



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA FOBIA SOCIAL EN UN
VARÓN ADULTO**

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

AUTOR:

Requena Villarreal, Freddy Héctor

ASESOR:

Roca Paucarpoma, Favio

JURADO:

Anicama Gómez, José

Hervías Guerra, Edmundo

Valdez Sena, Lucia

Lima- Perú

2019

Dedicatoria

A mi familia, mis asesores y a Dios.

Agradecimientos

A mis profesores, asesores, a los trabajadores administrativos de la segunda especialidad en terapia cognitivo conductual de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por su constante apoyo en la realización de esta investigación

A Juan, trabajador adulto de una empresa textil que ha superado este problema.

Índice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	8
1.1 Descripción del problema	
1.2 Propuesta de solución	
1.3 Antecedentes	
- Estudios Nacionales e Internacionales	
- Base teórica científica (modelo teórico asumido)	
- Estrategias a emplear: Tipo de Programa	
1.4 Objetivos	
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
1.5 Justificación e importancia	
1.6 Impactos esperados del Proyecto (contribución del trabajo académico a la psicología)	
II. Metodología	
2.1 Tipo de Investigación	
2.2 Evaluación Psicológica	

- Historia psicológica

- Informe psicológico

III. Viabilidad del proyecto

IV. Productos

- Programa de intervención: procedimiento, resultados, discusión
y conclusión

V. Recomendaciones

VI. Referencias

Anexos

Resumen

En este trabajo de investigación presento el caso psicológico de fobia social en Juan de 38 años, quien es trabajador obrero en una fábrica. El paciente acude solo a consulta, manifestando que tenía problemas en sus interacciones sociales, en especial al conocer a personas del sexo opuesto. La evaluación realizada y el abordaje cognitivo conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Cuyo objetivo es enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público reduciendo respuestas de escape, miedo, evitación, así los niveles de ansiedad del paciente (menor o igual a 6). Las técnicas e instrumentos utilizados, respectivamente son autorregistros, historia psicológica, tests psicológicos, tales como registros de opiniones de Albert Ellis, pensamientos automáticos, ansiedad de Zung. Luego de 5 meses de tratamiento el paciente mejoró notablemente y ya puede desenvolverse adecuadamente tanto en el ámbito social como personal. Siendo los resultados exitosos, nuestro paciente ha podido superar sus problemas en situaciones de interacción social en más del 80%. Pues ahora se desenvuelve mejor donde antes tenía el temor intenso a ser calificado en forma muy negativa.

Palabras clave: modelo cognitivo conductual, fobia social, adulto

Abstract

In this research I present the psychological case of social phobia in Juan, 38, who is a worker in a factory. The patient comes only to consultation, stating that he had problems in their social interactions, especially when meeting people of the opposite sex. The evaluation carried out and the cognitive behavioral approach was designed under the ABA single-case multi-conditional experimental model. Whose goal is to face situations of social interaction and exposure to the public by reducing escape responses, fear, avoidance, as well as patient anxiety levels (less than or equal to 6). The techniques and instruments used, respectively, are self-records, psychological history, psychological tests, such as Albert Ellis's opinion registers, automatic thoughts, Zung's anxiety. After 5 months of treatment, the patient improved markedly and can now perform adequately in both the social and personal areas. Being the successful results, our patient has been able to overcome his problems in situations of social interaction in more than 80%. Well now it develops better where before had the intense fear of being described in a very negative way.

Keywords: behavioral cognitive model, social phobia, adult

I.- Introducción

El ser humano por naturaleza es un ser social, desde que nace, va creciendo mediante un proceso de socialización. No hay posibilidad de ser hombre en la soledad absoluta, pues a pesar de que a convivencia lleve consigo los problemas propios del estar con el otro o los otros, esta también da la posibilidad de construir relaciones interpersonales basadas en el afecto. La vida de una persona adulta se desarrolla en medio de experiencias, tanto negativas como positivas, las mismas que van a influenciar en el desarrollo de la personalidad. Asimismo, en la etapa de la adultez es cuando el ser humano está expuesto y tiene que interactuar con su entorno. Todo ello le demanda a la persona entablar conversaciones con jefes en su trabajo, compañeros de labores, personas desconocidas o poco conocidos. En el caso de las personas que presentan trastorno de ansiedad en su variable: fobia social, es precisamente el interactuar lo que le resulta difícil, pues los síntomas de la fobia social no permiten un normal desarrollo, por tanto, afecta muchísimo a la persona que lo sufre.

De esta manera, la presente investigación esta direccionada a mostrar los caminos terapéuticos en una persona soltera, de 38 años el cual es diagnosticado con fobia social. Para este fin hemos ejecutado una evaluación minuciosa y procedimientos terapéuticos bajo el modelo cognitivo conductual.

En el capítulo I, presento mi propuesta de solución del problema basada en un diseño ABA considerando un conjunto de técnicas para el cambio de las cogniciones y de la conducta, asimismo se describirá de manera general el problema, se dará a conocer los objetivos, la importancia y los impactos esperados del presente estudio. Asimismo, se mostrará un detallado marco teórico basado en estudios anteriores y confiables.

En el capítulo II, desarrollo la historia psicológica, e informes de los instrumentos aplicados para aunarlo en el informe psicológico integrado que es la base para iniciar el programa.

En el capítulo III, analizo la viabilidad del proyecto y las condiciones para la ejecución del mismo. Es decir, explico si es factible la realización de la presente investigación o no, además de cuáles fueron las características.

En el capítulo IV, explico el programa de tratamiento conformado por el repertorio de entrada, objetivos específicos con su respectivo procedimiento para su logro, asimismo se mostrarán los resultados, la discusión y conclusión del trabajo realizado con el evaluado.

En el capítulo V, menciono las recomendaciones que van acordes para seguir con la mejora del evaluado quien presenta el trastorno de fobia social.

1.1 Descripción del problema

El presente estudio de caso, es de un paciente hombre de 38 años de edad, con estudios técnicos, proveniente del distrito de San Juan de Lurigancho. Quien, actualmente, tiene problemas de interacción con personas del sexo opuesto, ello le afecta, considerablemente, a nivel afectivo, social y laboral.

1.2 Propuesta de solución

Se desarrollará un programa de intervención cognitivo conductual, el cual está dirigido a disminuir los pensamientos irracionales y modificar conductas de escape frente a estímulos fóbicos.

1.3 Antecedentes

Estudios internacionales

Rosa, Amorós y Olivares (2013) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar la eficacia relativa del componente de reestructuración cognitiva (RC) dentro de la guía de tratamiento “Intervención en adolescentes con fobia social” (IAFS; Olivares, 2005) que ha resultado eficaz en adolescentes con fobia social generalizada. La muestra consta de 50 adolescentes españoles (74% chicas) de 14,60 años que cumplían los criterios requeridos por el DSM-IV-TR para el diagnóstico de fobia social generalizada. Asimismo, los sujetos fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: Guía IAFS completo (IAFS en adelante) versus guía IAFS sin reestructuración cognitiva (IAFS sin RC, en adelante). Los resultados mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos tras la intervención ni en las medidas que evaluaban directamente las respuestas de ansiedad ni en correlatos relacionados (asertividad, autoestima y habilidades sociales). Por ello se puede concluir, aunque con cautela, que las sesiones centradas en RC no se muestran como un elemento clave en la mejora de los adolescentes fóbicos sociales tratados con el paquete IAFS en este estudio, porque no gozan de significación estadística.

Antona, Delgado, García y Estrada (2012) realizaron una investigación con el objetivo de llevar a cabo la adaptación y aplicación de un tratamiento para la fobia social originalmente diseñado en España a otro marco cultural de referencia, el mexicano. La muestra consta de 27 estudiantes mexicanos que presentaban fobia social generalizada, quienes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento (n= 14) o a un grupo control de lista de espera de cuatro meses (n= 13). Se empleó la entrevista clínica ADIS-IV y escalas comúnmente utilizadas en la evaluación de la ansiedad y fobia social. En los resultados se observa que el grupo que recibió tratamiento presentó una reducción significativa en las puntuaciones de ansiedad social, sintió más seguridad ante una tarea de discurso y reflejó un menor grado de inadaptación que el grupo control. En conclusión, el protocolo de tratamiento adaptado y aplicado por primera vez a una muestra de jóvenes adultos mexicanos se mostró eficaz en este estudio piloto. Los resultados se mantuvieron en un seguimiento efectuado a los dos años.

Macià, Olivares y Amoros (2012) realizaron un estudio experimental con la finalidad de adaptar y validar para su aplicación en población adulta española (adultos jóvenes) el tratamiento multicomponente CBGT (Cognitive-behavioral group therapy) de Heimberg (1991) que ha mostrado su eficacia en el tratamiento de la fobia social en adultos en otros países y contextos culturales. Los resultados obtenidos con un grupo experimental-tratamiento compuesto por 17 participantes que fueron comparados con un grupo de control lista de espera, todos ellos estudiantes universitarios con fobia social generalizada (APA, 2002). La evaluación se llevó a cabo antes, después del tratamiento y en dos seguimientos realizados a los seis y doce meses. Los resultados muestran la eficacia tanto a corto como a largo plazo del Programa en todas las medidas que evalúan la ansiedad y evitación social; en cambio, los participantes del grupo de control no alcanzaron mejorías estadísticamente significativas en ninguna de las variables medidas.

Mendo, León, Felipe y Polo (2016) realizaron una investigación en la que plantearon estudiar el efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios, sobre las habilidades sociales para trabajar

en equipos de aprendizaje y la ansiedad social de los mismos. Además, se analiza si el nivel de ansiedad social influye en el éxito del entrenamiento. Para ello, se diseña una investigación de corte cuasiexperimental con grupo de referencia, en la que participan 149 estudiantes del Grado en Educación Social. Se toman medidas pretest-postest a través de autoinformes que exploran las habilidades sociales básicas para trabajar en equipos de aprendizaje y la ansiedad social. Los resultados obtenidos confirmaron la eficacia del entrenamiento realizado en estudiantes universitarios de Educación social, y avalan la pertinencia de controlar la variable ansiedad social en los entrenamientos en habilidades sociales, como limitadora de las capacidades y competencias de interacción social durante el entrenamiento

Estudios nacionales

Cornejo (2016) realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar los efectos de un programa cognitivo conductual en las habilidades sociales, el estudio se desarrolló dentro del enfoque cuantitativo, asumiendo el tipo de investigación causal explicativa, de diseño pre experimental, y muestreo no probabilístico. Los participantes fueron los alumnos de secundaria de organizaciones estudiantiles de la institución educativa corazón de Jesús de Lima, la muestra indica 32 estudiantes de ambos sexos de nivel secundaria entre 14 y 16 años. El instrumento de recolección de datos fue: Lista de evaluación de habilidades sociales, diseñado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hydeyo Noguchi (2005), donde sus resultados de la investigación evidencian que si existe influencia directa y significativa de la variable de estudio.

Pomahuacre, (2015) realizó una investigación de caso cognitivo conductual en una mujer adulta de 23 años con ansiedad social, de estatus socioeconómico media baja del distrito de San Luis, el diseño es del estudio es tipo ABA, con una duración de 16 semanas de tratamiento, las técnicas psicológicas usadas fueron ensayo conductual, técnica de respiración, reestructuración cognitiva, modelado, autoregistros, relajación progresiva, los resultados indican que la paciente es capaz de actuar satisfactoriamente en un 80% frente a las situaciones temidas.

Base teórica científica

Etimológicamente la palabra fobia deriva del griego “Phobos”, que significa miedo, pánico. Al respecto Ajno define a la fobia como “el miedo desproporcionado que demuestra la persona en relación al peligro al que la persona se expone, provocando el fortalecimiento del temor, de manera irracional e incontrolable” (2015, p. 1815).

Asimismo, Ajno señala que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) las fobias llegan a clasificarse de acuerdo al motivo de la reacción o al estímulo causante y del tipo de rechazo a determinado estímulos, planteándose la siguiente clasificación: 1. Fobia específica o simple: consiste en un temor intenso y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado espontáneamente por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica. 2. Agorafobia: Es un trastorno de la ansiedad que consiste en un temor angustioso y patológico de hallarse en lugares a campo abierto. 3. Fobia social: es el miedo ante situaciones o actuaciones en público, en la que la persona se ve expuesta a personas que no pertenecen a la familia o círculo social cercano, con el temor infundado de quedar en una situación humillante o embarazosa. La situación fóbica se relaciona con situaciones sociales actuales o anticipadas. 4. Cuasi fobias: Son un miedo irracional, pero de menor intensidad y no se presenta pérdida de control, sino que se puede controlar la situación. (2015, p.1816).

Bravo y Padrós (2014) señalan en una investigación que la fobia social-también conocida con trastorno de ansiedad social - consiste en un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales y/o actuaciones en público; es decir, cuando la persona se ve expuesto a personas no conocidas o ante el hecho de sentirse evaluado por parte de las mismas, esto es debido a que teme verse ridiculizado y/o avergonzado.

Bados (2009) señala que la fobia social se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo ante situaciones sociales o actuaciones delante de otros en especial personas desconocidas. La persona teme ser observada, actuar de un modo que sea humillante o ridículo, realizando conductas de evitación (hablar en público) o simplemente se soportan con una ansiedad o malestar intensos. Este problema interfiere en la vida del sujeto.

Las situaciones temidas, el autor las clasifica de la siguiente manera:

- a) Intervención pública: hablar en público, intervenir en grupos pequeños formales.
- b) Interacción informal: iniciar. Mantener y terminar conversaciones especialmente con desconocidos, así como expresar cumplidos, relacionarse con el sexo opuesto, recibir críticas, conocer gente nueva, entre otros.
- c) Interacción asertiva: realizar un reclamo, pedir a otros que cambien su comportamiento molesto, expresar desacuerdo, crítica o disgusto.
- d) Ser observado: comer, beber, escribir, trabajar delante de otros, ser el centro de atención.

Asimismo, el autor hace una comparación entre la fobia social circunscrita y la fobia social generalizada, refiriéndose a esta última cuando los miedos se presentan en la mayoría de situaciones sociales, agregando que los sujetos con fobia social generalizada suelen presentar más ansiedad y evitación social, más miedo a la evaluación negativa, mayor déficit en habilidades sociales y un mayor deterioro de sus relaciones sociales, familiares y laborales. Además de mencionar que se caracterizan por una edad de comienzo más temprana y un nivel educativo más bajo, un nivel de neuroticismo más alto y por el contrario bajo en extroversión y autoestima.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA) en el año 2002, en el DSM IV la fobia social cuya característica esencial es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas, asimismo la exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Asimismo, señala que, aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este

temor resulta excesivo o irracional, puede que esto no suceda en los niños. Además, el diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo. Considera que en las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder realizar el diagnóstico de fobia social.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000) en el CIE 10 señala que las fobias sociales por lo general suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas, llevando al sujeto a evitar situaciones sociales determinadas. También señala que diferencia de la mayoría de fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas a situaciones específicas, por ejemplo, a hablar en público o a encuentros con personas del sexo opuesto y otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. Asimismo, agrega que las fobias sociales suelen acompañarse de una baja autoestima y de miedo a las críticas, manifestándose muchas veces como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad de miccionar y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

El instituto de salud mental (NIH) (2017) en un artículo menciona que las causas de la fobia social pueden ser por factor hereditario, sin embargo, hasta la actualidad no se sabe con seguridad porque algunos miembros de la familia presentan esta condición y otros no. Asimismo, señalan que investigadores han descubrieron que el temor y la ansiedad involucran varias partes del cerebro. Por otra parte, otros estudios refieren que una inadecuada interpretación de la conducta ajena juega un papel en generar o empeorar la fobia o ansiedad social.

En una investigación realizada por Bravo y Padrós mencionan acerca de los modelos que explican la fobia social más representativos. Estos son:

El modelo de Barlow (como se citó en Bravo y Padrós, 2014), que señala que los seres humanos, debido a su evolución biológica, somos sensibles a la desaprobación social, es decir cuando alguien nos critica o no le parece lo que hacemos u opinamos. No obstante, no todas las personas llegan a desarrollar fobia social, esto va a depender de la vulnerabilidad biológica y psicológica de cada individuo, es decir que tan vulnerable a la aprehensión ansiosa.

Asimismo, subrayan tres posibles explicaciones para la adquisición de la fobia social. El primero refiere al hecho de heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad y/o la persona tiende a ser inhibido socialmente. La segunda explicación posible refiere a que un individuo al estar bajo tensión podría experimentar un ataque de pánico – falsa alarma- inesperado en una situación social, llevándolo a temer volver a experimentar este ataque en situaciones similares. Como tercera explicación posible está el hecho que un sujeto haya pasado por un trauma social real - alarma verdadera, originando una ansiedad condicionada a las mismas o similares situaciones. Es por ello que de esta manera se instaura una alarma aprendida, sea falsa o verdadera, la cual se impregnará de la aprehensión ansiosa, sobre todo ante situaciones sociales.

Otro modelo explicativo que mencionan es el de Clark y Wells (como se citó en Bravo y Padrós, 2014) que está dividida en dos partes, la primera describe que lo que sucede con las personas con fobia social cuando se encuentran en la situación temida, en la segunda lo que sucede antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella. Las personas con este trastorno que se están frente a la situación temida, desarrollan una serie de creencias acerca de sí mismos y de su mundo social, las cuales pueden ser divididas en tres categorías:

- a) Estándares excesivamente altos de actuación social, es decir “debo ser muy hábil socialmente ante cualquier situación que se me presente”
- b) Creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación, por ejemplo “si comento algún error, me equivoco los demás pensarán que soy un aburrido, estúpido”.

- c) Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: “no soy suficientemente hábil”.

Estas creencias influyen a las personas de manera que consideran a las situaciones sociales como peligrosas, interpretando algunas señales sociales inocuas o ambiguas como signos de evaluación, rechazo, etc.

También se señala en este modelo como factor clave a cambio en el foco atencional y un procesamiento negativo de sí mismo. Es decir, cuando las personas con este problema se ven o creen estar en peligro por el hecho de estar ante una evaluación negativa de los demás, enfocan su atención a sí mismos, observándose detalladamente, usando esa información interna recogida mediante la autoobservación para inferir como se están mostrando ante los demás y que es lo que están pensando de ellos, y al realizar esto quedan atrapados en un sistema cerrado, ya que la evidencia de sus miedos es autogenerada. En otras palabras, el sujeto infiere qué es lo que los demás piensan de ellos cuando están frente a una situación social, aceptándola y asumiéndola como real.

Otra de las cosas que sucede frecuentemente en los fóbicos y que no son de beneficio en su mayoría, son las conductas de seguridad, es decir conductas propiamente dichas tales como: evitar el contacto ocular, el memorizar lo que va a decir, el mantener los brazos juntos para que no se vea el sudor en la camisa, entre otros. En realidad, estas conductas llamadas de seguridad lo que generan en su mayoría es aumentar la atención en sí mismo impidiendo la desconfirmación de las creencias que tienen.

Agregando a lo antes descrito, los individuos con este trastorno viven especialmente preocupados por el hecho de que los demás se den cuenta de sus síntomas de ansiedad, interpretando ello como una señal de fracaso. Además, en este modelo se pone un énfasis especial en la atención focalizada sobre el sí mismo y el uso de la información interna para formar una imagen distorsionada y negativa de uno mismo. Asimismo, es más probable que se atiendan y se recuerden las respuestas de los otros que son interpretadas como signos de desaprobación, generalizándolas ante cualquier señal.

Respecto a lo que sucede en la persona antes y después de haber salido de la situación temida, la persona usualmente antes de entrar a una situación social,

examina detalladamente todo lo que podría suceder, o lo que cree que podría pasar, llevándolo a sentirse más nervioso, puesto que sus pensamientos por lo general tienden a estar relacionados a una serie de fracasos ocurridos anteriormente, imágenes negativas de sí mismo y rechazos por parte de los demás. Siendo estas rumiaciones las que hacen que la persona fóbica evite situaciones sociales y / o espere fallar en ellas. Después de terminar la interacción, la persona revisa exhaustivamente el evento y su actuación, anteponiendo una imagen negativa de sí mismo, por lo que la interacción es vista mucho más negativamente de lo que en realidad fue. En consecuencia, la situación es agregada a una lista de fracasos pasados, fortaleciendo las creencias inadecuadas de la persona respecto a las situaciones sociales.

En el modelo de Rapee y Heimberg (como se citó en Bravo y Padrós, 2014) describen a las personas con fobia social como sujetos que creen que los demás son muy críticos y por ende es probable que los valoren negativamente, asimismo le dan excesiva importancia al hecho de que los valoren positivamente. Los sujetos además de dirigir sus recursos atencionales hacia las amenazas externas y a la representación de su apariencia externa y conducta, también en simultáneo se realiza una predicción de cómo debería ser su actuación (estándares) comparando ellos con la representación mental de sí mismo, dicho de otra forma cree que la audiencia tiene una mala impresión de él, considerándola (su actuación) por debajo del estándar, desencadenando con ello respuestas de ansiedad, tanto fisiológicas como cognitivas conductuales, convirtiéndose en un círculo vicioso.

Evaluación

Como bien se sabe la finalidad de una evaluación psicológica es llegar a un resultado, es decir precisar un diagnóstico. Asimismo, esta incluye una entrevista preliminar, aplicación de test y la interpretación de los resultados de los mismos. No obstante, los métodos e instrumentos empleados varían de acuerdo al enfoque con el que aborda el profesional y al caso en específico.

Para los casos de fobia social, abordada desde el enfoque cognitivo conductual se aconseja que se utilicen la entrevista, algunos cuestionarios, autorregistros y algún sistema de observación en caso que sea necesario. Además de ello conviene

tener en cuenta que la situación de entrevista puede llegar a ser muy ansiógena para el evaluado con fobia social, la cual podría hacer que la persona no llegue a consulta. Durante la entrevista puede darse la evitación del contacto visual, rubor y dificultades para expresar alguna opinión o comentar situaciones, por ello va a ser importante el logro de una buena relación terapéutica sobre la obtención de información. Respecto a las pruebas psicométricas es importante tener en cuenta la validez y fiabilidad del instrumento, así como su estandarización. Por otro lado, para los autorregistros es útil que incluyan, además del día y la hora, aspectos como situación, intensidad de la ansiedad, pensamientos tenidos, conductas realizadas, respuestas de las demás personas, intensidad del grado satisfacción con la actuación propia; esto puede variar dependiendo del caso e individuo. Cabe resaltar que existen varios modelos de autorregistros. En relación a la observación esta puede darse en situaciones naturales, artificiales y simuladas. Situaciones naturales se refiere a un lugar en el medio natural del cliente. La segunda se refiere a recrear una situación similar que se da en el medio natural, esto se lleva a cabo en consulta. En la tercera, el evaluado actúa como si estuviese en una situación que se da en su medio natural.

Aunque no se emplean en la práctica clínica, también están los registros psicofisiológicos, el cual puede ser de gran utilidad para la investigación, a través de los datos que arroja tales como: el ritmo cardiaco, sudoración, presión arterial, entre otros (Bados, 2015).

La fobia social ha sido estudiada por diversos autores, Barlow, Clark y Wells, Rapee y Heimberg, los mismo que han descrito modelos que explican este trastorno, por lo que podemos desprender de ello, que si bien es cierto encontramos diferencias respecto al origen de la fobia y hacia donde se pone mayor énfasis, esto ha sido valorado y bien utilizado por los diferentes tratamientos, en especial el cognitivo conductual, quien aúna las técnicas tanto cognitivas como es la reestructuración de Beck y conductuales como la exposición. Esta última también ha sido utilizada e interpretada en términos cognitivos.

Por otra parte, Eelen y Vervliet señalan que “es difícil imaginar una conducta que no se encuentre influenciada por procesos cognitivos (aún en los perros de

Pavlov) o identificar la función de las cogniciones sin buscar una expresión conductual” (2008, p. 17-36). Por ello es que el tratamiento que le da similar importancia a los procesos cognitivos y conductual ha sido el más eficiente tal como lo menciona en el 2007, Caballo al subrayar que la fobia social puede ser tratada con eficacia por medio de una intervención cognitivo conductual, la cual plantea tratamientos empíricamente validados para la fobia social, y esto es debido a algunas bases teóricas en las que se apoyan la aplicación de distintas técnicas de tratamiento para la fobia social, tales como el condicionamiento clásico, operante y vicario, en la que consideran normalmente a este problema como un trastorno aprendido.

Intervención cognitivo conductual

Técnicas Cognitivas

Terapia racional emotiva conductual: desarrollada por Ellis, conocida por sus siglas TREC, propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen. Este modelo terapéutico se presenta de manera didáctica donde incluye las siguientes fases: presentación al individuo de la filosofía de la terapia racional emotiva conductual, identificación de los pensamientos irracionales y la discusión o debate de las mismas (Magallanes, 2010).

Detención del pensamiento: Gavino (2006) señala que la detención del pensamiento también llamada parada de pensamiento es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos que son irrealistas, improductivos y/o generadores de ansiedad, la cual inhibe la ejecución de una conducta deseada o dan lugar al inicio de varias conductas indeseadas. La ventaja de esta técnica es que se trabaja directamente con los pensamientos disruptivos. Para su aplicación se siguen los siguientes pasos:

- a) Se selecciona y clarifican bien los pensamientos con los que se va a trabajar.
- b) Se le pide al sujeto que identifique el elemento que lleva al pensamiento perturbador.

- c) Se elige una palabra que sea potente para el individuo.
- d) Se busca un pensamiento alternativo.
- e) Se le indica al sujeto que cada vez que tenga un pensamiento perturbador va a mencionar la palabra potente y aplica el pensamiento alternativo.
- f) Se entrena en imaginación la consigna y se le pide que practique en numerosas ocasiones hasta que se automatice la práctica.

Exposición en imaginación: consiste en la exposición al estímulo temido a través de la visualización del estímulo fóbico, consiguiendo la habituación y eventual extinción de la respuesta fóbica al estímulo. La diferencia principal entre esta técnica y la desensibilización, es que no se utiliza un medio de supresión de la respuesta de activación fisiológica como es la relajación (Díaz, Ruiz, Villalobos y Paz, 2012).

Técnicas conductuales

Exposición en vivo: consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual o bien entrando en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se denomina inundación. A indicación básica es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad o menos (Díaz, et al., 2012).

Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson: desarrollado por Edmund Jacobson en 1939. El objetivo de este entrenamiento es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. Dicho procedimiento consiste en tensar y destensar los diferentes -16- grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones producidas en cada situación. No obstante, se requiere tener en cuenta una serie de indicaciones específicas a realizar (Díaz, et al., 2012).

Entrenamiento en relajación diferencial: desarrollada por Bernstein y Borcovek, a diferencia de la relajación progresiva de Jacobson, aquí se pretende que el individuo aprenda a tensar solo aquellos músculos relacionados con la

ejecución de una tarea. Sin embargo, es necesario que la persona haya sido entrenada en el procedimiento básico (Díaz, et al., 2012).

Desensibilización sistemática: Magallanes (2010) menciona que esta técnica fue desarrollada por el terapeuta conductual Joseph Wolpe en 1958, para el tratamiento de fobias simples, para descondicionar emociones de ira y pena, las fobias sociales y disfunciones sexuales. Consta de cuatro fases:

- a) Relajación
- b) Elaboración de una lista con todos los temores
- c) Construir una jerarquía de escenas ansiógenas
- d) Con la imaginación entrar a las escenas ansiógenas.

Gavino (2006) señala que la D.S. es un procedimiento dirigido a tratamiento de problemas de ansiedad, especialmente fóbicos. Este procedimiento va dirigido a la disminución primero y luego a la eliminación, de la ansiedad fisiológica condicionada, sin abordar directamente el componente conductual, en este caso la evitación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Al final del programa de tratamiento, el paciente será capaz de enfrentar situaciones de interacción social y exposición al público reduciendo respuestas de escape, miedo, evitación, así como sus niveles de ansiedad (menor o igual a 6).

1.4.1. Objetivos Específicos

- 1.4.1.1. Eliminar los pensamientos anticipatorios y catastróficos de “mis manos van a sudar y ella se va dar cuenta”, “no voy a expresarme bien”, “voy a tartamudear”, “se va dar cuenta que soy incapaz de mantener una buena conversación”, frente a la pareja que pretende.
- 1.4.1.2 Salir con una persona del sexo opuesto que pretende.

- 1.4.1.3 Exponer frente a personas desconocidas de su centro de trabajo.
- 1.4.1.4 Eliminar el pensamiento de “mis manos van a sudar profusamente”, “no voy a poder escribir en la pizarra”, “se van a dar cuenta que soy un burro”, “nunca seré una persona normal”.
- 1.4.1.5 Escribir de manera voluntaria los comunicados en la pizarra de su centro de labores.
- 1.4.1.6 Eliminar los pensamientos de “si voy al almuerzo todos verán que me sudan las manos profusamente”, “soy un indeseable”, “nadie se va juntar conmigo”, “me voy a avergonzar y los demás se van a reír de mí”.
- 1.4.1.7 Asistir a almuerzos o reuniones sociales con compañeros de su trabajo o amistades.

1.5 Justificación e importancia

La fobia social es el miedo, angustia, temor, tensión la incomodidad emocional o preocupación que siente una persona en diversas y diferentes situaciones sociales, donde interactúa con los demás, y en donde puede ser potencialmente evaluado o juzgado los mismos u otras personas.

Este trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social, se caracteriza por un miedo muy elevado en una o varias situaciones sociales en la que el individuo cree ser juzgado negativamente. Ello conlleva a que presente conductas de evitación, es decir evita asistir a reuniones sociales, evita salir con personas desconocidas o del sexo opuesto, esto también llevar a afectar a nivel laboral pues en la actualidad esta además decir que una de las características más valorada en la persona en el ámbito laboral son las habilidades sociales y no solo en este ámbito.

Por otra parte, es vital resaltar que la fobia social no era visto y tratado con esmero hasta los años ochenta. Por tal motivo creo de suma importancia analizar este tema a fin de ayudar a muchas personas con este tipo de trastorno de ansiedad. Asimismo, se realiza con el propósito de extender los conocimientos, profundizar y tener en claro la problemática de las personas que sufren de este trastorno y sobre todo el tratamiento adecuado para la mejora basadas en las características de la persona y objetivos. Además, se considera importante y necesaria la

necesidad de abordar esta problemática pues se observa frecuentemente en la sociedad peruana. Entonces, desde una perspectiva teórica el presente estudio de caso clínico permitirá comprender la fobia social y la eficacia de las técnicas cognitivo – conductuales. En conclusión, esta investigación contribuirá a incrementar las investigaciones en el Perú, sirviendo además como base teórico - práctico para casos similares.

1.6 Impactos esperados del proyecto

Del presente estudio se espera lograr beneficios tanto a nivel individual como a nivel de la sociedad.

Respecto al nivel individual, se espera que el evaluado logre a nivel:

- Personal: incrementar su nivel de autoestima.
- Social: mejor desenvolvimiento social, en especial con personas del sexo opuesto.
- Laboral: mejorar sus interacciones con sus compañeros y jefes en su centro de labores.

Respecto a nivel de la sociedad, esta investigación beneficiará a comunidad psicológica e interesados del tema, debido a que servirá como base teórica, como evidencia de eficacia de intervención cognitivo conductual en casos de fobia social.

II. Metodología

Tipo de investigación: aplicada (Kerlinger, 1975), diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015)

Evaluación psicológica

- **Historia psicológica**

Datos de filiación

- Nombre y Apellidos	: J.CH.C.
- Edad	: 38 años
- Lugar y fecha de nacimiento	: Junín 14 de junio de 1979
- Grado de instrucción	: Superior Técnico
- Derivado por	: Medico
- Dirección	: Jr. Tiahuanaco – 120 – Zarate - SJL
- Teléfono	: 3306020
- Persona responsable	: El mismo paciente
- Parentesco	: x
- Fecha de entrevista	: 11 de mayo 2017
- Lugar de entrevista	: Consultorio de Psicología - Essalud
- Terapeuta	: Freddy Requena Villarreal

Motivo de consulta

El paciente refiere “cuando voy a encontrarme con mi chica, mis manos empiezan a sudar previamente”. No entiendo porque me pasa esto. Y lo que es peor, esto se ha vuelto constante desde hace un tiempo.

Problema actual

Presentación actual del problema

Juan de 38 años, cuando se va a encontrar con Mayra, la chica que pretende, piensa “mis manos van a sudar y ella se va dar cuenta”, ”no voy a expresarme bien”, “voy a tartamudear”, “se va dar cuenta que soy incapaz de mantener una buena conversación”, experimentando ansiedad (10) y miedo (10), taquicardia, temblor de piernas y pérdida de aire, decide llamarla e inventar una excusa para postergar el encuentro, eliminando la ansiedad y extinguiendo las respuestas fisiológicas. Esta conducta ocurre cuando se va a

encontrar con Mayra, aproximadamente 2 veces por semana.

Juan estuvo programando para dar una charla en su trabajo ante 200 personas, 2 horas antes para que salga a exponer empezó a experimentar ansiedad (9) y miedo (10), sudoración profusa a nivel palmar, taquicardia, dificultades para respirar. Al mismo tiempo pensó, “todos se van a reír”, “se van a dar cuenta que mis manos tiemblan”, “soy un inútil”, “no sirvo como persona”

Ante esto, él decide llamar a su jefe, explicándole el problema a la vez que le pide ser reemplazado por otra persona, ante lo cual su jefe accede a la petición. Esto le produce tranquilidad y su ansiedad tiende a disminuir rápidamente. Esto ocurre cuando Juan es convocado a exponer ante los trabajadores de su empresa donde trabaja, una vez por semana.

Juan, cuando ve a su jefe, deja de pasar por su lado y evita que lo vea, porque él suele indicar que escriban en la pizarra los comunicados de rotación diaria de los trabajadores. Experimentando ansiedad (9), taquicardia y sudoración de manos, al respecto piensa “mis manos van a sudar profusamente”, “no voy a poder escribir en la pizarra”, “se van a dar cuenta que son un burro”, “nunca seré una persona normal”. Cuando se aleja y se pierde de la posible mirada de su jefe, siente alivio, disminuye su nivel de ansiedad, así como la taquicardia y la sudoración de manos. Esto sucede todos los días laborables, hasta 3 veces diarios.

Juan de 38 años, tiene programado asistir a un almuerzo por el aniversario de su centro laboral, al respecto piensa, “si voy al almuerzo todos verán que me sudan las manos profusamente”, “soy un indeseable”, “nadie se va juntar conmigo”, “me voy a avergonzar y los demás se van a reír de mí”, a la vez que experimenta ansiedad (10) e impotencia (10), acompañado de taquicardia, temblor corporal y sudor de manos. Tomando la decisión de no asistir al evento, hecho que hace que se sienta más aliviado de la ansiedad y van desapareciendo las respuestas fisiológicas mencionadas. Esto sucede 2 o 3 veces al año por algún evento laboral.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 18 años, Juan recuerda que se independizó de su familia, se fue a vivir solo, a su vez consiguió un contrato de trabajo por 3 meses. También refiere que durante ese tiempo discutió con un amigo por celos en el centro de labores, pues, su amigo pensaba que le iba a quitar el puesto, sumado a esto, el recuerda que peleó a golpes con el mismo amigo; el paciente recuerda que su amigo lo esperó a la salida del trabajo para pelearse a golpes, lo cual ocurrió. Luego de este episodio, el recuerda que le dio taquicardia y sudoración intensa y profusa de las palmas de sus manos, preocupación, temor ante el futuro incierto para él en el trabajo, además, experimento sensación de desmayo, falta de aire, enrojecimiento. Él pensó “mis manos están sudando demasiado, creo que me voy a desmayar”.

A la edad 20 años, el paciente manifiesta que conoció a una mujer mayor que él por 5 años. Recuerda que se citaron, sin embargo, previo al encuentro, 3 horas antes aproximadamente, señala que comenzó a experimentar los mismos síntomas que tuvo luego de pelearse con su amigo a los 18 años tales como: taquicardia, sudoración intensa y profusa de las palmas de sus manos, preocupación, además, de sensación de desmayo, falta de aire, enrojecimiento, teniendo pensamientos como: “otra vez mis manos están sudando, me desmayaré”, “soy un inútil, justo ahora que tengo que salir”. Esto ocasionó que él no asistiera a la cita.

A los 24 años, Juan relata que conoció a otra chica en su centro de labores. Él comenta que la invitó a salir a una discoteca. Nuevamente, varias horas antes del encuentro, él comenzó a sentirse mal, presentando síntomas de ansiedad tales como: taquicardia, sudoración intensa y profusa de las palmas de sus manos, sensación de desmayo, falta de aire, preocupación y pensamientos negativos como: “soy un inútil”, “no sabré como mantener una conversación”, “siempre me pasa esto, cuando tengo una cita”. Sin embargo, en esta oportunidad la cita se llegó a concretar. Pues, ingresaron a la discoteca, pero luego de 30 minutos aproximadamente, él inventa una excusa y decide retirarse del local ante la

sorpresa de la chica. Tampoco mantuvo relación sentimental con esta chica.

A los 33 años, el paciente refiere que, en una fiesta realizada en su casa, le presentaron a una chica, con la cual empieza a conversar, pero luego de 20 minutos, siente sudoración en sus manos, ante esto él opta por retirarse de la fiesta, evitando algún contacto con la chica.

A los 38 años, Juan refiere sentir nuevamente los síntomas que ha ido experimentando cada vez que conocía a una mujer, en esta ocasión ello sucedió en un nuevo centro de trabajo al entablar conversación con una compañera del mismo centro de labores. Él se cita con ella, y de igual manera previo al encuentro, comienza a sentir sudoración en las manos, taquicardia, sensación de desmayo y pensamientos como “soy un inútil”, “soy un bueno para nada”, “me voy a quedar solterón”. Sin embargo, en esta ocasión el encuentro se llevó a cabo, estas salidas son frecuentes, a pesar de seguir experimentando los síntomas mencionados.

Respecto a la sudoración palmar excesiva, el paciente fue al dermatólogo, quien descarto que la causa sea orgánica, siendo derivado al servicio de psicología.

No recuerda episodios de su niñez relacionados a su problema.

Historia personal

Desarrollo inicial:

El evaluado menciona que su madre alguna vez le comento que los dos primeros trimestres de embarazo fue adecuado, es decir no hubo complicaciones. Sin embargo; durante el tercer trimestre los médicos le dijeron a la madre que el parto iba a ser riesgoso, por lo que recomendaron que el parto sea por cesárea. Además, señala que fue diagnosticado de enuresis a los 7 años, para lo cual tuvo tratamiento con el pediatra y una psicóloga. Desde allí no volvió a presentar el cuadro de enuresis nocturna.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

No recuerda

Actitudes de la familia frente al niño

El paciente recuerda que, en su niñez, sus padres lo castigaban dándole de manazos en cualquier zona del cuerpo cada vez que se negaba a comer. A consecuencia de ello, desobedecía las órdenes de ir a la tienda a comprar, pues señala que le daba vergüenza que lo vieran golpeado y con los ojos llorosos.

Educación

Juan refiere haber sido un estudiante con rendimiento educativo promedio; sin embargo, agrega que también se caracterizó por ser muy solitario pues no tenía amigo y se mantenía aislado, siendo esto una conducta repetitiva hasta sus estudios superiores.

Historia familiar

Datos familiares

- Padre: Carlos
Edad: 78
Grado de instrucción: primaria
Dedicación: agricultura
- Madre: Lilia
Edad: 65
Grado de instrucción: primaria
Dedicación: ama de casa

Relaciones familiares:

Relación entre padres: refiere que era variable, pues en ocasiones la relación era armoniosa y en otras se tornaba conflictiva por motivos domésticos.

Relación entre Juan y el padre: refiere que la relación era variable, algunas veces lo trataba adecuadamente y otras lo golpeaba por alguna razón doméstica, es decir desorden en casa o incumplimiento de reglas.

Relación entre Juan y la madre: el evaluado refiere que la relación era tensa, pues era tosca para decir las cosas y poco afectuosa. Frecuentemente lo criticaba por cualquier motivo.

En la actualidad la relación del paciente con sus padres es buena. Él vive con sus padres.

Antecedentes familiares

No presenta.

Informe Psicológico De Registro De Opiniones De Ellis

I. Datos de Filiación

- Apellidos y Nombres : Juan.
- Edad : 38 años
- Ocupación : Obrero
- Fecha de evaluación : Julio del 2018

II. Motivo de Evaluación

- Perfil psicológico

III. Técnicas e Instrumentos Aplicados

- La entrevista Psicológica

- Registro de Opiniones-Forma A

IV. Resultados

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Racion al	Tenden cia Racion al	Tenden cia Irracion al	Irracio nal
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

V. Interpretación

Respecto a sus esquemas de pensamiento, el evaluado considera que “es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para

uno”; ello se puede corroborar cuando menciona durante la entrevista lo siguiente: *“yo necesito que la chica con quien salgo o alguna amiga de mi trabajo a la que estoy conociendo, me admire”*. Asimismo *“Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”*, esto se observa al comentar que durante las situaciones en las que no puede enfrentar adecuadamente su ansiedad, tiende a reprocharse. Se destaca el enraizamiento de estas dos creencias.

Por otra parte tiende a considerar que *“Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”*, asimismo *“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”*, ello se observa cuando relata sobre la manera como se frustra al no poder interactuar con una chica, como él quisiera, y por ultimo considera que *“Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando, es decir que no lo superará ni olvidará fácilmente.*

VI. Conclusiones

El examinado presenta las siguientes creencias irracionales:

- *“Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”*.
- *“Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles. “Las personas y las cosas deberían ser como yo quiero”*
- *“Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada. “Si algo afectó laguna vez su vida siempre seguirá afectándola”*
- *“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”. “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”*.

VI. Recomendaciones

- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.

Informe Psicológico De Pensamientos Automáticos (Juan Ruiz y José Lujan)

I. Datos de Filiación

- Apellidos y Nombres : Juan.
- Edad : 38 años
- Ocupación : Obrero
- Fecha de evaluación : Agosto del 2018

II. Motivo De Evaluación

Perfil psicológico

III. Técnicas e Instrumentos Aplicados

- La entrevista Psicológica
- Test de pensamientos automáticos

IV. Resultados

<i>Pensamientos automáticos</i>	<i>Significado</i>
---------------------------------	--------------------

Filtraje	Se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación
Sobre generalización	Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en una ocasión esperará que ocurra una y otra vez.
Visión catastrófica	Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse: “Y si”: “¿Y si estallara la tragedia?” ¿Y si me sucede a mí?
Debería	La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.

V. Interpretación

Juan tiene pensamientos automáticos tales como: filtraje, sobre generalización, visión catastrófica y debería los cuales le generan sufrimiento emocional, estos pensamientos distorsionados se pueden corroborar cuando menciona durante las entrevistas: “voy a tartamudear y se van a dar cuenta que “soy incapaz de mantener una buena conversación”, “nunca seré una persona normal”, “mis manos van a sudar y se van a dar cuenta”, “no voy a expresarme bien” respectivamente.

Informe Psicológico de la Escala de Ansiedad de Zung

I. Datos de Filiación

- Apellidos y Nombres : Juan.
- Edad : 38 años
- Ocupación : Obrero
- Fecha de evaluación :Setiembre del 2018

II. Motivo de Evaluación

- Perfil psicológico

III. Técnicas e Instrumentos Aplicados

- La entrevista Psicológica.
- Escala de ansiedad de Zung.

IV. Resultados e Interpretación

El evaluado en la evaluación obtuvo un puntaje de 83, es decir presenta ansiedad intensa.

V. Recomendación

Durante el tratamiento, se recomienda entrenar en relajación muscular progresiva de Jacobson.

Informe Integrado Psicológico

I. Datos de Filiación

- Apellidos y Nombres : Juan.
- Edad : 38 años
- Ocupación : Obrero
- Fecha de evaluación : julio, agosto y setiembre del 2018

II. Motivo de Evaluación

- La evaluación se realizó en el marco del tratamiento cognitivo conductual solicitado por paciente.

III. Técnicas e Instrumentos Aplicados

- La entrevista Psicológica.
- Registro de Opiniones-Forma A
- Test de pensamientos automáticos
- Escala de ansiedad de Zung.

IV. Resultados

El evaluado considera que “es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”; ello se puede corroborar cuando menciona durante la entrevista lo siguiente: “yo necesito que la chica con quien salgo o alguna amiga de mi trabajo a la que estoy conociendo, me

admire”. Asimismo “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, esto se observa al comentar que durante las situaciones en las que no puede enfrentar adecuadamente su ansiedad, tiende a reprocharse. Se destaca el enraizamiento de estas dos creencias.

Por otra parte tiende a considerar que “Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, asimismo “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”, ello se observa cuando relata sobre la manera como se frustra al no poder interactuar con una chica, como él quisiera, y por ultimo considera que “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando, es decir que no lo superará ni olvidará fácilmente.

Respecto a los pensamientos distorsionados, Juan presenta: filtraje, sobre generalización, visión catastrófica y debería los cuales le generan sufrimiento emocional, estos pensamientos distorsionados se pueden corroborar cuando menciona durante las entrevistas.

En cuanto a la ansiedad, el evaluado obtuvo un puntaje de 83, es decir presenta ansiedad intensa.

III. Viabilidad del proyecto

El presente estudio de caso es viable porque reúne las características necesarias para la evaluación e intervención, tales como contar con un ambiente adecuado, así como tener acceso a los instrumentos para la evaluación. Cabe destacar la importancia de que el evaluado cuenta con todas sus facultades cognitivas además de la asistencia continúa.

IV. Producto

Programa de intervención

Este programa cognitivo conductual con un diseño ABA incluye una evaluación de entrada, una intervención a través de técnicas conductuales y una evaluación de salida.

Repertorio de entrada

Es el resultado de la evaluación de la conducta actual del paciente en términos de frecuencia e intensidad en este caso. Es el primer registro de conducta, denominado línea base.

Tabla 1

Registro de línea base de la semana 1 según frecuencia

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Postergar para otro día tener que ver a su chica	I		I			I		3
b) Llamar a su jefe y solicitarle ser reemplazado para que otra persona exponga la charla				I				1
c) Evitar ir al trabajo para no escribir en la pizarra delante de figuras de autoridad		I			I			2
d) Evitar ir al almuerzo de su trabajo para que no le vean que le tiemblan sus manos			I			I		2
e) Llamar a su jefe para no ir a reunión de trabajo con los ejecutivos de la empresa para que no le vean que sus manos tiemblan				I				1

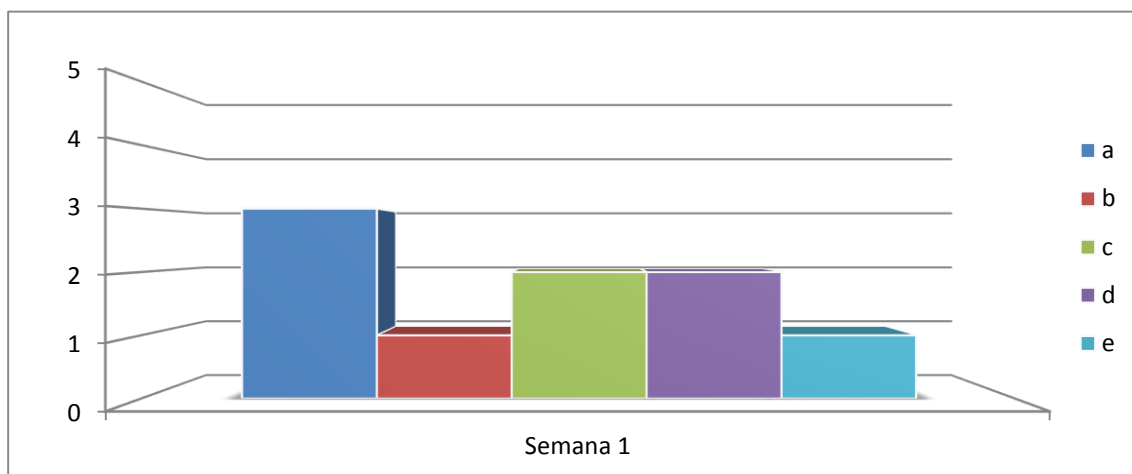


Figura 1. Línea base de la semana 1 según frecuencia

Tabla 2.

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

	CONDUCTAS	SUD
F	Ansiedad al pensar: “mis manos van a sudar y ella se va dar cuenta” no voy a expresarme bien” “voy a tartamudear” “se va dar cuenta que soy incapaz de mantener una buena conversación”.	10
G	Ansiedad al pensar: “todos se van a reír”, “soy un inútil”, “no sirvo como persona”.	10
H	Ansiedad al pensar: “no voy a poder escribir en la pizarra”, “se van a dar cuenta que soy un burro”, “nunca seré una persona normal”.	10
I	Ansiedad al pensar: “si voy al almuerzo pensarán soy un indeseable”, “nadie se va juntar conmigo”, “me voy a avergonzar y los demás se van a reír de mí”.	10
J	Ansiedad al pensar: “si voy a la reunión de trabajo, “se darán cuenta que soy un bueno para nada”.	8

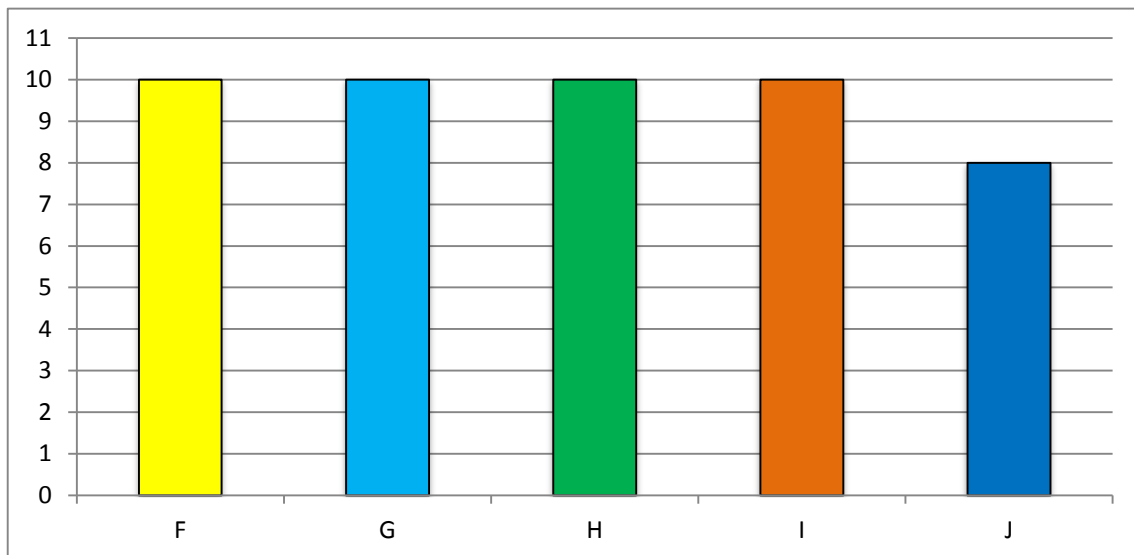


Figura 2. Intensidad de la ansiedad en la semana 1 generados por los pensamientos distorsionados.

Procedimiento

Para los objetivos a, d y f, los cuales son eliminar los pensamientos, se trabajará a través de la reestructuración cognitiva, realizando los siguientes pasos:

Paso 1: Se le explicará al paciente qué es pensamiento – emoción – conducta, además de las consecuencias de mantener pensamientos catastróficos. Asimismo, se le expondrá información básica acerca de la ansiedad, origen, causas, principales consecuencias negativas y técnicas con las que se aborda el problema de ansiedad. Técnica: Psicoeducación sobre la ansiedad.

Paso 2: Se le dará al paciente una aplicación sobre la TREC. Se abordará la importancia de la TREC y del cambio de la emoción a través de la razón, ayudando a entender al paciente la conexión ABC, además se trabajarán las consecuencias que traen las creencias irracionales y se expondrá el tratamiento que se llevará a cabo para eliminar los pensamientos que le causan ansiedad en exceso. Técnica: Psicoeducación sobre la TREC.

Paso 3: Se le explicará al paciente acerca de los pensamientos distorsionados y creencias irracionales, y cómo se abordarán en terapia, mediante la discusión de los

mismos y la generación de pensamientos alternativos más racionales. Técnica:
Reestructuración cognitiva

A	B	C	D	E
<p>Se va a encontrar con una chica</p>	<p>Piensa: "mis manos van a sudar y ella se va dar cuenta", "no voy a expresarme bien", "voy a tartamudear", "se va dar cuenta que soy incapaz de mantener una buena conversación"</p>	<p>ansiedad (10) y miedo (10), taquicardia, temblor de piernas y pérdida de aire</p> <p>llamarla e inventar una excusa para postergar el encuentro</p>	<p>Debatir:</p> <p>¿Qué pruebas tienes para estar seguro de lo que dices?</p> <p>¿Crees que toda persona en este mundo, se expresa "bien"?</p> <p>¿Crees que la gente no se equivoca?</p> <p>¿Qué es lo peor que pasaría si tu acompañante se da cuenta?</p> <p>¿Crees que la chica con quien vas a salir, no posee ningún defecto o no comete errores?</p> <p>¿Lo que piensas es una suposición o una realidad?</p> <p>¿Estás seguro de que la mejor solución es evitar estar en este tipo de situaciones?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yo no tengo pruebas de que siempre me sucederá lo que digo. • Es parte del ser humano equivocarse y tener defectos. • La solución no es huir. • Ansiedad (5) • miedo (5)

<p>Dos horas antes a su presentación frente a personas desconocidas</p>	<p>“todos se van a reír”, “se van a dar cuenta que mis manos tiemblan”, “soy un inútil”, “no sirvo como persona”</p>	<p>Ansiedad (9) y miedo (10), sudoración profusa a nivel palmar, taquicardia, dificultades para respirar. Llama al jefe para pedirle que sea reemplazado.</p>	<p>¿Tienes pruebas de que todos se van a reír? ¿Tienes pruebas de que no podrás dar una adecuada presentación? ¿El equivocarse o no hacer algo “bien” te convierte en un ser inútil? Entonces, ¿no crees que todos seríamos inútiles?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • el hecho que mis manos tiemblen al exponer, no me hace un inútil. • Ansiedad (6) • miedo (6)
<p>Ver a su jefe</p>	<p>piensa “mis manos van a sudar profusamente”, “no voy a poder escribir en la pizarra”, “se van a dar cuenta que son un burro”, “nunca seré una persona normal”.</p>	<p>Ansiedad (9), taquicardia y sudoración de manos. Deja de pasar por su lado.</p>	<p>¿Tienes pruebas de que siempre sucederá lo que mencionas? Por favor, defíneme la palabra burro. ¿El cometer un error, te convierte en un “burro”? ¿Qué es para ti una persona normal? ¿Las personas se dividen por normales y anormales? ¿Toda persona que presenta alguna dificultad y/o déficit pertenecería al</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yo no tengo pruebas de que siempre me sucederá lo que digo. • Es parte del ser humano ser imperfecto • No existe persona anormal y menos el calificar a alguien en base a lo que realiza (bien o mal). • Ansiedad

			grupo de personas anormales?	(5)
Asistir a un almuerzo por el aniversario de su centro de labores.	“si voy al almuerzo todos verán que me sudan las manos profusamente”, “soy un indeseable”, “nadie se va a juntar conmigo”, “me voy a avergonzar y los demás se van a reír de mí”	Ansiedad (10) e impotencia (10), acompañado de taquicardia, temblor corporal y sudor de manos. No asiste al almuerzo.	¿Tienes la convicción de que sucederá lo que mencionas? ¿Por qué dices que nadie se juntará contigo? ¿Tú harías lo mismo? ¿Es imprescindible recibir la aprobación de los demás? ¿Qué es lo peor que podría suceder, si no eres aprobado por alguna persona? ¿Estás seguro de que la mejor solución es evitar estar en este tipo de situaciones?	<ul style="list-style-type: none"> • Yo no tengo pruebas de que siempre me sucederá lo que digo. • No es imprescindible que todos me acepten. • La solución no es huir. • Ansiedad (5)

Para los objetivos b, c, e, g. se le enseñará al evaluado a reducir y manejar el nivel de ansiedad en dichas situaciones, y realizar conductas que evita.

Paso 1: Se le entrenará en la técnica de Relajación progresiva de Jacobson para que aprenda a tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo, y al

mismo tiempo deberá concentrarse en las sensaciones relacionadas con la tensión y relajación. Esta técnica será de utilidad para la posterior aplicación de la técnica de Desensibilización sistemática.

Paso 2: Se explicará sobre la técnica de Desensibilización Sistemática, en qué consiste y su utilidad en el tratamiento. Se proseguirá con la realización de una lista jerarquizada de menor a mayor de las sub conductas que le produzcan ansiedad. Luego, se le aplicará la desensibilización sistemática en imaginación, con el objetivo de, primero, disminuir y, después, eliminar la ansiedad fisiológica condicionada. Esta técnica consiste en imaginar la situación tantas veces hasta que el nivel de ansiedad disminuya hasta cero, de acuerdo a la jerarquización realizada previamente.

Para ello se requiere:

- Elaboración de la jerarquiza de los ítems a desensibilizar. Esto se realizará en conjunto terapeuta – evaluado.

Ítems de la jerarquía	Usa 0 – 100
Hablar por teléfono con su jefe	25
Hablar por teléfono con una compañera de trabajo	30
Caminar por la calle y saludar a sus vecinos	50
Entrar al trabajo y saludar a sus compañeros	60
Escribir en la pizarra de su centro laboral.	65
Almorzar junto a sus compañeros de trabajo	70
Asistir a una reunión de fin de semana con sus compañeros de trabajo.	80
Entablar una conversación con una compañera de trabajo.	85
Invitar a una compañera de trabajo a salir un fin de semana.	90
Exponer un comunicado frente a sus compañeros de trabajo	95
Exponer un tema frente a personas desconocidas.	98

Mantener una cita durante 1 hora con una chica.

100

- Se le indicará que emplee la técnica de Relajación muscular de Jacobson, antes aprendido.
- Se llevará a cabo la aplicación del procedimiento de desensibilización sistemática.

Se inicia la sesión repasando las actividades dejadas para la casa, con la finalidad de corroborar la práctica de la auto exposición en imaginación.

Asimismo, se procedía a la desensibilización en imaginación de los ítems.

Al finalizar cada sesión, se realizaba la retroalimentación de lo trabajado en sesión, además se dejaba actividades para la casa.

Paso 3: Después de la aplicación de la Desensibilización sistemática en imaginación, se procederá al acercamiento gradual del evaluado hacia sus compañeros de trabajo, se le enseñará a que establezca lazos de amistad con algunos de ellos. Para ello se plantean metas diarias de acercamiento las cuales si son cumplidas serán reforzadas, pasando gradualmente desde conductas simples como pasar por el lado de sus compañeros de trabajo, saludarlos, quedarse un minuto con ellos, hasta que establezca un vínculo de cercanía con algunos. Esto se logrará a través de la técnica de Moldeamiento por aproximaciones sucesivas.

Paso 4: Mediante la representación de roles se ejercitará las habilidades sociales del paciente, realizando supuestas conversaciones con amigos del trabajo con la ayuda de algún amigo o amiga cercano y con el terapeuta. Se plantearán diversas situaciones en las que se le proveerá de alternativas de conversación. Esta técnica viene a ser Juego de roles

Paso 5: Durante la intervención se aplicará reforzamiento positivo, el cual consistirá en otorgar un refuerzo verbal (felicitaciones), especialmente cuando realice la conducta deseada.

Evaluación del tratamiento

Después de 7 semanas de iniciado el tratamiento el registro es como se observa a continuación:

Tabla 3

Registro de la disminución de las conductas problemas durante las 7 semanas a partir del inicio de tratamiento

Conductas	sem 1	sem 3	sem 5	sem 7
a) Postergar para otro día tener que ver a su chica	3	2	1	0
b) Llamar a su jefe y solicitarle ser reemplazado para que otra persona exponga la charla	1	1	1	0
c) Evitar ir al trabajo para no escribir en la pizarra delante de figuras de autoridad	2	2	1	0
d) Evitar ir al almuerzo de su trabajo para que no le vean que le tiemblan sus manos	2	2	1	0
e) Llamar a su jefe para no ir a reunión de trabajo con los ejecutivos de la empresa para que no le vean que sus manos tiemblan.	1	1	1	0

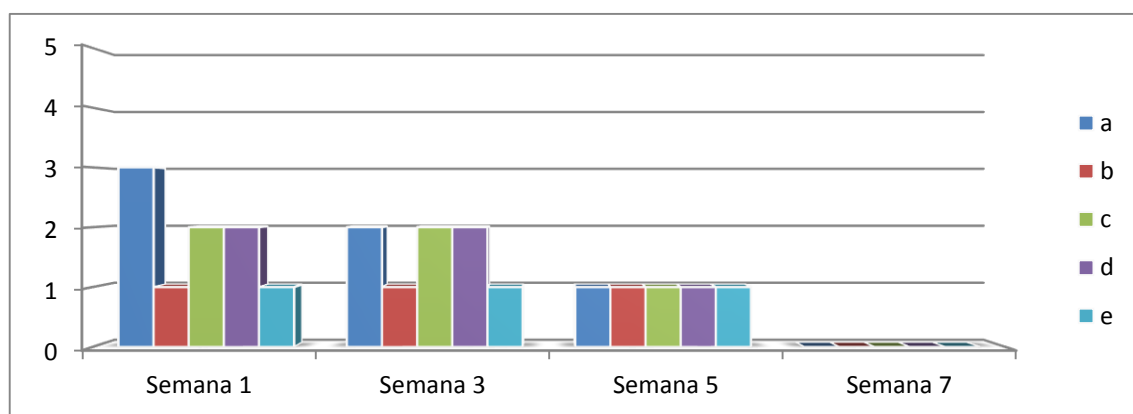


Figura 3. Disminución de las conductas problemas durante las 7 semanas, según frecuencia.

Tabla 4

Registro de la disminución de la ansiedad durante las 7 semanas siguientes a partir del inicio del tratamiento

Conductas		SUD	SUD	SUD	SUD
		sem 1	sem 3	sem 5	sem 7
F	Ansiedad al pensar: “mis manos van a sudar y ella se va dar cuenta” no voy a expresarme bien” “voy a tartamudear” “se va dar cuenta que soy incapaz de mantener una buena conversación”.	10	5	1	0
G	Ansiedad al pensar: “todos se van a reír”, “soy un inútil”, “no sirvo como persona”.	10	4	1	0
H	Ansiedad al pensar: “no voy a poder escribir en la pizarra”, “se van a dar cuenta que soy un burro”, “nunca seré una persona normal”.	10	4	1	0
I	Ansiedad al pensar: “si voy al almuerzo pensarán soy un indeseable”, “nadie se va juntar conmigo”, “me voy a avergonzar y los demás se van a reír de mí”.	10	4	1	0
J	Ansiedad al pensar: “si voy a la reunión de trabajo, “se darán cuenta que soy un bueno para nada”.	8	3	1	0

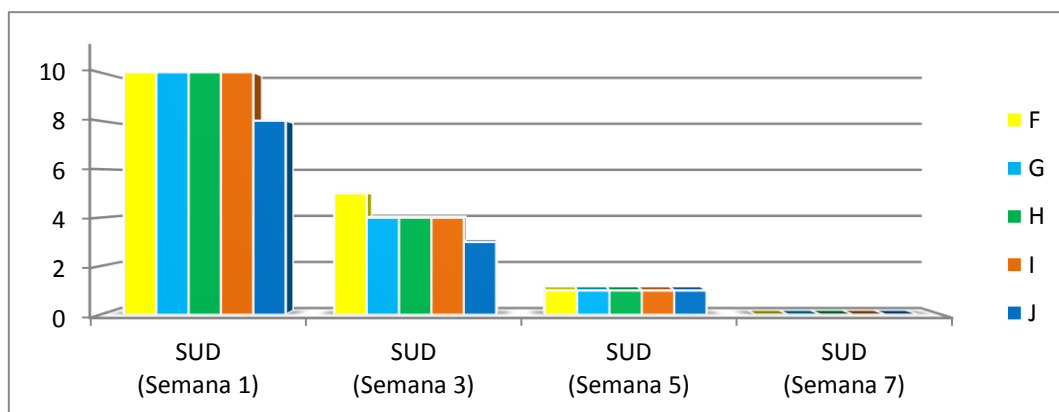


Figura 4. Disminución de la ansiedad según su intensidad.

Seguimiento

Tabla 5

Registro de la disminución de las conductas problemas durante las 7 semanas a partir del inicio de tratamiento

Conductas	sem 1	sem 3	sem 5	sem 7	sem 11
a) Postergar para otro día tener que ver a su chica	3	2	1	0	0
b) Llamar a su jefe y solicitarle ser reemplazado para que otra persona exponga la charla	1	1	1	0	1
c) Evitar ir al trabajo para no escribir en la pizarra delante de figuras de autoridad	2	2	1	0	0
d) Evitar ir al almuerzo de su trabajo para que no le vean que le tiemblan sus manos	2	2	1	0	0
e) Llamar a su jefe para no ir a reunión de trabajo con los ejecutivos de la empresa para que no le vean que sus manos tiemblan.	1	1	1	0	0

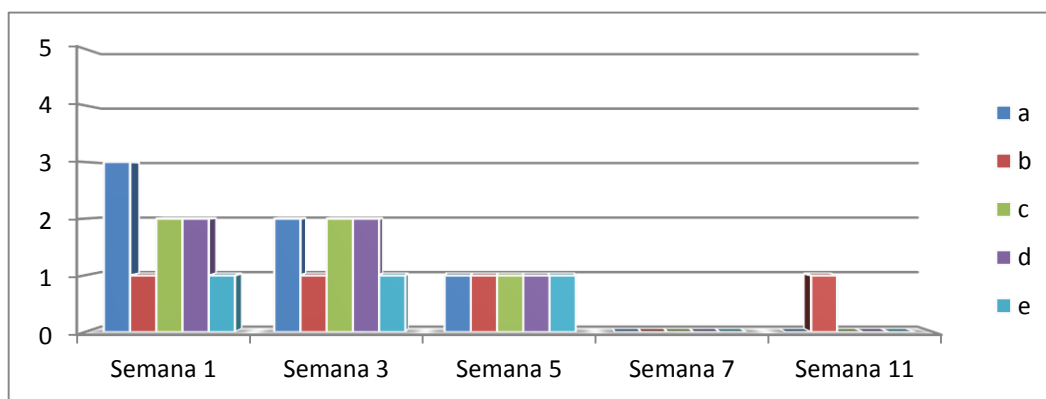


Figura 5. Disminución de las conductas problemas hasta el seguimiento, según frecuencia.

Tabla 4

Registro de la disminución de la ansiedad durante las 7 semanas siguientes a partir del inicio del tratamiento

Conductas	SUD sem 1	SUD sem 3	SUD sem 5	SUD sem 7	SUD sem 11
F Ansiedad al pensar: “mis manos van a sudar y ella se va dar cuenta”” no voy a expresarme bien” “voy a tartamudear” “se va dar cuenta que soy incapaz de mantener una buena conversación”.	10	5	1	0	0
G Ansiedad al pensar: “todos se van a reír”, “soy un inútil”, “no sirvo como persona”.	10	4	1	0	0
H Ansiedad al pensar: “no voy a poder escribir en la pizarra”, “se van a dar cuenta que soy un burro”, “nunca seré una persona normal”.	10	4	1	0	0
I Ansiedad al pensar: “si voy al almuerzo pensarán soy un indeseable”, “nadie se va juntar conmigo”, “me voy a avergonzar y los demás se van a reír de mí”.	10	4	1	0	0
J Ansiedad al pensar: “si voy a la reunión de trabajo, “se darán cuenta que soy un bueno para nada”.	8	3	1	0	0

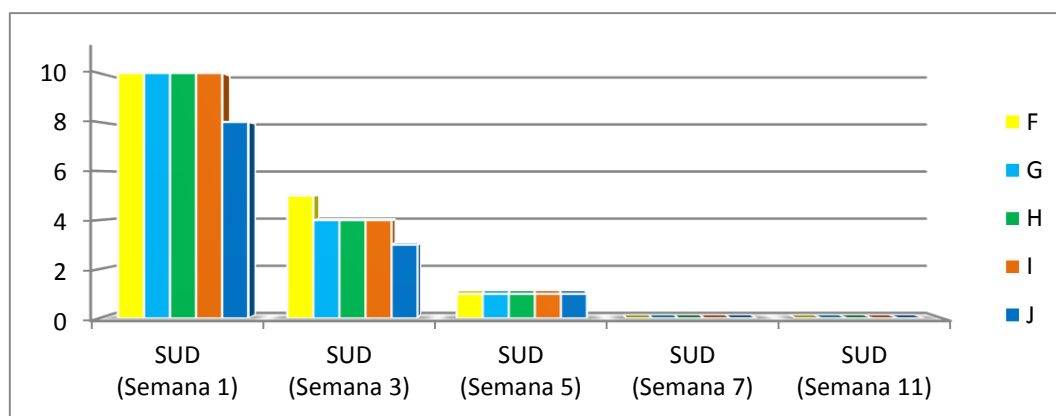


Figura 6. Disminución de la ansiedad según su intensidad.

Análisis de los resultados del tratamiento

Delgado, García y Estrada (2012) efectuaron un estudio investigatorio con el fin de ejecutar la adaptación y aplicación de un tratamiento para la fobia social en la ciudad de México. Para tal efecto, se contó con una muestra de 27 estudiantes mexicanos que tenían fobia social generalizada. Para ello, se aplicó la entrevista clínica ADIS – IV y escalas de evaluación de la ansiedad y fobia social muy conocidas. Los resultados de esta investigación arrojan una baja significativa en los niveles de ansiedad social, además que los evaluados lograron más seguridad personal y dominio escénico ante presentaciones y/o discurso ante el público, que el grupo control.

En el presente estudio de caso nuestro, también se aplicaron pruebas psicológicas y técnicas cognitivo – conductuales obteniendo resultados satisfactorios al 80%. Asimismo, se logró una baja sustancial en cuanto a dificultades en la interacción social con desconocidos o poco conocidos. Se destaca aquí que los niveles de intensidad anticipatoria y situacional también bajaron a índices mínimos. De igual manera, se

evidencia disminución en conductas de evitación, escape y sobre todo cognitivamente se obtuvieron grandes resultados; logrando que se modifiquen pensamientos y/o creencias irracionales. Esto se logra con Reestructuración Cognitiva, obteniendo el paciente cambio más adaptativos.

Discusión

Esta investigación tuvo como finalidad presentar un programa de tratamiento cognitivo conductual en un varón de 38 años de edad quien, con fobia social, el diseño de este trabajo es tipo ABA que incluye una evaluación de entrada, intervención terapéutica y una evaluación de salida.

Uno de los hallazgos a destacar en la presente investigación es que la intervención realizada demostró una eficacia en más de un 80% en el evaluado con fobia social.

Asimismo, estos resultados guardan similitud con los obtenidos en los trabajos nacionales realizados por Pomahuacre, corroborándose que la terapia cognitiva conductual en nuestro medio, produce resultados efectivos respecto a la ansiedad.

En comparación con estudios internacionales como el de Delgado, García & Estrada podemos encontrar similitudes en resultados favorables de la terapia cognitivo conductual.

Conclusión

- Se presentaron similitudes con respecto a los resultados anteriores basados en un diseño ABA.
- El tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual ha demostrado efectividad en casos de fobia social.
- El evaluado ha disminuido significativamente las conductas motoras de evitación antes presentadas.

- El logro de los objetivos del tratamiento ha favorecido al evaluado a nivel personal, social, laboral.

V. Recomendaciones

- Es importante seguir asistiendo a reuniones sociales y laborales.
- Practicar en casa la relajación muscular de Jacobson.
- Asistir a talleres de habilidades sociales.
- Practicar deporte como actividad constante.

VI. Referencias

- Ajno, G. (2015). Fobia. *Revista de actualización clínica investiga*, 35. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682013000800006&script=sci_arttext
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Antona, C., Delgado, M., García, L. y Estrada, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen12/num1/315/adaptacin-transcultural-de-un-tratamiento-ES.pdf>
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Bravo, M. y Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_de_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo_conductual_Explanatory_models_of_social_phobia_An_approach_cognitive-behavioral/download
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento Cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cornejo, M. (2016). *Efectos de un programa cognitivo conductual en las habilidades sociales de alumnos de secundaria de organizaciones estudiantiles de la institución educativa Corazón De Jesús de Lima* (Tesis de Postgrado). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
- Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Instituto Nacional de la Salud Mental (2017). *Trastorno de ansiedad social: más allá de la simple timidez*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/index.shtml>
- Macià, D.; Olivares, P. & Amorós, M. (2012). Detección e intervención conductual-cognitiva en adultos-jóvenes con fobia social generalizada. *Anales de psicología*, 28(1), 19-27. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723161003.pdf>
- Magallanes, M. (2010). *Terapia cognitivo-conductual*. Lima: Fondo Editorial de la UIGV.
- Mendo, S.; León, B.; Felipe, E. & Polo, M. (2016). Entrenamiento en habilidades sociales en el contexto universitario: efecto sobre las habilidades sociales para trabajar en equipos y la ansiedad social. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(3), 423-438. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/316951807_Entrenamiento_en_habilidades_sociales_en_el_contexto_universitario_Efecto_sobre_las_habilidades_sociales_para_trabajar_en Equipos_y_la_ansiedad_social/download
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pomahuacre, J. (2015). *Tratamiento Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta* (tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Rosa, A.; Amorós, M. & Olivares, P. (2013). Aportaciones de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 5-23. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100005

Ruiz, A.; Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.