño experimental de caso único de tipo bicondicional A-B. En la fase A se aplicaron los instrumentos, los mismos que fueron el Cuestionario de ansiedad de Beck, la Escala de Habilidades Sociales y la Escala de Autoestima de Coopersmith. En la fase B se aplicó el programa de intervención donde se aplicaron las técnicas cognitivo conductuales, y se volvió a aplicar nuevamente los instrumentos, como prueba de salida, para comparar los resultados de la fase anterior. Terminada la intervención, se encontró efectos en la disminución de los niveles de ansiedad, mejoraron sus habilidades sociales y hubo mejora en su autoestima.

Palabras clave: ansiedad social, intervención cognitivo conductual, programa.

Abstract

The case study presented herein addresses the implementation of a cognitive-behavioral program to a woman diagnosed with social anxiety disorder. Cognitive-behavioral techniques were applied, primarily psychoeducation, systematic desensitization, relaxation, reinforcement, and shaping. The objective was to reduce the levels of social anxiety that affected her social relationships with those around her, as well as her academic and work performance, which caused the patient discomfort and feelings of guilt. The aim was also to reduce the frequency of physiological responses. To this end, a single-case, biconditional A-B experimental design was used. In Phase A, the instruments were administered: the Beck Anxiety Questionnaire, the Social Skills Scale, and the Coopersmith Self-Esteem Scale. In Phase B, the intervention program was implemented, using cognitive-behavioral techniques. The instruments were then administered again as an exit test to compare the results of the previous phase. After the intervention, the intervention showed a decrease in anxiety levels, improved social skills, and improved self-esteem.

Keywords: social anxiety, cognitive-behavioral intervention, program.

I. INTRODUCCIÓN

Normalmente cuando nos encontramos en situaciones sociales nuevas, como un trabajo donde recién estamos empezando, ante personas desconocidas o cuando estamos esperando una respuesta que no sabemos cuál será, y que nos está generando preocupación, nos sentimos ansiosos, entramos en una situación de alerta; cuando nos acostumbramos, en estos casos, o nos adaptamos a la nueva situación, la situación se normaliza y continuamos haciendo nuestra vida de manera normal. En nuestro quehacer diario, de acuerdo a las circunstancias, puede ser que tengamos momentos de ansiedad, así como de tranquilidad, depende del momento por el que nos encontremos pasando, a partir de aquí afirmamos que las reacciones ansiosas son normales, sobre todo cuando nos enfrentamos ante situaciones nuevas que llevan a la persona a manifestarse de manera insegura, situaciones que emocionales que se acompañan con alteraciones físicas que la persona no quisiera enfrentar y hasta podría conducir a la evitación o escape de estos momentos desagradables logrando, así, escapar del momento problemático, cuando lo logra se siente satisfecha y cada vez que se presenta la situación ansiosa inmediatamente busca la manera de salir del problema haciendo lo mismo que anteriormente permitió estar tranquila. Sin embargo, esta respuesta ante la ansiedad no es la adecuada porque le produce muchos sentimientos desagradables que la llevan a manifestar emociones que la incomodan y alteran sus habilidades sociales, así como las personas, llegando a tener problemas con ella misma y con su entorno, principalmente el más cercano.

Es así que estas personas no la toleran, se burlan de ella, le dicen que es muy inmadura, lo cual hace que el problema se incremente, trayendo como consecuencia que evite asistir a reuniones, desea cambiar de centro laboral, lo que no ayuda ni tampoco es la solución porque cuando cambia de ambiente se va a volver a presentar la situación ansiosa ya que la causa no es su entorno sino ella misma, que no es capaz de enfrentarse a la situación ansiosa, no tiene autocontrol ni dominio de sí misma. A medida que va descubriendo sus problemas lo único

que genera es que la situación se incrementa, le produzca más malestar, busca culpables, se siente fracasada, se aísla totalmente, no desea estar ante situaciones ansiosas y las respuestas tanto emocionales como físicas empeoran; si continúa asistiendo al centro de estudios o a su centro laboral encontrará las mismas respuestas de los demás, lo que le genera un círculo vicioso que de no darle solución el problema se irá agravando hasta llegar a tener respuestas que la podrían incapacitar y no sentirse realizada porque quienes están cerca de ella no la toleran debido a su inexplicable conducta.

Lapa (2019) refiere que el ser humano, a lo largo de la historia y desde que habita en la tierra, siempre ha hecho frente a las adversidades, a las cuales responde de diferentes maneras, algunas veces se manifiesta sintiendo miedo ante algún acontecimiento que no se sabe cuál será el resultado y que puede producir problemas si no soluciona el problema, llegándole a producir inseguridad, la misma que se agrava cuando está en situaciones nuevas, se siente observada en público, piensa que los demás la observan solo para ver sus defectos, lo que incrementa el problema porque cree que lo están juzgando negativamente o porque actúa de una manera inapropiada; es así que puede llegar al extremo de tartamudear, tener sudoración de manos, taquicardia, temblores, sensación de desmayos, piensa que se va a morir; peor aún, se siente más inseguro porque los demás se pueden dar cuenta de su problema, tiene temor a ser humillado o rechazado. En general, la persona tiene miedo de enfrentarse a situaciones que le generan ansiedad, pero es un miedo desproporcionado respecto a la situación que se encuentra viviendo, la persona que lo padece así lo reconoce, motivo por el cual se convierte en un círculo vicioso que la hace sentir mal. Se han visto casos que la persona abandona el centro laboral donde se encuentra porque cree que la están observando para juzgar lo que hace mal, otras veces evita acudir a reuniones sociales, a citas con alguna persona porque teme que le pueda pasar algo, también puede perder la oportunidad de asistir a una entrevista de trabajo;

si tiene que exponer algún tema frente a sus compañeros de estudios no asiste e inventa pretextos para no acudir.

Cubas (2021) dice que las causas de la ansiedad social no están claramente definidas, pero sí se ha descubierto que hay factores genéticos y ambientales, esto último se refiere a que la persona, cuando estaba pequeña, ha tenido maltrato físico o psicológico que van a alterar la autoestima, siendo esta variable importante que puede causar la ansiedad. La edad que se desencadena es en la adolescencia o al inicio de la juventud. Siempre la causa está relacionada con la infancia, vivir en un hogar disfuncional. La autora agrega que en la actualidad los problemas de ansiedad se han incrementado debido al incremento del estrés y al modo de vida en el que nos encontramos pasando, hay mucha incertidumbre, por eso recomienda que se proyecten programas preventivos promocionales para prevenir la ocurrencia del trastorno. También propone mantener un equilibrio emocional con el objetivo de hacer que las personas se sientan felices, así como irradiar esa felicidad a los demás. Al respecto, debemos tener cuidado porque si una persona, como la que sufre de ansiedad no es feliz, tampoco hará feliz a los que están cerca de ella.

Bravo y Padrós (2014) proponen que el tratamiento debe ser psicológico y farmacológico, en el primer caso recomiendan la terapia cognitivo conductual, desde tres aspectos; en primer lugar, el aspecto fisiológico, donde se utilizarán técnicas de relajación, respiración, ayudadas con técnicas orientales como la meditación, yoga, así como evitar consumir ciertos alimentos, no se debe olvidar el ejercicio físico. Lo segundo es el aspecto conductual que consiste en exponerse a la situación que le produce el malestar, pero deberá ser de manera paulatina para irse adaptando a los momentos que le generan ansiedad, el manejo de los pensamientos, entrenarse en habilidades sociales, entre otros. Finalmente, recomiendan las técnicas cognitivas que consiste en analizar las creencias que supuestamente están generando el problema, así como las interpretaciones erróneas de que los demás piensan mal

de ellos, así es necesario que entienda que no todas las personas lo van a aceptar, así como que no todas lo van a rechazar.

1.1. Descripción del problema

Cuando observamos a una persona que tiene un gran temor, injustificable, frente a una situación social, y si a esto se añade que la persona tiene muchos síntomas físicos como sudoración, palpitaciones, falta de oxigenación, temblores, se sonroja; además, estos momentos se acompañan con temor a morir, sensación que algo malo le va a suceder, desesperación, temor de enfrentarse ante situaciones nuevas, lo que hacen su situación más aparatosa. El trastorno inicia, por lo general, en la etapa de la juventud y adolescencia, aunque es poco frecuente en la adultez. En cada caso, el problema se inicia ante un hecho muy complicado que le ha sucedido a la persona en donde el resultado final, socialmente hablando, ha sido negativo; sin embargo, si bien este es el hecho desencadenante, hay estímulos predisponentes, entre los que se encuentran los genéticos y ambientales. Cuando aparece el trastorno, la persona se siente inepta socialmente, tienen desconfianza sobre sí mismo no solo ante su conducta social sino también ante su apariencia física como persona, cree que algo malo le van a criticar los demás; es decir, no solo se siente incapaz de hacer bien las cosas ante los demás, sino que también cree no estar bien presentable, así el problema empeora. El problema termina agravándose si quienes están cerca de ella, porque no la toleran por su forma de ser, se lo terminan diciendo. Así, el problema se va agravando hasta que la persona se siente incapaz de superarlo, se siente sensible a la crítica, terminando por convencerse que es una persona inútil. La consecuencia de todo esto es que la persona evitará toda relación social, de no poder hacer, escapará de la situación que le genera incomodidad (Olivares et al., 2003).

Como podemos observar, la ansiedad es, en determinado momento, normal, sobre todo cuando nos encontramos esperando alguna noticia tan esperada que no sabemos en qué

terminará; sin embargo, cuando una persona se siente ansiosa ante circunstancias que no debería ser podemos afirmar que es preocupante, principalmente cuando al estar en esta situación la hace sentir incapacitada para actuar, tiene sensación de desmayarse y hasta temor a morir si es que la situación persiste, es ante estas circunstancias que podemos decir que nos encontramos ante un caso de ansiedad social, o fobia social, como es el caso que estamos presentando en la actualidad, de una mujer, Rosario, de 28 años, soltera, con las características de ansiedad cuya conducta es constantemente reprobada por las personas que se encuentran en su entorno que la han llevado a dejar de asistir a reuniones inclusive con sus compañeros más cercanos a pesar que se ha comprometido desde antes; en la actualidad trabaja como auxiliar de educación en un colegio estatal, además se encuentra estudiando en una facultad de educación de una universidad nacional porque desea desempeñarse como profesora de aula. En su centro laboral la profesora de aula, que a veces no la soporta, hay momentos que le dice que la reemplace por unos minutos, aunque si está de licencia le pide que sea toda la mañana, es en estos momentos que Rosario se desespera, no sabe cómo hacer una clase a pesar que muchas veces está presente cuando la profesora lo hace, pero cuando la reemplaza es como si se olvidara cómo desempeñarse, refiere que se olvida de lo que había observado, es así que se dedica a dejar tareas a los estudiantes, contarles cuentos, cantar o alguna actividad que les guste hasta que llegue la hora del recreo. Cuando la profesora regresa le reclama por no haber avanzado ni seguido las indicaciones que le dejó, es así que presenta la queja a la directora quien la manda a llamar y reclamarle. Los peores momentos ocurren cuando debe dar instrucciones a los padres de familia, no sabe qué decirles, sobre todo en los días que hay reunión con ellos.

En la facultad de Contabilidad de la universidad, que asiste en el turno noche, también tiene dificultades principalmente cuando debe exponer o participar en los debates, prefiere pagar a uno de sus compañeros para que exponga en lugar de ella, por ese motivo habla con

los profesores y les dice que no puede asistir porque en el colegio tiene muchas actividades y no le dan permiso, inclusive para hablar con el profesor se hace acompañar por algún compañero de clase porque sola no es capaz de acercarse porque se siente insegura de lo que puede decir; sin embargo hay profesores quienes le dicen que le van a dar una oportunidad para que exponga, lo que le es muy difícil superar, en dos oportunidades ha enviado un presente al profesor tal vez pensando que así la pueden exonerar de la exposición. Cuando el docente insiste y ella debe exponer no sabe cómo hacerlo, sus compañeros, que ya la conocen, se burlan de ella y la tratan como tonta, le dicen que así no puede ser profesora porque no tiene las condiciones. Cuando siente que algún compañero de trabajo, o de la universidad, está interesado en ella y la invitan a salir se niega, cuando acepta salir no llega a la reunión a pesar que puede estar lista, busca disculpas para no asistir, por tal motivo envía mensajes de textos diciendo que se encuentra indispuesta por motivos de salud y que no lo puede llamar porque no puede hablar debido a que está mal de la garganta, si a pesar de eso el joven vuelve a insistir ella siempre está buscando excusas para no asistir a la reunión porque piensa que la otra persona le va a ver sus debilidades y no sabrá de qué conversar.

Ante esta problemática, nos preguntamos si será eficaz el uso de un programa cognitivo conductual en un caso de una mujer con ansiedad social.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Salazar et al. (2019) afirman que cuando una persona tiene temor de hacer frente a determinadas situaciones debido a que los demás lo observan solamente para criticarlo o descubrir los errores que pueda tener, al extremo que evita tener conversar con desconocidos, ir a una fiesta, exponer ante un grupo o evitar situaciones que lo hagan sentir mal, estamos hablando que padece de ansiedad social. Es así que construyeron un Cuestionario de ansiedad

social para adultos, utilizando una muestra de 3064 personas, encontraron que en la mayor parte de los evaluados no tenían un buen ajuste, lo que se caracteriza por temor a quedar mal cuando se enfrentan a situaciones nuevas principalmente si interactúa con superiores, no son capaces de decir “no” cuando les ofrecen un artículo para que los compren aunque no les vaya a servir más adelante y después se están arrepintiéndolo porque nunca lo van a usar por lo que se sienten que son utilizados, también es frecuente escucharlos decir que algunas veces se burlan de ellos y no reaccionan a pesar que los hacen sentir mal, ante estas circunstancias la persona opta por evitar estas situaciones molestosas.

Rodríguez y Pérez (2019) llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad social en 49 jóvenes aplicando la escala de ansiedad social, los resultados indicaron que en el 52.9% de los entrevistados arrojan un alto nivel de ansiedad, recomiendan que se ejecuten programas preventivos promocionales para el control de la ansiedad; agregan que la crianza desde pequeños influye en la aparición del trastorno, el mismo que aparece ante un estímulo desencadenante que puede estar asociado por algún mal momento que la persona ha pasado por algún hecho que no gustó y eso le ha quedado grabado por lo que se puede desencadenar el problema. Si bien todos nos enfrentamos a problemas, no todos reaccionamos de la misma manera, es así que a menor reacción ante alguien que agrede, ya sea física o psicológicamente, mayor será la probabilidad que aparezca el problema. Agregan que cuando la persona no reacciona por temor al fracaso entonces aparece la angustia que hasta los puede llegar a incapacitar, su autoestima disminuye, sobreviene la depresión y hasta pueden atentar contra su vida, se lamentan haber nacido, se quejan de su mala suerte. Concluyen afirmando que es el factor social el que más influye en la aparición del problema, al que se le puede agregar las causas biológicas, pero si tienen a una persona cercana que los ayude la probabilidad de la aparición de la ansiedad social disminuirá porque tiene soporte.

Echevarría y Hallasi (2024) afirman que el problema está relacionado con el medio donde se desenvuelve la persona, el mismo que influye en todo el comportamiento de la persona, es aquí donde los amigos van a influir en el comportamiento, por lo que es necesario que se sepa elegir con quienes se llega a interactuar; un hallazgo importante fue que más que la cantidad de amigos es importante la calidad de ellos porque en algún momento van a servir de soporte cuando se encuentren pasando por momentos difíciles. Encontraron que cuando las situaciones ambientales son adversas la ansiedad se presentará acompañándose de tensión, inseguridad, inquietud y cambios fisiológicos que obligan a la persona a preferir aislarse y a no hacer frente a las adversidades por la inseguridad que tiene, apareciendo así la fobia social porque la persona tiene vergüenza de lo que puedan decir de ella, este problema los hace aparecer más torpes y excluidos, así prefieren estar separados de los demás y prefieren no tener compañeros. Recomiendan pronta intervención porque de no hacerlo es probable que el problema se mantenga hasta la adultez, estando en peligro de desencadenar en algún trastorno mental que lo comprometa aún más a nivel social como a sí mismo, por lo que podría tener mecanismos de defensa.

Espichán y Torres (2024) indican que se ha encontrado un alto porcentaje de ansiedad en estudiantes universitarios, la misma que se acompaña con depresión lo que altera el normal desempeño académico, así como el bienestar emocional; tampoco es casual encontrar altos niveles de disminución de la motivación. También han encontrado cambios en sus creencias que alteran el pensamiento y pueden tener ideas suicidas cuando no son capaces de superar el problema, con frecuencia se preguntan por qué han nacido lo que los lleva a sentirse frustrados porque no se logran consolidar como personas, de tal manera que se aíslan y se sienten solos porque creen que no van a ser capaces de llegar a ser como los demás.

Riveros (2019) expuso el caso de una joven adolescente que asiste a consulta debido a constantes ataques de pánico por los que se encuentra pasando, estos ataques se presentan

cuando debe hacer frente a situaciones sociales, se aplicó técnicas cognitivo conductuales, motivo por el cual usó un diseño controlando una variable, de tipo A-B, al hacer la comparación en el pre y post test, los resultados encontrados fueron aceptables, la paciente empezó a exponer sus temas ante sus compañeros, salía a exponer ante el profesor las tareas que le han dejado, así como asistía regularmente a unas reuniones sociales; si bien la frecuencia de las conductas adecuadas no fueron altas, sí hubo resultados favorables.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Soto (2023) aportó una gran comprensión sobre el problema de la ansiedad social al investigar con profundidad este trastorno, identificó nuevas características principalmente las relacionadas a las distorsiones del pensamiento, así como agregó más criterios para hacer el diagnóstico donde ha propuesto bases neurobiológicas y a partir de ahí ha propuesto alternativas farmacológicas, así como las propuestas psicológicas. Definió la ansiedad como una respuesta normal que se presenta cuando la persona se encuentra sometida a demasiado estrés, por eso afecta a un alto porcentaje de la población mundial, informa que la persona siempre se va a sentir observada y con temor de que piensen mal de sus actos; al ser un problema que se presenta, en algún momento a toda la población, también se puede atacar con mucha eficacia, principalmente cuando se combina lo psicológico como lo farmacológico. En el primero es muy eficaz la terapia cognitivo-conductual, enfocados principalmente en el pensamiento y las creencias irracionales.

Fajardo (2018) utilizó la terapia cognitivo conductual, encontró que la fobia social tiene su origen en la infancia porque es la etapa en que la persona está más vulnerable y no puede defenderse como desearía ante la presión o castigo de las personas mayores, si ante esta situación de no defenderse se agregan factores genéticos como el bullying en alguna etapa de vida entonces podemos pensar que estas personas están expuestas a caer en ansiedad, la misma que se puede manifestar en una fobia social, por ejemplo, en dificultades para mantener una

conversación, conversar con personas que no conoce, dificultad para iniciar una conversación, exponer alguna clase ante personas que puede o no conocer, evitar asistir a reuniones sociales. Otro dato importante es que la fobia, en general, se adquiere a través del proceso del condicionamiento clásico, por eso se recomienda usar técnicas de relajación, este proceso lo explica a través de la vulnerabilidad psicológica y biológica, que le produce ser vulnerable ante la aparición del problema.

Reguera (2021) afirma que el problema consiste en un miedo intenso a hacer frente a interactuar con otras personas porque teme que los demás la critiquen, busquen sus defectos o cualquier error que cometan para, inmediatamente, criticarlos; por eso el paciente evita expresarse ante grupos de personas, lo cual es producto de su inseguridad; muestra temor a ser rechazado o a que los demás no lo valoren a pesar de haberse preparado para hacer las cosas bien hechas, se caracteriza por mucha inseguridad por el qué dirán los demás de él; en fin, son temores exagerados que no guardan relación con la realidad. El problema se acompaña de una actitud pesimista, baja autoestima y alteraciones fisiológicas, por tal motivo, es necesario aplicar técnicas cognitivo conductuales y estimular sus habilidades sociales para que se adapte al entorno. Los resultados de su intervención demostraron que las técnicas aplicadas fueron efectivas, habiendo encontrado mejora y realización como persona y mejor bienestar consigo mismo. En sus conclusiones arroja que la psicoeducación, la relajación y el manejo de las habilidades sociales contribuyeron a que el paciente supere el problema presentado.

Martínez et al. (2019) presentaron un caso de una mujer joven que llegó diagnosticada de fobia social, la misma que cree tener la percepción que todas las personas que están cerca de ella no se expresan bien, así como tiene el convencimiento que si sale a hablar en público va a hacer quedar mal al grupo al que representa, además tiene temor excesivo a ser criticado y a que se burlen por los errores que pueda cometer al momento de hablar o de actuar ante estas circunstancias se le aplicaron técnicas cognitivo conductuales, aplicando un diseño A-B,

habiendo encontrado resultados a favor de la paciente. Estos investigadores afirman que el problema surge como consecuencia de malas interacciones a nivel biológico, psicológico, ambiental y de mala identificación con quien sirve de modelo para el proceso de imitación; es así como la ansiedad social no es causada por solo una de estas variables, son las cuatro las que están interactuando a la vez, pero es desencadenada por factores ambientales, generalmente debido a un mal momento por el que ha pasado la persona, ya sea por cualquiera de los maltratos, haber sufrido abuso o haber interactuado con familia que tiene problemas psicopatológicos, por lo tanto no tiene buen soporte social. También explica que la fobia social se mantiene porque la persona está constantemente evitándola o escapando del momento que le genera ansiedad, es así que la persona se está reforzando negativamente.

1.2.3. Aspectos teóricos

1.2.3.1. Ansiedad social. Es normal sentirse nervioso en algunas situaciones sociales, por ejemplo, cuando vamos a tener una cita muy importante, cuando va a hacer una presentación con el objetivo de obtener un logro en nuestra vida laboral, o cuando estamos esperando los resultados de algún examen que tal vez implique tomar decisiones difíciles, ante esto es necesario tener en cuenta los siguiente:

A. Definición. Schaefer y Rubí (2015) reportan que el trastorno también recibe el nombre de fobia social debido a que las interacciones de la persona, en su día a día, genera mucha ansiedad, temor, inseguridad, temor, vergüenza por miedo a qué dirán si interviene; algunas personas pueden desencadenar en la fobia social después de una situación desagradable e incómoda que ha sucedido en público, motivo por el cual prefiere evitar pasar por la misma situación más adelante y decide evitar cualquier momento que tenga que hacer frente a lugares públicos, salir en grupos o con alguna persona en especial; por otro lado, cuando está en la situación ansiosa tiende a escapar del momento; por lo tanto, cada vez que evita o escapa de la situación difícil se siente tranquila y satisfecha, por lo tanto, en lo futuro hará siempre lo mismo

para evitar el momento de malestar. Sin embargo, cada vez que la persona analiza su conducta se da cuenta, y es consciente, que no está haciendo bien por la forma como se conduce, se arrepiente, pero cuando está nuevamente ante la situación estresante lo volverá a hacer. Un hecho importante es cuando la persona decide hacer frente al problema, y al momento de hacerlo le viene el momento molesto el mismo que se acompaña con sintomatología psicológica y biológica, repitiéndose la historia y así sigue evitando o escapando.

Cuando la persona no tiene el soporte emocional para ayudarla, o alguien que la asista, la situación extrema siempre se repetirá; es así que el círculo vicioso está siempre presente, además si su entorno no le tiene la suficiente paciencia será difícil que salga de la situación. Han ocurrido casos que la persona llega al extremo de tener crisis de pánico, cree que va a morir, se desespera, tiene pensamientos suicidas y hasta llegan a intentarlo, poco a poco va dependiendo de los medicamentos y después le será difícil salir de la situación.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos para este trastorno:

- a. Ansiedad intensa con solo pensar que va a estar en situaciones sociales donde tenga que estar frente a otras personas donde se sentirá observado, pensará que los demás están buscando los errores que cometa, o cuando deba estar ante una entrevista o reciba invitación de alguna persona para salir a otro lugar.
- b. Temor de sentirse humillada si es que se equivoca o le llaman la atención, lo que incrementa su inseguridad y probablemente se equivoque.
- c. Evita acudir a lugares donde esté expuesta a numerosas personas o deba dar exámenes orales, exponer algún tema a sus compañeros, o evitar momentos donde deba ser el centro de la atención de los demás.
- d. La conducta ansiosa no se justifica, la persona tiene conciencia de eso, lo que le genera mayor inseguridad y ansiedad.

- e. La conducta problema se mantiene por lo menos seis meses, la misma que interfiere en los estudios, trabajo, interacciones sociales y la capacidad de disfrutar la vida, por lo que siempre tiene sentimientos de culpa por la pérdida de oportunidades que está desprovechando.
- f. Si se encuentra en el momento que genera ansiedad tiende a escapar buscando muchos pretextos.
- g. Temor a tener síntomas emocionales o físicos si no evita o escapa del problema, algunas veces sufren desmayos, falta de respiración y sensación de muerte.

B. Teorías explicativas. Belloch et al. (2008) refieren que fue Sigmund Freud quien empezó a hablar sobre el tema, quien afirmaba que la causa del trastorno se originaba en impulsos y experiencias que tenía una persona desde muy temprana edad y que hasta ahora no habían sido resueltas, motivo por el cual la persona responde a través de reacciones de pánico, una ansiedad generalizada, o a través de una fobia muy específica que habría que investigarla para explicarla y empezar el tratamiento. Los mismos investigadores antes mencionados afirman que el problema tiene un origen en la herencia, mal funcionamiento de alguna glándula, reacciones fisiológicas y psicológicas.

Las teorías conductistas señalan que la ansiedad es una respuesta condicionada, para tal modo se explica a través del condicionamiento clásico y del operante; informan que es una conducta aprendida ante una situación muy adversa que en algún momento ha sucedido en la vida de una persona, esa situación, al no poder ser superada, permite que se manifieste, y mantenga el trastorno. Agregan que la historia previa de reforzamiento de la persona (cosas que han ocurrido en toda su vida) van a influir en la conducta. Es así que si una conducta se adquiere también se puede mantener, en el caso de la ansiedad se mantiene a través de la evitación o escape.

Las teorías cognitivas indican que el proceso ansioso se debe a que existen distorsiones en la percepción, en el pensamiento, que influyen en las expectativas y en la imaginación de los sujetos; todas estas interacciones se acumulan en la memoria, generando alteración en el proceso de información que finalmente afecta el pensamiento. Como todos los sistemas están interrelacionados, finalmente se ve afectada la memoria, la atención y la forma cómo se interpretan los acontecimientos que le están ocurriendo, buscando, el paciente, siempre justificar el trastorno que padece; es así que la persona interpreta a estos estímulos como amenazantes, por tal motivo siempre los evitará o buscará la manera de no hacer frente a ellos, es a partir de aquí desde que inicia el círculo vicioso que mantiene la ansiedad.

Por otro lado, también observamos a quienes defienden la teoría conductual cognitiva, que afirman que las conductas se aprenden, influyen en la personalidad, en el pensamiento, memoria, se procesa en el cerebro y la persona termina respondiendo con la conducta ansiosa; es decir, esta teoría informa que la variable organismo es importante para explicar el trastorno, pues todo se registra en el cerebro.

Como vemos, la ansiedad social consiste en el miedo que los demás pueden pensar de una persona respecto a su conducta, rendimiento, forma actuar, pensar, etc. Puede ocurrir cuando una persona está frente a una entrevista de trabajo, citas, exposiciones en clase donde no solo evalúa el profesor sino también el resto de compañeros, dar un examen de conducir, entrevista para lograr obtener una visa. También puede ocurrir que cuando va caminando por la calle y cree que la están mirando por su manera de vestir, caminar, ir a reuniones de sus compañeros.

Para el presente caso, de acuerdo a las características de la paciente, consideraremos a la ansiedad social como el temor intenso de la persona a ser juzgada por los demás pensando que su conducta no es la adecuada, lo que influye en sus estudios, centro laboral, interacción con los demás y en otras actividades de su vida diaria, impidiéndolo lograr los objetivos que se

ha trazado. El problema se agrava porque teme estar hablando frente a personas conocidas o desconocidas, motivo por el cual pierde oportunidades de las que después se arrepiente. Se mantiene así, evitando, porque cuando esto ocurre le disminuye la ansiedad que siente, así está más tranquila, pero después le sobreviene los sentimientos de culpa, se dice así misma que nunca va a lograr lo que desea, a lo que suma la actitud de sus padres y amigos, sobre todo cuando no le tienen paciencia, la agreden psicológicamente, la hacen sentir que es buena para nada, al extremo que algunas veces la prefieren evitar, lo que le produce malestar, se siente rechazada.

Tabla 1

Criterios diagnósticos de la ansiedad

Criterio diagnóstico	Conducta paciente
A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales con exposición al posible examen por otras personas.	● Trabajos grupales universitarios donde se tiene que relacionar con nuevos compañeros.
b. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera. demostrando síntomas ansiosos que lo valoren negativamente (humillación, vergüenza, ofensas).	● Pararse frente a sus compañeros de la universidad.
c. Las situaciones sociales siempre provocan miedo o ansiedad.	● Sudoración palmar
d. Evitación de situaciones sociales con miedo o ansiedad intensa.	● Evitación de almuerzos grupales
E, Miedo y ansiedad desproporcionados a la situación social con criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social, según DSM-V	● La paciente se encierra en su habitación y se echa a llorar para no ir a la reunión.
F. Miedo persistente mayor de seis meses	● Cuando refiere que le hubiera gustado participar talleres de verano en la universidad
Deterioro en el área social u otras áreas importantes Criterios diagnósticos según DSM-V	● Cuando en oportunidades no asiste a la Universidad para evitar las exposiciones.

1.2.3.2 Terapia cognitivo conductual. Es una de las terapias más utilizadas en la actualidad, se basa en los hallazgos de la psicología conductual, basada en los estímulos y respuestas, así como de los principios de la psicología cognitiva, que enfatiza la necesidad de tener en consideración los procesos mentales que no se pueden observar directamente; afirman que la conducta no solo es observable y registrable, sino que el ser humano interpreta la realidad que lo rodea, por lo tanto la terapia cognitivo conductual integra no solo lo que puede verse u observarse sino también su mundo interior, por eso aboga por tener en cuenta también sus creencias u opiniones y demás construcciones mentales. Esta terapia parte del principio que los pensamientos influyen en el comportamiento y viceversa es así que se trata de investigar cuáles son las motivaciones cognitivas que nos llevan a actuar de un modo u otro.

Mendoza (2020) afirma que esta terapia tiene como propósito ofrecer a la persona la ayuda para resolver y superar los problemas que afectan su conducta, siempre deben estar relacionados con sus emociones y el ambiente en donde vive, en todo momento se debe tener en cuenta que las conductas son aprendidas y que en el entorno de las personas existen los modelos. Siempre se está buscando la mejora y prevención de problemas; son los problemas que está pasando la persona, si no son superados, los que hacen sentir mal a las personas y los llevan a tener, en este caso, problemas de ansiedad. Esta terapia da mucha importancia a las emociones y la manera cómo el comportamiento afecta la conducta y viceversa. Es así que es muy efectiva en problemas tales como la ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, angustia, fobias, adicciones, así como todos aquellos problemas que generan malestar a la persona consigo misma y con las personas con quienes interactúa. También es efectiva en el ámbito educativo, social, clínico, organizacional, se puede adaptar a cada uno de los problemas que afectan la conducta del ser humano (García-López et al., 2003; Camilli y Rodríguez, 2008).

1.2.3.3 Técnicas cognitivo conductuales. Dávalos (2024) indica que las técnicas cognitivo conductuales más utilizadas son:

A. *Reestructuración cognitiva.* Elaborada por Ellis donde se afirma que la historia de los acontecimientos que le han pasado al sujeto va a influir en sus conductas, ya sea las adaptadas o las desadaptadas, estas conductas afectan el pensamiento y las emociones, luego las consecuencias son las que las mantienen, por eso, para modificarlas es preciso modificar las consecuencias de esa conducta.

B. *Relajación progresiva.* Se refiere a que la persona esté sentada, o acostada, para empezar a realizar ejercicios de relajación donde intervenga todo su organismo y luego que esté relajada se le dice que imagine que está frente a la situación estresante y poco a poco se vaya preparando para que cuando esté en el momento sepa qué hacer para que no le sobrevenga la ansiedad.

C. *Desensibilización sistemática.* Se complementa con la anterior, la misma que consiste en poner a la persona, imaginariamente, ante la situación estresante para que cuando llegue el momento pueda hacerla frente. Se diferencia de la anterior en que la relajación progresiva es más fisiológica (muscular) para evitar la conducta ansiosa. La segunda es más psicológica porque consiste en hacer que la persona, simbólicamente, esté frente al problema para que vaya poco a poco haciendo frente a la situación.

D. *Debate socrático.* Se refiere a que la persona se cuestione a sí misma, se pregunte si su forma de pensar, así como su comportamiento se justifica, si es realista la manera como está actuando, a la vez que trate de buscar una explicación y la manera de salir de la situación, el paciente, después de pensar, deberá reconocer qué es lo que le provoca su malestar; es importante mencionar que el Psicólogo es un guía, no es quien le va a dar la solución al paciente, todo lo contrario, será el paciente quien identifique cuáles son las causas de su problema. Reconocer esos patrones o esquemas mentales y discernir cuáles son positivos para la persona es un paso indispensable para empezar una reforma en sus vidas. A partir de aquí se empezará a planificar los objetivos específicos para lograr la pronta recuperación.

E. Entrenamiento en habilidades sociales. Como sabemos, la persona ansiosa tiene problemas con su entorno, por ese motivo no le tienen paciencia, por tal motivo, de manera paralela a la aplicación de las demás técnicas, es preciso que mejoren sus habilidades sociales, para lo cual es preciso que vayan tomando conciencia de las consecuencias de su conducta.

F. Autorregistro. Se solicita a la persona que anote las conductas que le generan molestia, así sus pensamientos que impiden que se conduzca de una manera acertada; así, el paciente, a medida que avanza el tratamiento, irá viendo los resultados de las conductas que está registrando, lo ideal es que haya progreso.

G. Psicoeducación. Uliaque (2017), en sus investigaciones, valora mucho la psicoeducación porque es una manera de comprender mejor la problemática de las personas, pues el profesional Psicólogo ayudará a su paciente a que comprenda el problema por el que está pasando. También, indirectamente, se utilizan los juegos, los mismos que contribuyen a expresar los sentimientos que en estos momentos tiene la persona; asimismo, contribuye a formar a la persona brindándole la información necesaria para que comprenda la importancia del buen manejo de las habilidades sociales y la cultura general porque ésta ayudará a que tenga temas importantes que conversar cuando se encuentre en situaciones debido a que con frecuencia las personas que sufren de ansiedad se bloquean y no saben qué decir en determinadas circunstancias. La psicoeducación también ayudará al cultivo de valores y al conocimiento de la cultura de la sociedad.

H. Bloqueo del pensamiento. Ruiz (2019) indica que esta técnica también recibe el nombre de detención del pensamiento, parada de pensamiento. Está referida al autocontrol que permite reducir o bloquear los pensamientos que molestan el bienestar de una persona, se trata de interrumpir el pensamiento cada vez que la persona siente la fobia o la ansiedad, por lo cual es necesario que sea reemplazado por pensamientos optimistas, que sí se siente capaz

de lograr lo que se propone, de esta manera desaparecerán las emociones negativas porque son bloqueadas, contribuye a que la persona tome decisiones que sí se puede lograr y llegar al éxito.

I. Sentido del humor. Consiste en que la persona aprenda a pensar que los temores infundados no le ayudan en nada, más bien le perjudican, que las fobias son producto de su imaginación y se pueden superar.

J. Moldeamiento. Es un proceso que consiste en que la persona superará sus problemas poco a poco, sin desesperarse, de manera paulatina. Es importante decir que a medida que la persona va progresando se le irá reforzando y estimulando para que esas conductas, adecuadas, se fortalezcan y las inadecuadas se dejan de reforzar para que se debiliten.

K. Autoinstrucciones. Consiste en que cada persona deberá escribir sus avances en registros que el profesional le tendrá preparado, así el paciente mismo será quien observe si está progresando o no.

L. Reforzamiento positivo. Es una técnica que consiste en que cada vez que una persona progresa en su tratamiento se le irá reforzando para que esa conducta se repita.

LL. Desensibilización sistemática. Técnica que tiene por objetivo disminuir las respuestas fisiológicas de la ansiedad y a la vez hacer frente a los estímulos que la originan. Consiste en que la persona aprenda a descubrir cuáles son los momentos que le producen la ansiedad, luego se le enseña a enfrentarlos y no a evitarlos ni a escapar para sentirse aliviado, a partir de aquí se le empieza a aplicar técnicas de relajación. Se divide en dos partes: Desensibilización Sistemática Imaginaria (DSI) y Desensibilización Sistemática Real (DSR). En el primer caso (DSI) se le coloca al paciente en un lugar donde está cómodo, a continuación, se le aplican técnicas de relajación, a continuación, se le indica que, poco a poco, se vaya acercando a la situación que le produce ansiedad, así, a medida que se va avanzando para acercarse al estímulo, se le va relajando, hasta que esté tranquilo frente a la situación que le

preocupa, a medida que se va progresando se le refuerza por los avances que irá logrando. En cuanto a la segunda (DSR), se le presentan al paciente estímulos de manera real, o ante situaciones que le generan la reacción ansiosa, es una forma de enfrentar en vivo a los desafíos lo cual es un reto para superarlas en lo sucesivo. Cabe resaltar que para pasar a la DSR se debe haber completado la DSI; el reforzamiento por cada avance siempre estará presente.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir los niveles de ansiedad social aplicando un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer de 22 años.

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir las respuestas fisiológicas de la ansiedad social utilizando técnicas de relajación.
- Modificar los pensamientos distorsionados acerca de la ansiedad utilizando técnicas cognitivas.
- Incrementar su conducta de hacer frente a la ansiedad social para disminuir la frecuencia de conductas de evitación y escape utilizando técnicas cognitivo conductuales.
- Disminuir las conductas relacionadas a la ansiedad para regular sus emociones.
- Comparar los efectos de las técnicas cognitivo-conductuales sobre la ansiedad social antes y después de su aplicación.

1.4. Justificación

La ansiedad social se presenta de manera frecuente en las personas, principalmente cuando no han tenido un buen soporte familiar, en la escuela, con los amigos, o de parte de las personas que están muy cerca de ella, es así que dadas las circunstancias, donde hay descuido

familiar y poco control del entorno donde se vive muchas personas están expuestas a tener este problema, el problema se agrava porque a la persona le es difícil salir de la situación, sobre todo porque demuestra mucha inseguridad y puede perder muchas oportunidades laborales, sociales, educativas, lo que genera un gran sentimiento de culpa por no saber tomar decisiones prontas, a veces quienes están cerca de ella la toman como tonta, que no es capaz de decir no a nadie. Todo esto la puede llevar a la angustia que se convierte en una barrera invisible que no le permite madurar, siempre está buscando un apoyo para evitar, o escapar, de la situación que le genera malestar, por lo tanto, es necesario atender el problema, así como proponer alternativas para que más adelante pueda haber eficaz intervención, principalmente para hacer reflexionar a la familia para que estén siempre dispuestos a motivar, estimular y reforzar todas las conductas adecuadas, de esta manera la persona será resiliente.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

La intervención oportuna ayudó a la paciente a superar el problema de la ansiedad social que le hizo perder oportunidades, pero que ya ha iniciado un periodo para mirar más adelante, no para ver lo que ha perdido, sino que ya ahora con más experiencia sabe que el reto de hacer frente a adversidades, y superarlas, con el apoyo de los que están cerca de ella, sí es posible alcanzar lo que se propone, además le servirá como experiencia. Ella se ha dado cuenta que ahora es diferente, está motivada y dispuesta a ayudar a otras personas que pasaron por lo mismo.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es aplicada, se basa en los principios encontrados en el experimentando con sujetos animales, donde se han descubierto las técnicas de modificación de conducta. El diseño es experimental bicondicional, es así porque existen dos condiciones, o también llamadas fases, las mismas que son A-B, en la primera fase, A, se evaluó la conducta problema, para lo que fue necesario la utilización de los instrumentos para medir la ansiedad. En la segunda fase, B, se inició el proceso de intervención donde se aplicó las técnicas cognitivo conductuales (Castro, 1976). Luego se llevó a cabo la fase de seguimiento, la misma que se aplicó tres semanas después de finalizada la intervención, esta fase tuvo como objetivo verificar si los resultados obtenidos luego de la fase B aún se mantenían (Hernández et al., 2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso que se presenta se atendió en consulta particular, entre los meses de enero, febrero y marzo de 2025, tuvo una duración de 22 sesiones, dos veces por semana, con una duración de 60 minutos por sesión, aproximadamente, recordemos que las consultas psicológicas con frecuencia se extienden un poco más debido al interés de la paciente, así como de la familia. Las técnicas que más se utilizaron fueron la relajación, psicoeducación, desensibilización sistemática, socrática, reforzamiento, moldeamiento. Se aplicó instrumentos de evaluación.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. Variable independiente

Consistió en la aplicación del programa cognitivo conductual que buscó identificar cuáles eran los pensamientos y emociones que le producen malestar, para lo cual se usaron técnicas cognitivo conductuales. Beck y Clark (2012) considera que la aplicación del programa

y el uso de estas técnicas que contribuyen a disminuir conductas tales como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, fobias, etc.

2.3.2. *Variable dependiente*

La variable dependiente es el trastorno de ansiedad social, que es un temor crónico y molesto que se manifiesta ante situaciones sociales nuevas con temor a ser criticada por quienes la observan, temor a salir a una reunión social o con una persona que la ha invitado a salir, así como temor a una entrevista de trabajo o a exponer un tema delante de sus compañeros de estudios. Ante situaciones así la paciente refiere tener latidos acelerados del corazón, sudoración, temblores en las piernas, se olvida de todo, sensación de mareos, evita tener contacto visual, inseguridad, inseguridad, fatiga, alteración de la respiración.

2.4. Participante

Datos generales

Nombre y apellidos	: Rosario R.G.
Edad	: 22 años
Fecha de nacimiento	: 08/01/1997
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: Trabaja
Lugar de residencia	: Balconcillo
Examinadora	: Yanett Jacinta Gonzáles Romero

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. *Técnicas*

2.5.1.1. Entrevista y evaluación psicológica. Es un procedimiento ideal para obtener información de la paciente acerca de los aspectos de su vida, principalmente del problema que la aqueja, es necesario observar su comportamiento tanto verbal como no verbal, su

comunicación en el sentido amplio donde no solo se tiene en cuenta las palabras sino también los gestos, movimientos y hasta silencios, ayuda a recolectar información sobre su personalidad, estado emocional, permite la interacción y comunicación a través del diálogo. Al respecto, en primer lugar, se indagó sobre la historia previa de reforzamiento, desde la infancia hasta la actualidad; luego se esclareció sobre la problemática de la persona donde se incluye qué es lo que la aqueja, desde que se inició y descubrir los estímulos antecedentes y consecuentes de la conducta; finalmente, en la tercera parte, en coordinación con la paciente, se buscó la manera de hacer frente a la situación que le produce la ansiedad. Como vemos, la entrevista psicológica ayuda a analizar la conducta, los pensamientos, las emociones y todo lo que la aqueja.

A. Observación conductual. Contribuyó a analizar qué es lo que la aqueja, en qué momento se produce la situación ansiosa, contribuyó a sacar conclusiones de sus gestos, pausas su llanto y qué hace cuando ocurre la conducta problema.

B. Aplicación de test. Tuvo como objetivo medir los niveles de ansiedad, así como identificar problemática complementaria que ayudó a la intervención.

C. Consentimiento informado psicológico. Tuvo como objetivo, después de explicar a la paciente cómo se iba a llevar a cabo la intervención y verificar si estaba de acuerdo con el procedimiento que se siguió.

2.5.2. Instrumentos aplicados

- **Inventario de Ansiedad de Beck**

Descripción. Elaborado por Aaron T. Beck en 1988 que tiene como objetivo evaluar los niveles de ansiedad de las personas, desde donde se valora los síntomas de la situación ansiosa. Consiste en responder por 33 ítems, donde se especifican los síntomas de ansiedad. El resultado permite establecer si la persona arroja un puntaje de 0- a 7 indica que no hay ansiedad, de 8-18 es leve, de 19-29 es moderado y entre 30-63 es grave. Evalúa la gravedad de los

síntomas ansiosos en una escala de: 0 (en absoluto), 1 (levemente, no me gusta mucho), 2 (moderadamente, fue muy desagradable), 3 (severamente, casi no podría soportarlo). Para el puntaje total se suman todos los ítems y se obtiene el resultado general.

Interpretación. La sumatoria total de los ítems permite conocer el nivel de ansiedad que tiene la persona.

Confiabilidad. Se utilizó el método de análisis por consistencia mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, teniendo una confiabilidad de 0,852.

Validez. Se obtuvo mediante el método de correlación ítems-test aplicando la prueba de Pearson, obteniendo los índices de discriminación de cada reactivo del instrumento, se utilizó el método de análisis por consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach.

- **Escala de Habilidades Sociales**

Autora: Elena Gismero Gonzales, desde la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid).

Aplicación: Puede ser manera individual o colectiva

Sujetos de aplicación: adolescentes y adultos

Tiempo: 15 minutos

Finalidad: Evaluar las habilidades sociales

Baremación: Baremos de población general (varones y mujeres, adultos y jóvenes)

Composición. Son 22 ítems, tiene cuatro alternativas de respuesta: “No se parece en nada a mí”, “nunca o casi nunca lo haría”, “Se parece mucho a mí” “siempre o casi siempre lo haría”.

Mide seis dimensiones: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, expresión de enfado o disconformidad, saber decir no, hacer peticiones con el sexo opuesto, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

- **Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI) versión Adultos**

Autor : Stanley Coopersmith, 1997

Administración : Individual y colectiva

Ámbito de aplicación : de 16 años para adelante

Tiempo de aplicación: 15 minutos

Finalidad : Medir las actitudes valorativas de sí mismo

Áreas que explora : Sí mismo, social, hogar, amigos

El inventario está constituido por 58 afirmaciones, con respuestas dicotómicas: SI-NO, que brindan información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de cuatro sub test. En puntaje máximo es de 100 puntos y el test de mentiras (ítems: 28,32, 36, 41, 45, 50, 53, 58), invalida la prueba si el puntaje es superior a cuatro. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems respondido en forma correcta y multiplicando éste por 2 sin incluir el puntaje de mentiras.

Clave de respuestas:

Subescalas:

I. Sí mismo general: (13 ÍTEMS) 1,3,4,7,10,12,13,15,18, 19,23,24,25

II. Social: (6 ÍTEMS) 2,5,8,14,17,21

III. Familiar: (6 ítems) 6,9,11,16,20,22

Categorías

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

De 0 a 24 : Nivel de Autoestima Baja

De 25 a 49 : Nivel de Autoestima Medio baja

De 50 a 74 : Nivel de Autoestima Medio alta

De 75 a 100 : Nivel de autoestima Alto

2.5.3. Evaluación psicológica

Datos generales

Nombre y apellidos : Rosario R.G.

Edad : 22 años
Fecha de nacimiento : 08/01/1997
Grado de instrucción : Superior
Ocupación : Trabaja
Lugar de residencia : Balconcillo
Examinadora : Yanett Jacinta Gonzáles Romero

Descripción de la examinada. Rosario, 22 años 1.55 de estatura, contextura mediana, morena, cuidada en su presentación, achinada, bien parecida, mira fijamente y siempre con una leve sonrisa, frecuentemente hace sonar sus dedos, al cruzar las piernas siempre las mueve, se observa sudoración palmar, se come las uñas, atenta a las instrucciones, pocas veces pregunta cuando se le aplican los instrumentos. Con frecuencia dice estar arrepentida por las oportunidades que ha dejado pasar, ansía independizarse de sus padres, vivir sola, aunque por ahora no tiene pareja debido a que cuando la invitan a salir busca cualquier pretexto para no asistir, esta es una de las cosas por las que se arrepiente, además de haber perdido oportunidades de trabajo por el temor de ser observada y de equivocarse.

Problema actual. Rosario refiere que desde pequeña ha sido muy “nerviosa”, su mamá siempre estaba detrás de ella para que haga las cosas bien hechas, cualquier error que a la mamá no le gustaba inmediatamente se lo hacía notar, le llamaba la atención, si la entrevistada le contestaba y le hacía notar su reclamo por ser así inmediatamente la llevaban al sacerdote para que se confiese y no se vuelva a repetir porque los hijos deben ser obedientes. Le obligaban a que sea la primera alumna, tenía que aprender de memoria todo lo que el profesor dictaba y si en algún momento que tenía examen no había aprendido de memoria todo el curso la hacían faltar a clases para que se prepare mejor, el papá contrataba a un profesor particular o pedía a algún familiar que vaya a su casa a ayudarla. La mamá siempre se preocupó para que esté bien limpia y presentada, que cuide mucho la higiene porque eso es importante. Siempre le

preguntaban si ya estaba lista para el examen, la matriculaban en un curso de repaso a pesar que no lo necesitaba. La paciente agrega que, desde ahí, a pesar que estaba preparada, se sentía insegura, tenía temor a equivocarse, sobre todo porque el papá le decía que él hace mucho esfuerzo por ella y debe saber corresponder; tal era la presión que cuando tenía un examen, o alguna exposición, pensaba que podía fallar y si eso ocurría los padres la maltratarían, o le harían notar que no obedece a sus expectativas. Hubo una oportunidad que no salió con nota académica de excelencia y su papá se encolerizó, todo esto empeoraba la situación, fue así que le empezaron malestares, como diarreas, preocupaciones, soñaba dando examen, pero sobre todo con el temor que podría equivocarse y encolerizar a su papá quien la amenazaba con cambiarla a un colegio nacional si no sacaba el primer puesto, por eso debería obtener diplomas a fin de año. En otras oportunidades, cada vez que se acercaba un examen, o un acontecimiento importante, tenía taquicardia, si se trataba de exponer empezaba a tartamudear.

Al ser una alumna destacada la profesora le decía que salga a recitar alguna poesía por algún acontecimiento importante, pero el día que debería presentarse ante el auditorio prefería faltar o buscaba algún pretexto para no ir, llegando al extremo de decirle a la profesora que no la elija para alguna presentación y que tampoco le diga a sus padres. A medida que avanzaba en sus estudios llegó a ingresar a la universidad; se dio cuenta que la situación académica era diferente, ya no tenía que memorizar tanto lo que el profesor decía, todo era más participativo, tenía que intervenir, exponer. Fue así que su problema empeoró porque se sentía observada, tenía la sensación que los demás estaban observando sus errores; uno de sus compañeros se dio cuenta de su inseguridad, se le hizo notar, le dijo que no estaba bien y le decía que estaba muy grandecita para ser así y que se vestía como monja y que todos se habían dado cuenta de la manera en que actúa.

Sus amigos de la universidad, pública, donde ella estudia en la Escuela Profesional de Contabilidad, han conseguido trabajo como practicantes, la han motivado para que trabaje a

medio tiempo y cuando fue a la entrevista se puso nerviosa y no respondió bien lo que le preguntaban, tenía la sensación que se fijaban en sus errores; cuando se entera que hay otras oportunidades de trabajo presenta su currículo, pero no se acerca a la entrevista. En la actualidad está trabajando a medio tiempo gracias a la recomendación de los contactos que tiene su papá, pero prefiere trabajar en el archivo porque teme tener contacto con personas, en este puesto de trabajo se siente más tranquila, pero a pesar de eso, cuando hay algún compromiso de reunión en la empresa, prefiere no asistir porque tiene temor a que se burlen por lo que pueda decir. Rosario, ante la entrevista, tiene buena cultura general, pero no la aprovecha para destacar ante sus compañeros.

La paciente no es mal parecida, le dicen “chinita” por sus ojos ligeramente rasgados, cuando alguna persona la invita a salir ella acepta, pero llegado el momento no acude a la cita por temor a que la persona se de cuenta de sus defectos que supuestamente ella se atribuye. Su pretexto es que ha tenido algún problema que pudo asistir, lo cierto es que a medida que se acerca la hora de salir de su casa para asistir a la reunión empieza a sentirse mal. Tampoco asiste a compromisos sociales, aunque sí va a reuniones familiares, pero evita hablar y cuando se retira lo hace sin despedirse.

Evolución del trastorno. Rosario refiere que el problema actual lo tiene desde que estaba en el colegio; sin embargo, paulatinamente se han ido sumando las dificultades, hasta que lo que hizo sentir muy mal fue cuando tenía 19 años, un vecino, a quien conocía desde hace muchos años la invitó a que sea su pareja de promoción del colegio, cuando el joven fue a su casa, con su mamá, y le hizo la propuesta se limitó a aceptar, principalmente porque la señora era amiga de su mamá, pero en realidad la paciente no deseaba ser pareja, principalmente porque no conocía a las personas que iban a estar en esa reunión, lo cual al inicio le pareció muy bien porque al no conocerla podría pasar desapercibida. Fue así que se compró ropa nueva. El día de la reunión empezó a sentirse mal, volvió a sentirse mal, tenía taquicardia, sudoración en su

rostro, con solo pensar que iba a caminar delante de todos con el joven la hacía sentir mal, llegó el momento que conversó con una amiga para que la reemplace, a pesar que tenía todo listo para la reunión. En la reunión las cosas transcurrieron de manera normal y como no tenía costumbre de salir a bailar, no sabía conducirse, las demás chicas le empezaron a recomendar que no se preocupe pero que se esmere hasta que el joven que la había invitado empezó a sacar a bailar a sus demás compañeras pero a ella nadie, eso le molestó y le dijo a su pareja que ya deseaba irse a su casa, a lo que el chico le dijo que no sea aguafiestas y que se espere un ratito más para retirarse, el tiempo pasó y ella seguía en lo mismo, hasta que se retiró sin despedirse, el joven la vio y se retiraron juntos a pesar que la fiesta estaba muy bonita. En el taxi ninguno de los dos habló, su pareja estaba molesta, la dejó en su casa y él volvió a la reunión porque aún había tiempo.

Mientras tanto, cuando tenía que presentar algún trabajo delante de sus compañeros temía hacerlo por temor a equivocarse y que sus compañeros se burlen de ella, es por ese motivo que a medida que se acercaba el día de exposición conversaba con alguno de sus compañeros para que la reemplacen porque se sentía mal e iba a faltar a clase, esto ocurría porque la primera vez que tuvo que exponer se puso nerviosa a pesar que le dijeron que podía leer la clase, pero tartamudeaba y sus compañeros se burlaban de ella, tenía la seguridad que estaban viendo cuáles serían sus defectos para reírse.

Historia previa. La mamá de la paciente fue citada para que nos informe sobre su hija, informó que su relación con el esposo fue siempre muy buena, fue así que deseó salir embarazada, ella está dedicada a la familia y el esposo es muy trabajador; así, indica que tanto el embarazo como el parto no tuvo complicaciones, en todo momento asistió al médico a hacer el control correspondiente, al nacer llegó a pesar 3.100 kilos y midió 49 centímetros. La señora agrega que su alimentación ha sido buena y siempre la llevaba al médico para que la controlen y vacunen.

Familia. Rosario informa que en su casa sus padres siempre se han llevado bien, los dos se han preocupado por sus hijos, “lo malo es que son muy estrictos y obsesivos con nosotros, nos controlan todo y al milímetro que no podemos hacer nada porque nos están preguntando qué hemos hechos y qué debemos hacer”, se casaron muy jóvenes, los dos tenían 22 años, desde el inicio vivieron solos, cuando la señora daba a luz iban las abuelitas a cuidarlas, se turnaban; sin embargo, en términos generales, considera que si son así es porque los quieren, entre los hermanos tienen buena relación, a pesar que de vez en cuando se pelean, pero hasta ahí nada más.

El papá se llama Hugo, 50 años, de profesión contador, es una persona responsable, dedicado a sus hijos, casi no lo ha visto tomando ni fumando, a sus hijos aconseja que trabajen y ahorren para que se compren las cosas que necesitan, es celoso, aunque les dice que todo tiene su tiempo y que se casen y formen su familia.

La mamá se llama Felícita, 50 años, estudió en la facultad de Educación, en la actualidad es cesante, lo ha hecho porque se quiere dedicar completamente a sus hijos. La paciente la considera muy obsesiva, le molesta cuando las cosas no están ordenadas, les está haciendo recordar que deben valorar su esfuerzo, también es celosa con todos, aunque pide que le cuenten sobre los amigos que tienen.

La hermana mayor se llama Olga, 24 años, acaba de terminar sus estudios superiores y se está dedicando a la docencia en un colegio del estado, la considera estudiosa, también está estudiando inglés, se consideran muy amigas y se cuentan sus cosas.

La segunda hija es la paciente, Rosario, 22 años, trabaja en el estudio contable de su papá y además estudia contabilidad, le gustan los estudios y más tarde desea formar una empresa o en todo caso asociarse con su papá.

El tercero es Daniel, 19 años, estudia Contabilidad, al igual que su papá, es bastante hogareño, ayuda a su papá en el trabajo de su estudio.

El cuarto es Juan, 17 años, se encuentra en quinto de secundaria, refiere que desea ser abogado, lo considera un joven bueno y respetuoso.

Finalmente, la última hermana es Martha, 15 años, estudiante, aún no se decide qué desea estudiar.

Tabla 2

Grupo familiar de la paciente

Parentesco	Nombre	Edad	Instrucción	Dedicación
Padre	Hugo	50	Superior	Contador
Madre	Felícita	50	Superior	Profesora-Cesante
Hermana	Olga	24	Superior	Profesora
Paciente	Rosario	22	Superior	Contadora
Hermano	Daniel	19	Superior	Estudiante
Hermano	Juan	17	Estudiante	Estudiante
Hermana	Martha	15	Estudiante	Estudiante

Instrucción. Rosario fue matriculada al nido desde los cuatro años, la mamá la motivó para ir al colegio, a lo que su hija fue entusiasmada y se adaptó desde el inicio, no tuvo cursos desaprobados y siempre ha pasado de año con notas excelentes, sobre todo porque los padres, especialmente el papá, pedía a todos sus hijos que sean los primeros en el colegio y lleven diplomas de honor, lo que no necesariamente ocurría con Rosario; sin embargo, sus promedios siempre eran altos, el papá estaba preocupado que estudien todos los siete días de la semana. Cuando ingresó a la secundaria continuó la preocupación de sus padres, le ponían profesores particulares, le exigían promedios altos, la hacían practicar sus exposiciones y si se equivocaba se lo hacía notar, le reclamaban el esfuerzo que hacían por ella, la hacían faltar al colegio si no estaba bien preparada para el examen, esto se acompañaba que le daban pastillas para que esté tranquila, al llegar del colegio le preguntaban cómo había salido, el día que le entregaban la libreta de notas para ella eran momentos difíciles porque no sabía si iba a obtener el primer

puesto, cuando no ocurría recibía llamadas de atención y le decían palabras agraviantes, como, por ejemplo, “eres una bruta que no sabes valorar el esfuerzo que hacemos por ti” y le hacía prometer que para la próxima sí obtenga mejores resultados, es así que se le exigía más y debía quedarse hasta tarde estudiando.

2.5.4 Evaluación psicométrica

Evaluación

1. Informe psicológico del Cuestionario de Ansiedad de Beck

Datos generales

Nombre y apellidos	: Rosario R.G.
Edad	: 22 años
Fecha de nacimiento	: 08/01/1997
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante de Contabilidad
Lugar de residencia	: Balconcillo
Examinadora	: Yanett Jacinta Gonzáles Romero

Motivo de consulta. Medir el nivel de ansiedad.

Instrumentos de evaluación: Previamente a la aplicación del instrumento, se llevó a cabo la entrevista psicológica, en donde se le observó motivada “porque deseo superar el problema que no me permite obtener los logros que deseo, ya en esta oportunidad estoy decidida a superarlos”.

Resultados. Se ha encontrado un nivel de Ansiedad Moderado, siendo un nivel de 28, que es un valor elevado dentro del rango, que nos ha permitido, de manera complementaria, a identificar otros problemas que no habían sido expuestos por la paciente, como por ejemplo, la necesidad de apoyo urgente que desea tener y que desea conseguir pareja para estar acompañada en un futuro; asimismo, nos ha permitido identificar la manera cómo el problema

actual está haciendo efectos en su quehacer diario porque no le permiten ser como ella quisiera, lo que nos ha permitido plantear claramente los objetivos a lograr, teniendo siempre presente que será ella la tome las decisiones finales. Se encuentra dificultad para relajarse, temor a que le suceda algún acontecimiento que le pueda producir consecuencias muy desagradables y que no se explica cuáles podrían ser; en un momento ha tenido la sensación que se va a desmayar acompañado de taquicardia y alteración de la respiración, si alguien le hace notar algún defecto, o virtud, se sonroja rápidamente al extremo que no la deja continuar haciendo las cosas que había empezado, esta interrupción le hace perder tiempo.

Conclusiones. Paciente que se ubica ansiedad moderada, acompañada de taquicardia, alteración de la respiración, sensación de mareo ante hechos que ponen en riesgo su estabilidad emocional y que podría generar temor ante cualquier momento nuevo para ella porque teme ser criticada o que se burlen de ella.

Recomendaciones. Ante tales resultados es preciso usar Psicoeducación para que vaya descubriendo en ella que la solución es su decisión, cuya demora la está llevando a manifestarse con ansiedad social que la hacen sentir culpable de todos los momentos desagradables que le ocurren; es por eso que con frecuencia está compensando su problema ayudando a amigos que pasan por la misma situación de ella. De manera complementaria aplicar técnicas de relajación y ejercicios de respiración; así como el uso de la desensibilización, principalmente la imaginaria para que esté preparada al momento de hacer frente a la situación estresante.

2. Informe psicológico de la Escala Habilidades Sociales

Datos generales

Nombre y apellidos : Rosario R.G.

Edad : 22 años

Fecha de nacimiento : 08/01/1997

Grado de instrucción : Superior

Ocupación : Estudiante de Contabilidad

Lugar de residencia : Balconcillo

Examinadora : Yanett Jacinta Gonzáles Romero

Motivo de evaluación. Identificar el nivel de Habilidades Sociales de Rosario para que se vaya adaptando a las situaciones que tiene temor hacer frente y a partir de esos momentos empezar la intervención psicológica.

Resultados. Los resultados arrojan un total de 50 puntos, que traducidos al puntaje equivalente nos dan un resultado de 3, que indica un nivel de Categoría Baja, este resultado indica que sus habilidades sociales y su capacidad de interacción con ambientes externos es demasiado pobre, encontrando poca asertividad, limitaciones para expresarse de manera espontánea y sin ansiedad, principalmente al estar en contacto con personas desconocidas, principalmente cuando tiene entrevistas, también le es difícil iniciar una conversación, mucho menos para desenvolverse libremente en reuniones sociales. Otro detalle encontrado está en que no es capaz de manifestar su malestar cuando debe decirlo, por lo que prefiere quedarse callada, a veces sus compañeros la utilizan cuando desean que les compren alguna cosa porque no es capaz de decir “NO”, es aquí cuando Rosario, después de algún momento, se siente culpable porque la toman como una tonta porque ella va a aceptar lo que le pidan, a pesar que no sirva lo que está recibiendo.

Tabla 3

Perfil de habilidades sociales, Fase A

AREAS	PUNTAJE DIRECTO	PUNTAJE ENEATIPO	CATEGORÍA
Auto expresión de situaciones sociales.	23	3	BAJO NIVEL
Defensa de los derechos consumidor	17	3	BAJO NIVEL

Expresión de enfado o disconformidad	20	3	BAJO NIVEL
Decir “NO” y cortar interacciones	26	3	BAJO NIVEL
Hacer peticiones	35	3	BAJO NIVEL
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	23	2	BAJO NIVEL
Puntaje total	28	2	BAJO NIVEL

Conclusiones. Rosario presenta un Bajo Nivel en sus Habilidades Sociales, reflejando dificultades para interactuar con su entorno, a la vez que se arrepiente y se siente culpable por no ser capaz de responder lo que le hubiese gustado.

Recomendaciones. Prepararla para que aprenda a relajarse, reforzar las conductas que indiquen tener acercamiento con adecuado con otras personas o cuando intervenga de manera espontánea en las conversaciones.

3. Informe psicológico de la Escala de Autoestima de Coopersmith (SEI)

Datos generales

Nombre y apellidos : Rosario R.G.

Edad : 22 años

Fecha de nacimiento : 08/01/1997

Grado de instrucción : Superior

Ocupación : Estudiante de Contabilidad

Lugar de residencia : Balconcillo

Examinadora : Yanett Jacinta Gonzáles Romero

Motivo de evaluación. Rosario llega a consulta por tener ansiedad, ante la entrevista se sintió con deseos de colaborar porque “quiero superar todos los problemas que me perjudican y afectan toda mi vida”, para esto se ha decidido aplicar la Escala de Autoestima de Coopersmith.

Resultados. La paciente ha obtenido un puntaje equivalente, para la sub escala Sí Mismo, de 14 que consiste en una baja autoestima. Para el área Social, Pares, ha obtenido un puntaje de 4, también para una categoría baja. En el área Hogar, su puntaje equivalente es de 5, autoestima baja. En relación al área Escuela ha obtenido el puntaje de 2 que la ubican en la misma categoría. Como vemos, a nivel general, la paciente está en una autoestima baja, que significa poca valoración así misma, insatisfecha con lo que le ocurre, tiene la convicción que no la aceptan, se cree observada y que los demás no piensan bien de ella, a veces busca culpables de lo que le está ocurriendo, cree que a veces no la comprenden, pero siempre está buscando soporte a los demás, los mismos que no la aceptan tal como es. Cuando los demás le piden favores inmediatamente los hace para de esa manera captar atención y que más adelante la puedan soportar y aceptar sus deficiencias. A esto se agrega que la paciente sí acepta que es así y desea colaborar para solucionar el problema que la preocupa.

Tabla 4

Resultados de la escala de autoestima, Fase A

	Puntaje Bruto	Puntaje SEI	Categoría
Sí Mismo General	24	14	Baja autoestima
Social Pares	22	4	Baja autoestima
Hogar Padres	25	5	Baja autoestima
Escuela	26	2	Baja autoestima
Escala General	20	18	Baja autoestima

Recomendaciones. Aplicar técnicas de cognitivo conductuales para superar el problema que le preocupa.

2.5.5 Informe psicológico Integrador

El objetivo del presente informe consiste en analizar los cuestionarios aplicados a Rosario, tiene el diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Para tal efecto se llevó a cabo la entrevista psicológica, donde fue citada, también, la mamá de la paciente, de manera complementaria se observó la conducta, logrando identificar gestos, actitudes y tono de voz

que denotaban ansiedad; sin embargo, luego que se le indicó la manera cómo se iba a llevar a cabo la intervención se le observó motivada y con deseos de superar el problema que le preocupa y le está perjudicando en los objetivos que tiene, en su centro laboral, estudio e interacciones sociales. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), Escala de Habilidades Sociales y Escala de Autoestima de Coopersmith.

Resultados. En cuanto a la escala de ansiedad, ha obtenido un puntaje de 23, que la ubican en una ansiedad moderada, al cumplir con todos los criterios diagnósticos, se confirma el problema que en la actualidad tiene. Se observa que necesita apoyo, preocupada por lo que le pueda suceder más adelante, lo cual le impide tener una buena relación con las personas de su entorno. Esto se acompaña con taquicardia y alteración de la respiración.

Con relación a sus habilidades sociales, existe una categoría baja, reflejándose en habilidades sociales pobres, donde no es capaz de negarse a hacer cosas que no le interesan, lo que le provoca un sentimiento de culpa.

Acerca del cuestionario de autoestima, se encuentra en una categoría baja. En cuanto al Sí Mismo, su nivel es bajo (14): en lo Social su nivel es también bajo (4); en cuanto a la Escuela también está al mismo nivel (2); finalmente, en cuanto a su Hogar (5) también es bajo. Como podemos observar, es preciso que tenga atención lo más pronto posible para que supera el problema que la aqueja.

Conclusiones. A Rosario se le encuentra, de acuerdo a los resultados, así como la entrevista y observación, ansiedad social, que se acompaña con ansiedad moderada, sobre las habilidades sociales está en un nivel bajo. Acerca de la autoestima, también en un nivel bajo.

Recomendaciones. Intervención terapéutica aplicando técnicas cognitivo conductuales.

Tabla 5

Diagnóstico funcional de la conducta

CONDUCTAS	EXCESO	DEFICIT
Pensamientos	X	

anticipatorios (frecuencia de 8)	
Aceleración de ritmo cardíaco (intensidad de 7)	X
No desear salir a compromisos (frecuencia de 6)	X
Dolor de estómago o diarreas (intensidad de 6)	X
Dolor de cabeza (intensidad de 9)	X
Enfado y cólera cuando le llaman la atención por lo que hace (intensidad de 7)	X
Llanto cuando le hacen ver sus defectos (intensidad de 7)	X
Vergüenza de estar al frente de personas (intensidad de 9)	X
Ansiedad ante lo que le pueda suceder (intensidad 10)	X
Temor y miedo a morir y haber perdido oportunidades (intensidad de 9)	X

En la Tabla anterior se encuentra lo siguiente:

- Cada vez que debe exponer un tema a sus compañeros, busca justificaciones para no asistir, le dice a algún compañero que lo haga por ella. Cuando le dicen que va a tener que exponer el tema se retira del local diciendo que tiene una cita médica. Cuando la invitan a alguna reunión social, o alguna persona de sexo masculino, a pesar que se

conocen, no asiste, aunque después se está arrepintiendo de la oportunidad que desaprovechó; promete que no volverá a ocurrir, pero llegado el momento tampoco asiste a pesar que ya está arreglada para salir.

- Se detecta bastante frecuencia de la conducta ansiosa y temor a que le suceda algo que no sabe qué, refiere que tiene la sensación que algo desagradable le puede ocurrir.
- Ante situaciones que no desea pasar se incrementa el ritmo cardiaco, alteración de la voz, suda, le duele la cabeza y tiene temor a morir en ese momento; llegando al extremo de no querer ir a dormir porque puede tener un paro cardiaco y morir.
- Sensación que todos la miran, se burlan de ella “porque soy tonta”, “se van a provechar de mí porque no soy capaz de decir NO”, temor a que sus superiores le llamen la atención que a veces, ante ellos, por el nerviosismo, tiene conductas torpes y “me pongo nerviosa”. En una oportunidad, estando almorzando con una de sus tías, sintió desmayarse y creía que iba a morir.

Tabla 6*Análisis funcional de la conducta problema*

Estímulo antecedente	Respuesta/Conducta	Estímulo consecuente
Tareas del profesor para exponerlas en aula	Respuesta cognitiva “Me pongo nerviosa, siento que se fijan en mis errores” Respuesta motora Busca pretextos para no salir de casa. Respuesta fisiológica Alteración de la respiración. Taquicardia. Sudoración. Sensación de desmayo.	La mamá le dice que mejor se quede en casa hasta que se sienta mejor. Se queda en casa. Se siente tranquila
Invitada a algún evento social, o para salir a conversar con una persona del sexo opuesto.	Respuesta emocional Ansiedad, miedo, temor Respuesta cognitiva. “Tengo vergüenza, no tengo ropa, no sé qué decir si alguien me enamora” Respuesta motora No sale de su habitación Respuesta emocional A medida que se acerca la hora se siente insegura. Se molesta si insisten a que vaya a la reunión.	Desaparece la ansiedad Habla con sus amigos para no ir porque tiene trabajos que hacer. Se siente tranquila, a la vez culpable. Mira TV a pesar de estar lista para salir.
Estar a solas con personas desconocidas, o del sexo opuesto.	Respuesta cognitiva “Mejor no hablo para que no se den cuenta que no sé” Respuesta motora Para la próxima se queda en su casa Respuesta emocional	Le preguntan y responde en monosílabos Se queda en casa a hacer alguna actividad, sentimiento de culpa

Entrevista con autoridades de la facultad para hacer llegar propuestas de los compañeros	Ansiedad con solo pensar que estará ante desconocidos. Respuesta Fisiológica Malestar estomacal, sudoración, taquicardia. Respuesta cognitiva “Cuando me toque intervenir todo se borrará de mi mente, si me preguntan no sabré qué decir” Respuesta motora Tiemblan sus piernas. Respuesta emocional Temor al qué dirán, vergüenza a la autoridad. Respuesta fisiológica Le duele el estómago	Inventa disculpas para no asistir. Se queda en casa, o asiste a otro lugar
--	---	--

Tabla 7*Análisis cognitivo de la conducta ansiosa*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción (C)
Presentación de los trabajos.	“No sabré qué decir”. “Estarán atentos a mis errores”. “En estos momentos todo se me olvida”	Ansiedad, temor a equivocarse.
Invitada a una reunión	“No puedo estar ante tanta gente, tampoco sola ante una persona del sexo opuesto, me dicen que soy torpe”	Taquicardia, alteración de la respiración.
Estar sola ante personas desconocidas o de poca confianza.	“Buscaré pretextos para retirarme y que me siento mal”	Sentir vergüenza
Hablar en público en una fecha conmemorativa.	“Todo se me olvida, no estoy preparada”	Tiene sudoración y temor al qué dirán

2.6. Intervención psicológica

Para el presente caso, con diagnóstico de Ansiedad social por el que está pasando Rosario, se atendió tal como a continuación se señala:

Tabla 8*Intervención psicológica*

Objetivos por sesión	Sesiones	Actividades
Objetivo N° 1	Primera sesión	-Entrevista y explicación de la evaluación.
Realizar la historia psicológica a través de la entrevista y observación.	Segunda sesión	-Explicación sobre la manera de la intervención -Entrevista a la madre y forma de evaluación.

Objetivo N° 2	Tercera sesión	- Aplicación de instrumentos, siempre con entrevistas a complementar.
Aplicar pruebas psicológicas: ansiedad, habilidades sociales y autoestima.		
Objetivo N° 3	Cuarta sesión	- Entrega de resultados por escrito.
Presentación y explicación de los resultados de las pruebas y explicación de la intervención.		
Objetivo N° 4	Quinta sesión	- Explicación a la madre y estrategia de intervención. - Aceptación de la intervención - Explicación de las técnicas cognitivo conductuales a usar. - Apoyo de la familia a través de la madre. - Verificar los primeros resultados, retroalimentación.
Explicar el problema, causas y consecuencias si no se hay intervención. Forma de intervención de aplicar la terapia	Sexta sesión	
	Sétima sesión	
Objetivo N° 5	Octava sesión	- Practicar técnicas de relajación-desensibilización. - Ejecución de las técnicas cognitivo-conductuales. - Reforzamiento de los avances. - La paciente practica relajación y desensibilización. - Explicación de las técnicas utilizadas. - Retroalimentación constante sobre los resultados y avances.
Verificar la efectividad de las técnicas para reducir la ansiedad.	Novena sesión	
	Décima sesión	
	Décima primera sesión	
	Décima segunda sesión	
	Décima tercera sesión	
Objetivo N° 6	Décima cuarta sesión	- Importancia de la Psicoeducación para el uso de los pensamientos, distorsiones cognitivas, cómo actúan, y el poder que tienen para influir en el estado de ánimo. - Identificar los pensamientos que afectan la conducta de Rosario, su autoestima y habilidades sociales.
Evaluar el avance de la intervención.	Décima quinta sesión	
	Décima sexta sesión	
	Décima séptima sesión	

Décima octava sesión	- Aplicación de las pruebas de salida.
Décima novena sesión	- Explicación de los resultados finales y presentación de informe.

2.7. Plan de intervención

Objetivo N° 1.- Explicar la manera de llevar a cabo la intervención terapéutica, para lo cual es necesario preparar y motivar a la paciente para tener éxito en la intervención, para lo cual es preciso explicar cada uno de los pasos a seguir, previamente se ha presentado el informe de prueba de entrada de los instrumentos que se han aplicado.

Primera sesión: Informe de los resultados de los cuestionarios aplicados, manera de llevar a cabo la intervención psicológica, consentimiento por parte de la paciente, así como informe a la mamá, tipos de técnicas cognitivo conductuales a usar, causas de la ansiedad, consecuencias e importancia de intervención temprana.

Segunda sesión: Motivación a la paciente sobre la importancia de llevar a cabo la intervención, recopilación de datos de la historia individual de la paciente para completar información importante; también se solicitó información a la madre.

Objetivo N° 2.- Explicar cada uno de los instrumentos a utilizar.

Tercera sesión: Aplicación de los cuestionarios.

Objetivo N° 3.- Informar tanto a la paciente como a la mamá los resultados de la aplicación tanto de los cuestionarios como de las entrevistas a la paciente y a la mamá. Compromiso a respetar el consentimiento informado.

Cuarta sesión: Revisión de resultados.

Objetivo N° 4. – Explicar detalladamente la manera de intervenir en el problema y explicación de cada una de las técnicas cognitivo conductuales a utilizar.

Quinta sesión: Explicación de la psicoeducación, desensibilización sistemática, reforzamiento, relajación, moldeamiento, musicoterapia.

Sexta sesión: Respuestas a consultas por parte de la paciente, evaluación de los avances.

Séptima sesión: Estimulación y reforzamiento sobre el avance de la terapia y la manera cómo la paciente hace frente al problema.

Objetivo N° 5.- Preparar a la paciente a hacer frente a los estímulos que producen el problema y a auto reforzarse de acuerdo a los avances que ella va teniendo,

Octava sesión: Respuesta a consultas de los problemas que pueda presentar la paciente y la manera cómo está haciendo frente a los problemas. Importancia de no evitarlos. Relajación.

Novena sesión: Prácticas de la manera cómo está llevando a cabo la intervención cuando está sola. Actitud de la mamá y familia ante el avance de Rosario y cómo deben actuar cuando tiene dificultades.

Decima sesión: Evaluación de los avances de la paciente y reforzamiento constante.

Décima primera sesión: Enseñanza de la manera de relajarse y respiración profunda.

Décima segunda sesión: Revisión de los auto registros que va haciendo la paciente de sus avances.

Décima tercera sesión: Respuesta a diversas consultas por dudas por parte de la paciente.

Objetivo N° 6. – Recibir informes sobre la manera cómo la paciente está haciendo frente a los pensamientos que la incomodan.

Décima cuarta sesión: Revisión de los avances y retroalimentar de los resultados. Reforzar los avances y enseñar a la madre a hacerlo en su hogar.

Décima quinta sesión: Diálogo con la paciente sobre sus avances.

Décima sexta sesión: Presentación de los cuestionarios después de la intervención.

Décima séptima sesión: Manera de superar los problemas que la aquejan y la hacen dudar.

Décimo octava sesión: Aplicación de cuestionarios de salida.

Décimo novena sesión: Presentación de resultados y seguimiento.

2.8. Procedimiento

La intervención, en el presente caso de ansiedad social, utilizando técnicas cognitivo conductuales, se desarrolló durante 22 sesiones, cada una de ellas tuvo una duración aproximada de 60 minutos, la frecuencia fue de dos veces a la semana, en un consultorio particular. Contó con la colaboración de la mamá de Rosario, quien instruía al resto de la familia, fue la señora quien en todo momento estimulaba el avance de su hija, la familia también colaboró a reforzar el progreso de la paciente.

2.9. Consideraciones éticas

Rosario, desde que llegó a consulta, se le observó entusiasmada para someterse a la terapia porque “de una vez deseo resolver este problema”, luego de la primera entrevista, la descripción de sus síntomas y la aplicación de las pruebas psicológicas, se le explicó el diagnóstico y la manera como se va a llevar a cabo la intervención; se le indicó el compromiso que ella iba a asumir, de seguir las instrucciones que se le van a indicar, así como el apoyo que daría la mamá, se le solicitó autorizar a través de su consentimiento. Luego, en todo momento se le observó motivada para iniciar la intervención.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados

Acerca de lo obtenido, tanto en el pre test como en el posttest, se puede informar que, en la primera evaluación, para la ansiedad social, Rosario obtuvo un puntaje de 28, equivalente a una ansiedad social moderada; mientras que, en la prueba de salida, obtuvo un puntaje de 18, lo que indica mejoría, a pesar que es ansiedad social muy baja, lo cual no es significativa en estos pacientes.

La paciente, al llegar a consulta, estaba preocupada por su futuro, “con lo que me está pasando no creo que me vaya bien más adelante, deseo superar estos problemas”, siempre afirmaba que no le hacía bien lo que estaba pasando, cuando se encontraba ante situaciones nuevas estaba segura que todo le iba a resultar mal, por ese motivo le venían las taquicardias, se le alteraba la respiración, como que algo malo le iba a pasar y hasta podía morir; todo esto se complementaba al sudar. Descubrió que la única manera de no tener esas sensaciones era evitarlas, o escapar de ella, solo así se sentía mejor, a pesar que más adelante tenía sentimientos de culpa. Al practicar las técnicas de relajación empezó a tomar las cosas con mayor tranquilidad. Cuando debe hacer frente ante alguna situación que desconoce se prepara, practica la desensibilización, se imagina qué es lo que debe decir o hacer. En la medida que va progresando la mamá, y la familia la estimulan, le hacen notar sus buenos avances, lo importante es que algunos compañeros también se lo hacen notar. Ya no está buscando justificaciones para no exponer en clase, aunque se preparar muy bien antes de hacerlo, siempre acompañándose de diapositivas. Cuando tiene confianza con algún profesor ella se acerca para decirle que se está preparando mejor para exponer. Al trabajar con su papá, él la felicita y le dice que ha mejorado.

Tabla 9

Frecuencia de la línea base de la conducta de ansiedad, en una semana.

Conducta	lun	mar	mie	jue	vie	sab	dom	total
a) Temor salir a exponer en la universidad.	X				X			2
b) Temor en ir a fiestas o invitaciones						X	X	2
c) Evitar empezar a conversar con desconocidos.			X			X	X	3
d) Pensar que no va a poder hacer algo importante.	X	X	X	X	X	X	X	7
e) Malestar cuando está ante situaciones nuevas:								
Respuestas emocionales:	X	X	X	X	X	X	X	7
inseguridad, cree que la observan para burlarse.								
f) Preferir no salir	X	X	X	X	X	X	X	7
g) Malestar cuando está ante situaciones nuevas:								
respuestas fisiológicas de taquicardia, alteración de la respiración, sensación de desmayo, sudoración	X	X	X	X	X	X	X	7

La Tabla 9 nos indica el resultado de una semana el autorregistro de la conducta de la primera semana antes de la intervención. Observamos que del conjunto de conductas problemas, fueron registradas 35 veces que se presentó las conductas que le incomodan. Cuatro de las conductas se registraron todos los días de la semana, 3 veces se presentó la duda de conversar con desconocidos y dos veces se presentó el temor de salir a exponer en la universidad, así como rechazar ir a una reunión, o ser invitada a salir con alguna persona, a pesar de ser conocida.

Tabla 10

Frecuencia de la conducta de ansiedad, en una semana, luego de la intervención

Conducta	Lun	mar	mie	jue	vie	sab	dom	total
a) Temor salir a exponer en la universidad.					X			1
b) Temor en ir a fiestas o invitaciones						X		1
c) Evitar empezar a conversar con desconocidos.								0
d) Pensar que no va a poder hacer algo importante.	X						X	2
e) Malestar cuando está ante situaciones nuevas: Respuestas emocionales y malestar fisiológico.	X							1
f) Preferir no salir.	X							1
g) Malestar cuando está ante situaciones nuevas: respuestas fisiológicas de taquicardia, alteración de la respiración, sensación de desmayo, sudoración	X							1

La Tabla 10, la última de semana de la intervención, indica que la conducta problema se presentó durante 7 veces en una semana, siendo la de mayor frecuencia (2 veces) pensar que no va a poder hacer algo importante; las demás conductas problema se presentaron una vez, a excepción de evitar conversar con desconocidos, que no se presentó en la semana. Como podemos observar, si bien la conducta de ansiedad no disminuyó a cero en la última semana de intervención, sí hubo disminución notable en la frecuencia. Es importante señalar que los pensamientos distorsionados no se presentaron en esta semana, lo cual también es un logro importante.

Tabla 11*Perfil de habilidades sociales, Fase B*

AREAS	PUNTAJE DIRECTO	PUNTAJE ENEATIPO	CATEGORÍA
Auto expresión de situaciones sociales.	28	5	NORMAL NIVEL
Defensa de los derechos consumidor	19	4	NORMAL NIVEL
Expresión de enfado o disconformidad	24	5	NORMAL NIVEL
Decir “NO” y cortar interacciones	33	5	NORMAL NIVEL
Hacer peticiones	39	4	NORMAL NIVEL
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	28	4	NORMAL NIVEL
Puntaje total	28	4	NORMAL NIVEL

La Figura 11, relacionada a las habilidades sociales, señala, en la prueba de entrada, un puntaje directo de 28 puntos, equivalente a un eneatispo de 3 puntos, que corresponde a un deficiente nivel (categoría baja); mientras que en la prueba de salida arroja un resultado de 46 puntos, correspondiente a un eneatispo de 26, correspondiente a una categoría de normal nivel. Con este resultado, ha mejorado, aunque potencialmente puede ser mayor debido a la motivación de la paciente, sobre todo en la medida que vaya interactuando con sus compañeros y entorno en general. Su mejor logro está en que ahora sí es capaz de decir “NO” cuando lo tiene que hacer.

Tabla 12*Resultados de la escala de autoestima, Fase B*

	Puntaje Bruto	Puntaje SEI	Categoría
Sí Mismo General	48	16	Medio Bajo
Social Pares	50	4	Medio Bajo
Hogar Padres	60	5	Medio Alto
Escuela	40	2	Medio Bajo
Escala General	46	26	Medio Bajo

La Tabla 12 muestra los resultados de la escala de Autoestima de Coopersmith luego de fase B, terminada la intervención. Es así que ha obtenido una autoestima media alta. En resumen, en la fase B, se encuentra en categoría de autoestima media baja; aunque en relación a sus padres se encuentra mejor ubicada, con una categoría de autoestima media alta.

3.2. Discusión

En el presente caso, se propuso como objetivo general disminuir los niveles de ansiedad social en una joven de 22 años aplicando un programa utilizando técnicas cognitivo conductuales; se utilizó un diseño experimental sin estadística. Dentro de esto se planteó disminuir las respuestas fisiológicas de ansiedad. De manera complementaria, teniendo en consideración que el problema que presenta Rosario siempre va a afectar las habilidades sociales, se intervino también en esta área. Por otro lado, se encontró que la paciente tiene problemas en su autoestima porque parte de su entorno siempre le está llamando la atención y criticando por su forma de ser, es por este motivo que también se atendió a este nivel. Dentro de las técnicas cognitivo conductuales se utilizó la psicoeducación, desensibilización sistemática, reforzamiento, relajación y moldeamiento por aproximaciones sucesivas, técnicas siempre han tenido efectos favorables para el caso, principalmente en cuanto a los pensamientos distorsionados de creer que las cosas le saldrán mal (Salazar et al., 2019).

Se alcanzó el logro del objetivo en donde se pudo comprobar a través de la prueba de salida; si bien los resultados no alcanzaron una frecuencia del cero por ciento, sí se alcanzaron logros, además que la paciente se encontraba satisfecha a medida que avanzaba la intervención terapéutica. Al respecto, Riveros (2019) reporta que, en casos como estos, de ansiedad, difícilmente se llega a disminuir totalmente la conducta de ansiedad, tal como se registra en la línea base que se ha elaborado. De manera complementaria la paciente ha tenido mejoría tanto en las habilidades sociales como en su autoestima, que son dos conductas que se acompañan

con la autoestima, a la vez que mejoran cuando hay éxito en el tratamiento de la ansiedad social (Dávalos, 2024).

Espichán y Torres (2024) utilizaron las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la ansiedad dándole importancia a la psicoeducación trabajando sobre pensamientos irracionales, con resultados favorables, es así como en el caso nuestro, también se encontraron resultados que beneficiaron y dejaron tranquila a Rosario porque podía hacer frente a las dificultades que anteriormente le eran muy difícil hacer frente, la paciente logró identificar los estímulos que anteriormente le generaban ansiedad, esta vez ya no los evitaba ni escapaba de la situación sino que podía superar el momento, lo cual era visto y aprobado por las personas que se encontraban con ella, motivo por el cual la apreciaban, felicitaban y tenían mayor interacción con ella.

Acerca de los objetivos específicos, el primero de ellos, disminuir los niveles de ansiedad, se logró, aunque, como se dijo anteriormente, no con la disminución a cero por ciento, pero sí se obtuvo tranquilidad en la paciente. Sobre el segundo objetivo específico, consistió en disminuir las respuestas fisiológicas de la ansiedad, se obtuvo resultados aceptables. Lo mismo se cumplió con incrementar las habilidades sociales, lo que concuerda con Salazar et al. 2019), utilizando las técnicas cognitivo conductuales se logró mejoría en estos aspectos.

3.3. Seguimiento

Seis meses después, mientras se preparaba el presente informe, se mantienen los resultados obtenidos en Rosario, se siente aceptada por las personas que anteriormente no le tenían paciencia; tiene mucha confianza con uno de sus profesores quien le da seguridad. Las creencias irracionales que anteriormente le producían la conducta problema, ya no se presentan, “aunque si en algún momento ocurre, ya sé qué hacer”, refiriéndose a la relajación y a la práctica de la respiración para tener tranquilidad.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Si bien es cierto que la terapia cognitivo conductual se puede aplicar a casi todos los trastornos, y a cualquier edad, es preciso educar a las personas para identificar los problemas que le generan ansiedad.
- 4.2 La terapia cognitivo conductual es considerada, en comparación con otras psicoterapias, como un tratamiento a corto plazo, su duración varía de acuerdo a la problemática y al compromiso del paciente con el tratamiento.
- 4.3 Es preciso identificar los antecedentes históricos que contribuyeron a la situación actual; si bien la conducta es aprendida, no debemos olvidar los factores biológicos y sociales, pero la intervención se centra en el momento y las conductas actuales.
- 4.4 En la terapia cognitivo conductual hay una estrecha relación entre la evaluación y la intervención; la primera se extiende a lo largo de toda la intervención encontrándose entre ambas mutua interdependencias.
- 4.5 El análisis funcional de la conducta es la herramienta principal para evaluar la situación actual de la problemática del paciente, pues consiste en una profunda evaluación individualizada en todas las circunstancias del paciente que la han llevado a la situación actual y mantienen el problema.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1.Educar a la paciente a elaborar objetivos para que a medida que se presenten los problemas sepa cómo hacerles frente, con esto adquirirá la suficiente seguridad y confianza en sí misma, principalmente cuando tenga problemas de buena interacción con su entorno.
- 5.2.Implementar un programa para que la paciente logre identificar la manera cómo se adquieren las conductas sociales; primero se deberá socializar, por aproximaciones sucesivas, con las personas que la aceptan y así ir generalizando su conducta social.
- 5.3.Educarla a tener conocimiento que los problemas siempre van a existir, por lo tanto, adaptarla a que haga frente a cada uno de ellos a medida que vayan apareciendo; al hacerlo se sentirá reforzada.
- 5.4.Informarle que al inicio los resultados no van a ser instantáneos, pues se necesita constancia para superar las dificultades.

VI. REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-IV). Texto revisado. El Manual Moderno. <https://es.scribd.com/document/446906423/APA-Manual-Diagno-stico-y-Estadi-stico-de-los-Trastornos-Mentales-DSM-5>
- Beck, A. y Clark, D. (2012). *Terapia cognitive para los trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025371.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*, Volumen I. McGraw-Hill Interamericana. <https://aulavirtual.iberro.edu.co/repositorio/Cursos-Matriz/Psicolog%C3%ADa/Psicopatolog%C3%ADa-I/MD/Belloch,%20Amparo%20Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.%20Volumen%20I.pdf>
- Bravo, M. y Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147. https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_e_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo_conductual_Explanatory_models_of_social_phobia_An_approach_cognitive-behavioral/download
- Camilli, C.R. y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual. Definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*. 8(1), 115-137. <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/15351/1/Fobia%20social%20y%20terapia%20cognitivo%20conductual%20Articulo%20Anadela%20Rodr%C3%ADguez%20Celia%20Camilli.pdf>
- Castro, L. (1976). *Diseño experimental sin estadística*. Trillas. <https://es.scribd.com/document/378730286/Disenos-Experimentales-Sin-Estadistica-Luis-Castro>

- Cubas, R. (2021). *Autoestima y ansiedad social en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de una institución educativa pública del distrito de Independencia, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/27656/Cubas%20Ruiz%2C%20Rosio.pdf?sequence=1>
- Echevarría, J. y Hallasi, L.J. (2024). *Producción científica sobre ansiedad en adultos peruanos*. [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Peruana La Unión]. Repositorio Institucional UPEU. <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3c2b6fd4-1532-4e6e-be7f-bf24f92e541e/content>
- Espichán, Z.L. y Torres, C.L. (2024). *Ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes de pregrado de una universidad privada de Lima Este, 2024*. [Tesis de licenciatura, Universidad Tecnológica del Perú]. Repositorio Institucional UTP. https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/10776/N.Rodr%c3%adguez_Tesis_Titulo_Profesional_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fajardo, N. (2018). *Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con fobia social de 15 años: Estudio de caso único*. [Trabajo de maestría, Universidad del Norte, Barranquilla]. Repositorio Institucional UNINORTE. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10346/133894.pdf?sequence=1>
- García-López, L.J., Olivares, J. y Vera-Villaruel, P.E. (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35(2) 151-160. https://www.researchgate.net/publication/26595140_Fobia_social_revision_de_los_instrumentos_de_evaluacion_validados_para_poblacion_de_lengua_espanola

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). McGraw-Hill. <https://apps.utel.edu.mx/recursos/files/r161r/w24792w/metodologia-de-la-investigacion-hernandez.pdf>
- Lapa, R.B. (2019). *Ansiedad y habilidades sociales en estudiantes de secundaria de una institución educativa del distrito de San Martín de Pangoa, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1238/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Martínez, P., Neira, P.P., Marín, C. y Gómez, M. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, (7)1, 63-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323083>
- Mendoza, I.M. (2020). *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?s
- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología conductual*, 11(3), 405-427 https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Olivares-2_11-3oa.pdf
- Reguera, S.J. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175-184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>
- Riveros, F.E. (2019). *Estudio de caso clínico: fobia social* [Trabajo de segunda Especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM.

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8b87e774-6173-4ce0-bafc-6e162a4ff61f/content>

- Rodríguez, V.S. y Pérez, P.C. (2019). Niveles de ansiedad social en adolescentes de una institución educativa de Tembladera en Perú. *Tzhoecoen*, 12(19), 19-25.
<https://doi.org/10.26495/tzh.v12i1.1242>
- Ruiz, L. (30 de mayo de 2019). *Técnica de detención del pensamiento: características y uso en terapia*. Psicología clínica. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnica-detencion-pensamiento>
- Salazar, I., Merino-Soto, C. y Caballo, V. (2019). Propiedades psicométricas del cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO) en Perú. *Psychologia*, 13(2), 107-120
<https://doi.org/10.21500/19002386.3885>
- Schaefer, H. y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 53(1), 35-43.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100005>
- Soto, A.S. (2023). *Tratamiento psicológico y farmacológico para la ansiedad social: Desafíos para una atención integral* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM.
<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000850272/3/0850272.pdf>
- Uliauque, J. (29 de noviembre de 2017). *La psicoeducación en terapia psicológica*. Psicología clínica. <https://psicologiaymente.com/clinica/psicoeducacion>