



Facultad de Psicología

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA FOBIA A LEER EN
PÚBLICO EN UNA MUJER ADULTA**

Trabajo Académico para optar el título de la segunda especialidad profesional en
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTORA:

Feria Macizo, Magda Elena

ASESOR:

Roca Paucarpoma, Favio

JURADO:

PINTO HERRERA, FLORITA

MENDOZA HUAMÁN, VICENTE

VÁSQUEZ VEGA, EDA JEANETTE

Lima-Perú

2020

Dedicatoria

A mi padre que está en el cielo, por su orientación y apoyo constante en mi formación personal y profesional, así como ser un modelo a seguir de perseverancia.

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por guiar mis pasos y colocar en mi vida personas de mucha bendición como mi asesor Favio Roca, quien con su apoyo y motivación constante han formado en mí una mejor profesional. Siendo para mí, una modelo a seguir no solo por sus logros académicos y profesionales, sino por la gran persona que es.

En segundo lugar, quiero agradecer a Adela por su aporte y contención para no rendirme en el proceso de mi trabajo académico, pues sus conocimientos impartidos me sirvieron mucho para integrar mis conocimientos previos con el nuevo.

En tercer lugar, mi familia por sus recomendaciones y aportes durante este proceso de formación profesional, así como palabras de aliento para seguir adelante.

Indice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Indice	iv
Indice de Tablas	vi
Indice de Figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	26
Estudios internacionales	26
Estudios nacionales	27
1.3 Objetivos	36
Objetivo general	36
Objetivo específico	36
1.4 Justificación	37
1.5 Impactos esperados del proyecto	38
II. Metodología	39
Tipo de Investigación	39
Evaluación Psicológica	39
Historia Psicológica	39
Informe Psicológico	39

III. Resultados	83
IV. Conclusiones	91
V. Recomendaciones	92
VI. Referencias	93
VII. Anexos	97

Índice de Tablas

Tabla 1	<i>Presencia de problemas de Adaptación, Aprendizaje y Conducta en el colegio</i>	18
Tabla 2	<i>Análisis funcional</i>	20
Tabla 3	<i>Análisis cognitivo</i>	23
Tabla 4	<i>Diagnóstico funcional</i>	25
Tabla 5	<i>Resultados del Cuestionario de personalidad de Eysenck</i>	40
Tabla 6	<i>Resultados del Test De Pensamientos Automáticos</i>	42
Tabla 7	<i>Registro de frecuencia de las conductas motoras – Línea base A</i>	50
Tabla 8	<i>Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Línea base A</i>	51
Tabla 9	<i>Registro de la intensidad de la ansiedad y miedo – Línea base A</i>	53
Tabla 10	<i>Cuestionamiento De La Terapia Racional Emotiva Conductual</i>	55
Tabla 11	<i>Jerarquía de ítems para la situación uno</i>	78
Tabla 12	<i>Jerarquía de ítems para la situación dos</i>	79
Tabla 13	<i>Jerarquía de ítems para la situación tres</i>	79
Tabla 14	<i>Jerarquía de ítems para la situación cuatro</i>	80
Tabla 15	<i>Jerarquía de ítems para la situación cinco</i>	80
Tabla 16	<i>Registro de frecuencia de las conductas motoras – Fase A y B</i>	83
Tabla 17	<i>Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase A y B</i>	84
Tabla 18	<i>Registro del promedio de intensidad de ansiedad y miedo – Fase A y B</i>	86
Tabla 19	<i>Registro de frecuencia de las conductas motoras– Fase ABA</i>	86
Tabla 20	<i>Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase ABA</i>	88
Tabla 21	<i>Registro del promedio de intensidad de ansiedad – Fase ABA</i>	89

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Registro de frecuencia de las conductas motoras – Línea base A	51
<i>Figura 2.</i> Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Línea base A	52
<i>Figura 3.</i> Comparativo de registro de frecuencia de las conductas motoras – Fase A y B.	84
<i>Figura 4.</i> Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase A y B.	85
<i>Figura 5.</i> Comparativo de registro de frecuencia las conductas motoras – Fase ABA	87
<i>Figura 6.</i> Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase ABA	89

Resumen

En el presente trabajo académico se expone la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual en una mujer adulta de 42 años de edad que presenta fobia social específica dirigida hacia el acto de leer. Se describe el procedimiento en cada una de las fases de la intervención, así como los resultados. La evaluación y abordaje realizado está diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los instrumentos empleados para la recolección de datos son la entrevista psicológica, registros conductuales, Cuestionario de Personalidad PEN de Eysenk y el Registro de Opiniones - REGOPINA. Asimismo, se utilizaron técnicas como la Terapia Racional Emotiva Conductual, Desensibilización sistemática imaginal y en vivo, Role Playing y reforzamiento positivo. Los resultados de la intervención, mostraron un cambio favorable en comparación a la línea base; es decir, la eliminación y reestructuración de las creencias, así como pensamientos desadaptativos. Disminuyendo significativamente las conductas problemáticas como son las evitativas y de escape. Además, el resultado impacta positivamente en su ámbito personal, familiar, laboral y social de la evaluada.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, fobia social, fobia social específica

Abstract

In the present academic work the application of a cognitive - behavioral treatment in a 42 years old adult woman who presents specific social phobia directed towards the act of reading is exposed. The procedure is described in each phase of the intervention, as well as the results. The evaluation and approach performed is designed under the ABA multi-conditional single case experimental model. The instruments used for data collection are the psychological interview, behavioral records, the Eysenk PEN Personality Questionnaire and the Opinion Registry - REGOPINA. Likewise, techniques such as Rational Behavioral Emotional Therapy, imaginal and live systematic desensitization, Role Playing and positive reinforcement were used. The results of the intervention showed a favorable change compared to the baseline; that is, the elimination and restructuring of beliefs, as well as maladaptive thoughts. Significantly reducing behavior problems such as avoidance and escape. In addition, the result has a positive impact on the personal, family, work and social environment of the evaluated.

Keywords: cognitive behavioral therapy, social phobia, specific social phobia

I. Introducción

La ansiedad es una reacción emocional y universal que nos dispone en un estado de alerta frente a un objeto o situación que se reconozca o perciba como amenazante y/o peligrosa. Son tres los sistemas de respuestas de la ansiedad: A nivel cognitivo se da un estado de alerta; a nivel autónomo, una activación fisiológica; y a nivel motor, inquietud (Paz, 2009).

Del mismo modo, la ansiedad se basa en un miedo real, existente y racional, por lo que cumple una función adaptiva y de supervivencia. No obstante, si esta reacción se presenta de manera intensa, en exceso y con una duración prolongada, será perjudicial e interferirá con la funcionalidad de la persona en los diferentes aspectos de su vida, debido a que conllevaría a una pérdida de autocontrol y un mal manejo de sus estrategias de afrontamiento (Paz, 2009; Morales, 2011).

Como bien sabemos, un miedo adaptativo es un conjunto de sensaciones que se ponen en marcha como respuesta normal ante peligros reales; sin embargo, de este proceso de respuesta normal ante ciertas situaciones reales, se pueden presentar respuestas ante amenazas no reales, dejando de ser adaptativo para convertirse en una fobia (Capafons, 2001).

La presente investigación se dirige a mostrar estrategias terapéuticas con el objetivo de mejorar el desarrollo personal, social y laboral de una mujer de 42 años, quien ha sido diagnosticada con fobia social específica, dirigida hacia el acto de leer.

Por lo mencionado anteriormente, se ha aplicado un programa de tratamiento con la intervención cognitivo conductual, la cual pretende modificar los pensamientos y conductas desadaptativas por otras más funcionales. Ello se logra mediante el empleo de técnicas basadas en el condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social, así

como la desensibilización sistemática. Este programa tiene un diseño ABA que implica una evaluación (línea base) previa a la intervención y cuya eficiencia se verá reflejada al comparar los resultados iniciales con los finales luego del tratamiento, respectivo.

1.1 Descripción del problema

El presente estudio de caso, trata sobre una mujer adulta de 42 años de edad, quien vive en el departamento de Ayacucho. Donde, en la actualidad, la evaluada emite conductas evitativas, tales como: pedir a su sobrina que lea el discurso frente a su familia, en lugar de ella; pedir a su jefa que le encargue a otra persona exponer el reporte ante la junta directiva; retirarse raudamente de la clase práctica de oratoria, por temor a que le digan que exponga; pedir a una “hermanita” que lea el texto bíblico en su lugar, argumentando, no poder hacerlo por tener un tono de voz muy bajo e irse al baño y demorarse, para evitar dirigir el cantico. De igual manera, pensamientos anticipatorios y catastróficos como: *“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”*, *“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”*, *“¿Por qué tengo que ser yo la que exponga ante la junta?”*, *“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”*, *“qué vergüenza”*, *“seguro me van a decir que salga al frente”*, *“me va a salir mal”*, *“creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”*, *“qué vergüenza que lo haga mal”*, *“Ni siquiera aquí puedo vencer mi miedo”* y *“voy a hacerlo mal”*.

Actualmente, Tania convive en un hogar constituido por su esposo e hijo de nueve años. Además, desde hace cuatro años, aproximadamente, profesa la religión Testigos de Jehová, en la que no ha podido desenvolverse adecuadamente, debido a la dificultad que presenta.

No obstante, estas conductas han sido aprendidas mediante un proceso de condicionamiento. Siendo la principal causal para el incremento, la disminución de la ansiedad, miedo y síntomas fisiológicos a través de la realización de conductas de escape.

Por ejemplo, cuando la sobrina accede al pedido de reemplazarla en la lectura y exposición del discurso, frente a la familia; o cuando la jefa de su centro de labores acepta poner en lugar de ella, a otra trabajadora para exponer frente a la junta directiva, el reporte de ingresos y egresos. En ambas situaciones, la consecuencia ante la conducta evitativa es similar, la aceptación a su pedido, sentirse aliviada y tranquila.

Lo mismo sucede, cuando le pide a la “hermanita” que lea el texto bíblico en lugar de ella, aduciendo que tiene un tono de voz bajo. Esta conducta, es reforzada con la aceptación de su pedido y, además, el sentirse tranquila y sin los síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración y ruborización.

No obstante, las conductas de evitación no solo han generado la disminución de la ansiedad ante la situación temida, sino también la falta de motivación para superar el problema, como es el caso. Por ejemplo, cuando Tania se retira de la hora de práctica del curso de oratoria, cuando supone verse elegida para salir al frente a exponer delante de sus compañeros. O cuando se va al baño, a fin de no dirigir el cántico en las reuniones de su religión a donde asiste con regularidad.

Datos de Filiación

Nombres y Apellidos : Tania V. J.

Edad : 42 años

Lugar y fecha de nac. : Jesús de Nazareno - Ayacucho, 23 de julio de 1973.

Grado de instrucción : Superior incompleta

Dirección : Jr. Mañaricua 221 - Ayacucho

Fecha de entrevista : 16 de enero de 2019

Lugar de entrevista : Centro de salud Santa Elena

Terapeuta : Psic. Magda Feria Macizo

Motivo de Consulta

La paciente llega a consulta refiriendo lo siguiente *“vengo porque siempre he tenido problemas para expresarme en público. Pero, ahora esto me está afectando más, ya que no me deja desenvolverse bien cuando voy a la reunión de los testigos de Jehová”*. *“Tengo que leer algún versículo delante de los hermanos y no puedo”, es más, por ello he dejado de asistir*”, *“Ya no sé qué hacer”*.

Problema actual

Presentación actual del problema

Tania y su familia suelen reunirse en casa de su madre, junto a sus demás hermanos, los fines de semana. En dicha reunión es costumbre, que cada miembro de la familia traiga por escrito una reflexión acerca del motivo que los ha llevado a reunirse, manifestando su sentir y buenos deseos a la familia. Al momento de pararse frente a sus familiares, un total de 15 personas, y comenzar a leer lo que iba a decir, Tania empezó a experimentar ansiedad (8), sudoración y taquicardia. Pensaba: *“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”*, *“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”*. Ante esto, Tania le pidió a su sobrina que leyera el discurso por ella, justificándose que estaba mal de la garganta. La sobrina accedió a su pedido. Por lo que, la evaluada se sintió aliviada y tranquila. Esta situación sucede cada vez que hay una reunión familiar, una vez a la semana, aproximadamente.

Por otro lado, cada vez que Tania tiene que dar reporte a los siete miembros de la junta directiva sobre los ingresos y egresos económicos de la empresa en la que trabaja.

Siente preocupación (9), ansiedad (9) y dolores en el estómago. Piensa *“¿Por qué tengo que ser yo la que exponga ante la junta?”*, *“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”*, *“que vergüenza”*. Ante esto, la evaluada habla con su jefa, quien es su amiga, y le pide que le encargue a otra persona para exponer el reporte. La jefa acepta su pedido, debido a que conoce su problema. Por lo que, la evaluada siente tranquilidad. Esta situación suele darse una vez a la semana.

La evaluada asiste a un curso de oratoria, junto a trece compañeros más, con el fin de perder el miedo a leer y hablar en público. Sin embargo, cada vez que empieza la hora de práctica, piensa *“seguro me van a decir que salga al frente”*, *“me va a salir mal”*, *“creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”*. Sintiendo miedo (10), preocupación (9), frustración (9), ansiedad (9) y sudoración palmar. Motivo por el cual, se retira raudamente de la clase sin decir nada. Ante esto, la evaluada experimenta tranquilidad. Esta situación se da cada vez que Tania asiste al curso, es decir tres veces a la semana.

Cada vez que Tania tiene que leer un texto bíblico, frente a 20 personas aproximadamente, en las reuniones de los Testigos de Jehová, experimenta ansiedad (10), miedo (9), taquicardia, sudoración y ruborización. Además, piensa *“voy a titubear”*, *“que vergüenza que lo haga mal”*, *“ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”*. Ante esto, la evaluada busca a una “hermanita” para que lea en su lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de voz muy bajo. Obteniendo la comprensión de la “hermana” y librándose de leer el texto, la evaluada se siente tranquila y los síntomas fisiológicos desaparecen. Esto sucede cada vez que la evaluada asiste a las reuniones, es decir, tres veces a la semana.

Cuando Tania se encuentra en la reunión de Testigos de Jehová y tiene que dirigir los canticos. Siente ansiedad (9), preocupación (8), experimentando sudoración palmar,

taquicardia y dolores en el estómago. Adema, piensa “*que vergüenza*”, “*voy a hacerlo mal*”. Por esta razón, la evaluada se va al baño, demorándose varios minutos, para que sea otra persona la que dirija el cantico, experimentando alivio y tranquilidad. Esta situación sucede al menos tres veces a la semana.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 10 años, Tania estaba en una cena familiar con sus tíos, quienes habían llegado recientemente de viaje. Mientras la familia estaba conversando, la evaluada dio una opinión, cuando su madre con voz enérgica le dijo “*no te metas en conversaciones de mayores*”, “*¿qué haces prestando atención a lo que hablamos?*”. Sintiéndose avergonzada (10) y quedándose callada.

A la edad de 12 años, Tania le comentó a un compañero que durante las vacaciones se había ido de viaje a Bolivia con sus padres. Motivo por el cual, su compañero se burló y comenzó a decir en voz alta a los demás alumnos “*Tania dice que es boliviana*”, “*desde ahora es la boliviana*”. Ante ello, Tania sintió vergüenza (10) y ganas de llorar.

A la edad de 15 años, mientras Tania exponía en clase acerca de los países con los que limita el Perú, mencionó a Bolivia, lo que motivo a que uno de sus compañeros le dijera “*la boliviana*”. Situación que generó risas a todos, inclusive a la profesora. La evaluada sintió vergüenza (10).

A la edad de 24 años, Tania se encontraba cursando la carrera de administración, cuando tenía que exponer para el curso de Derecho Laboral. Tania no se encontraba preparada, por lo que, comenzó a leer el power point. Ante esto, el profesor de tal curso, le dijo “*deja de leer, estas exponiendo no leyendo, encima ni siquiera se te entiende*”. Esta situación la hizo sentir vergüenza (10) y ganas de llorar.

A los 28 años, desertó en la universidad debido al miedo que sentía cada vez que pensaba en la sustentación de tesis, quedándose en el XI ciclo de la carrera.

A la edad de 32 años, después de que Tania había dado un discurso por el día de su boda, su padre le dijo *“hijita, te hubieras preparado mejor, a pesar que leías, estabas titubeando, todo mundo se dio cuenta”*. Este comentario le generó a Tania decepción y frustración de ella misma, a la vez tristeza y vergüenza.

A la edad de 38 años, Tania se estaba bautizando en la religión a la que hoy pertenece. Por lo que es costumbre dar unas palabras al finalizar, motivo por el cual, la evaluada se dirigió diciendo que estaba muy nerviosa y que quizá las palabras que exprese no lo haga del todo bien. Una de las “hermanitas” dijo: *“no te preocupes hermanita Jehová te ayudará”*, animándola. Luego, terminado su discurso, la “hermanita” a modo de broma dijo: *“uy hermana, creo que esta vez Jehová no la ayudo”*, generando risa entre los demás. Esta situación provocó en Tania vergüenza (9) y pensamiento como *“seguro lo hice mal”*, *“que vergüenza”*.

Historia Personal

Desarrollo inicial:

La evaluada refiere que su nacimiento no fue planificado. Sin embargo, el estado de ánimo de la madre al enterarse de su venida era de aceptación y alegría. No presentó ninguna complicación. El parto fue normal.

Respecto a su desarrollo psicomotor, la evaluada estuvo dentro de los parámetros normales. Asimismo, el desarrollo de lenguaje fue adecuado, sin necesidad de requerir algún tipo de terapia.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Tania fue una niña tranquila, solidaria y amigable. Su comportamiento era generalmente el adecuado.

Actitudes de la familia frente a la niña

Tania se crio bajo un régimen democrático. Sin embargo, en algunas ocasiones, la madre solía ser muy crítica y estricta, aunque aquellas situaciones han sido escasas, han dejado huellas profundas en la evaluada.

Educación

Tabla 1

Presencia de problemas de Adaptación, Aprendizaje y Conducta en el colegio

Estudios	Concluyó		Presencia de problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adap	Aprend.	Cond.	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X						X	
Primaria	X						X	
Secundaria	X						X	
Superior		X	X				X	

La evaluada deja la universidad al ver cercana la posibilidad de tener que sustentar la tesis ante un jurado.

Historia Familiar

Datos familiares

La evaluada convive con su esposo Juan de 45 años, cuyo grado de instrucción es secundaria completa. Actualmente labora como supervisor de seguridad. Asimismo, tiene un hijo de 9 años de edad de nombre Juan, actualmenete cursa la educacion primaria.

Relaciones familiares

La relación con su esposo es la adecuada. Él la comprende y apoya en decisiones que Tania toma. Han decidido que cada vez que tengan un desacuerdo, se converse del problema después de unas horas con la finalidad de solucionar el problema y estar tranquilos emocionalmente.

Antecedentes familiares

No hay antecedentes de problemas de drogas o psiquiátricos dentro de la familia.

Análisis funcional

Tabla 2

Análisis funcional

Ed	C	Er
Pararse frente a sus familiares y tener que leer.	Pedir a su sobrina que leyera el discurso	La sobrina accedió a su pedido.

Pensar “*mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos*”,

“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”.

Alivio

tranquilidad

Ansiedad (8)

Sudoración

Taquicardia

Tener que dar reporte a la junta directiva sobre los ingresos y egresos económicos de la empresa

Pedir a su jefa que le encargue a otra persona para exponer el reporte.

La jefa acepta su petición.

Tranquilidad

Pensar: *“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”, “que vergüenza”.*

Preocupación (9)

Ansiedad (9)

Dolor de estomago

Hora de práctica de la clase de oratoria

Retirarse raudamente de la clase sin decir nada

Tranquilidad

Pensar *“seguro me van a decir que salga al frente”, “me va a salir mal”, “creo que por las*

puras estoy aquí, me va a salir mal”.

Miedo (10)

Preocupación (9)

Frustración (9)

Ansiedad (9)

Sudoración palmar

Tener que leer un texto bíblico en las reuniones de Testigo de Jehová
Jehová
Pensar: *“voy a titubear”, “que vergüenza que lo haga mal”, “ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”.*

Buscar a una “hermanita” para que lea en su lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de voz muy bajo.

Obtiene la comprensión de una “hermana” y se libra de leer el texto

Tranquilidad

Síntomas fisiológicos desaparecen

Ansiedad (10)

Miedo (9)

Taquicardia

Sudoración

Ruborización

Tener que dirigir los cánticos Ir al baño y demorarse, para Alivio
 Pensar: “*qué vergüenza*”, “*voy a* que sea otra persona la que Tranquilidad
hacerlo mal”. dirija el cántico.

Ansiedad (9)

Preocupación (8)

Sudoración palmar

Taquicardia

Dolores en el estómago

Análisis cognitivo

Tabla 3

Análisis cognitivo

A	B	C
Pararse frente a sus familiares y tener que leer.	Pensamiento: “ <i>mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos</i> ”, “ <i>voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien</i> ”.	Ansiedad (8) Pedir a su sobrina que leyera el discurso

Tener que dar reporte a la junta directiva sobre los ingresos y egresos económicos de la empresa.

Pensamiento: *“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”, “que vergüenza”*.

Preocupación (9)
 Ansiedad (9)

Le pide a su jefa que le encargue a otra persona para exponer el reporte.¹

Hora de práctica

Pensamiento: *“seguro me van a decir que salga al frente”, “me va a salir mal”, “creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”*.

Miedo (10)
 Preocupación (9)
 Frustración (9)
 Ansiedad (9)

Se retira raudamente de la clase sin decir nada

Tener que leer un texto bíblico en las reuniones de Testigo de Jehová

Pensamiento: *“voy a titubear”, “que vergüenza que lo haga mal”, “ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”*.

Ansiedad (10)
 Miedo (9)

Busca a una “hermanita” para que lea en su lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de

lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de voz muy bajo.

- Ir al baño y demorarse, para que sea otra persona la que dirija el cántico.
 - Pensar: *“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”, “voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”*.
 - Pensar: *“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”, “que vergüenza”*.
 - Pensar: *“seguro me van a decir que salga al frente”, “me va a salir mal”, “creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”*.
 - Pensar: *“voy a titubear”, “que vergüenza que lo haga mal”, “ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”*.
 - Pensar: *“qué vergüenza”, “voy a hacerlo mal”*.
-

1.2 Antecedentes

Estudios internacionales

Pérez y Redondo (2002) realizaron un estudio de caso con el objetivo de presentar la intervención en un hombre de 28 años diagnosticado con fobia social y trastorno de angustia con agorafobia en Madrid, España. La evaluación, el modelo explicativo y el tratamiento cognitivo-conductual se llevó a cabo en 21 sesiones, cuyas técnicas se adaptaron a las características del paciente (diferentes tipos de relajación, reestructuración cognitiva y exposición graduada). De acuerdo con los resultados, el tratamiento se presentó como eficaz según la evaluación pre y post-tratamiento. El seguimiento fue de seis meses, donde la prueba utilizada fue el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA– (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994).

Ortega y Climent (2004) realizaron un estudio de caso en una mujer de 25 años ciudadana de España, a la cual le aplicaron un programa cognitivo conductual que constaba de 16 sesiones. Siendo las técnicas aplicadas las de exposición gradual (primero en imaginación y después en vivo) a las situaciones temidas, acompañada de respiración diafragmática, y de autoinstrucciones de enfrentamiento. Los resultados obtenidos mostraron que la ansiedad en la paciente se ha disminuido casi por completo, por lo que se concluye la eficacia de este tratamiento.

Arslan (2015) desarrolló un estudio de caso donde se tuvo como fin el describir el tratamiento de una paciente de 20 años con ansiedad social de Bogotá, Colombia. Se aplicó una intervención desde la terapia cognitivo conductual, llevado a cabo en 5 sesiones de una hora con una periodicidad semanal, las técnicas aplicadas fueron psicoeducación, reestructuración cognitiva y autorregistros. Se concluyó que, si bien el abordaje bajo el modelo cognitivo conductual es eficaz y se encuentra respaldado por la literatura, el número

de sesiones en este caso fue insuficiente, por lo que se evidenció poca mejoría de la paciente.

Camino y Serrano (2019) describieron un estudio de caso con el fin de aplicar un tratamiento cognitivo-conductual en un adolescente de 17 años que presentaba ansiedad ante la lectura en público desde los 13 años. La intervención constó de 24 sesiones más tres sesiones de seguimiento en consulta. Los resultados mostraron que se lograron los objetivos planteados. En la última sesión de seguimiento telefónico, a los dos años, se mantenían los logros terapéuticos, demostrándose así, la eficacia del programa.

Estudios nacionales

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

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

Huertas, L. (2018) desarrolló un estudio de caso acerca de un adolescente de 17 años con fobia social, ya que tenía problemas para relacionarse con otras personas, conocer gente nueva, hablarle a una chica, entrar en lugares donde ya hay personas sentadas y sobretodo el tener que exponer en público. La evaluación psicológica consistió en técnicas de entrevista, observación y registro. Posteriormente, con los resultados obtenidos se decidió realizar el Análisis Funcional y el Programa de Intervención Terapéutica bajo el modelo teórico de la Terapia Cognitivo – Conductual con el fin de Mejorar el estado afectivo y emocional del paciente; a través de la modificación de pensamientos distorsionados por otros más adaptativos que le permitan enfrentarse de manera satisfactoria a diferentes situaciones en el área personal, social y familiar.

Pacheco (2018) realizó un estudio de caso clínico sobre una mujer de 25 años, quien presentaba conductas ansiógenas frente a exposiciones sociales específicas como exponer en la universidad, hablar con personas nuevas o con grupos numerosos de personas, iniciar y mantener una conversación, dar su opinión o confrontar a otros. Previo a la intervención psicoterapéutica se procedió a la evaluación psicológica de afectividad, personalidad y funciones cognitivas para el descarte de cualquier compromiso orgánico cerebral. Luego de la entrega de resultados, se planteó un programa de intervención bajo el modelo cognitivo conductual en particular la teoría cognitiva de Beck, este programa consto de 15 sesiones de intervención y 3 de seguimiento posterior al alta, el objetivo general de intervención fue modificar el sistema de creencias disfuncionales para mejorar el funcionamiento personal de la paciente en situaciones sociales reduciendo el nivel de ansiedad social y el malestar que experimenta respecto a si misma.

Fobia social

La ansiedad social, también llamada fobia social, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el CIE 10, de la siguiente forma:

La fobia social es un miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social. Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. El paciente puede consultar por ruborización, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional y, en algunas ocasiones, puede estar convencido de que el problema primordial son estas manifestaciones secundarias de ansiedad. Los síntomas pueden progresar a crisis de pánico (1992, p. 111).

La característica fundamental de la fobia social es la presencia de un temor o miedo exagerado, frecuentemente, irracional de hacer el ridículo, ser humillado o criticado por las personas que lo observan (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Por otro lado, Caballo (2007) presentó un conjunto de situaciones sociales a las que temen gran parte de los fóbicos sociales. Estas son las siguientes: Iniciar y/o mantener conversaciones; asistir a una fiesta; hablar con personas con autoridad; hacer y recibir cumplidos; hablar en público; actuar ante otras personas; ser el centro de atención; comer/beber, escribir, trabajar delante de otros, firmar en público; trabajar mientras es observado, entre otros.

Criterios diagnósticos de la fobia social. La American Psychiatric Association (APA) (2014), en el DSM-V, describen ciertos criterios a cumplir que para realizar el diagnóstico de ansiedad social:

1. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

2. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
3. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

4. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
5. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
7. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
9. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

10. Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Es importante señalar que en el DSM-V, la fobia a hablar en público y el pánico escénico están incluidos dentro de los trastornos de ansiedad social como una fobia social específica. Del mismo modo, se brinda una especificación en el que el miedo a hablar en público puede darse unitariamente, junto con fobia social generalizada o formar parte del miedo escénico.

Fobia social específica. Alcalaico (2012) distingue dos clases de fobias sociales, una específica y otra generalizada. Y, como se ha visto en anteriores párrafos, la fobia a hablar en público se encuentra en la categoría de fobia social específica (APA, 2014). Este tipo de fobia se caracteriza por un miedo intenso y constante a ciertos escenarios sociales o presentaciones en público conformado por personas desconocidas, donde el sujeto teme ser humillado o a evidenciar síntomas de ansiedad, por lo que evita dichas situaciones o las soporta con una ansiedad intensa, quienes padecen de este tipo de fobia temen interactuar con otros porque implica ser observados (Bados, 2005).

En cuanto a la fobia generalizada implica que la persona teme varias o a gran parte de escenarios sociales, sean donde tenga que interactuar o actuar, Bados (2005) indica una relación directa si existen mayores déficits en las habilidades sociales y laborales con mayor probabilidad de presencia de ansiedad y evitación social. Este tipo de fobia se caracteriza por un inicio en edades tempranas, un bajo nivel de rendimiento académico, niveles mayores de ansiedad y depresión, tendencia a consumir alcohol y padecer trastornos mentales.

Manifestaciones de respuesta de la fobia social específica de hablar en público

De acuerdo con Bados (2005), Cerecedo y Rodríguez (2015) existen tres sistemas de respuesta: cognoscitiva, fisiológica y motora.

- **Sistema cognitivo:** Se dan complicaciones para recordar la información que se desea dar a conocer, confusión, desconcentración, dificultad para encontrar términos. Predisposición a enfocar la atención en uno mismo con miedo a que otros lo observen, quedarse en blanco y/o a evidenciar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, presión en el pecho, temblor en el cuerpo y voz, entre otros.) que puedan ser notados por el resto de sujetos. Debido a lo anterior, se activan un conjunto de pensamientos anticipatorios y catastróficos, los cuales interfieren negativamente para llevar a cabo lo que se propone: “ si hablo, pasaré vergüenza”, “estoy muy nervioso, no puedo continuar”, “me bloquearé y todos se darán cuenta”, “me voy a desmayar, mi voz se corta” “a nadie le importa lo que diré”, “se me va a salir el corazón del pecho”.
- **Sistema autónomo:** Se activan reacciones fisiológicas a causa del sistema cognitivo, estas son la aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, ruborización, malestar gastrointestinal, urgencia miccional o diarrea, boca seca y complicaciones para tragar. Quienes son diagnosticados con fobia de hablar en público les atribuyen mayor relevancia a estos síntomas, percibiéndolos con una intensidad mayor en comparación a otros sujetos que no presenten este tipo de fobia.
- **Sistema motor:** Se realizan conductas de evitación para situaciones de hablar en público. En el supuesto que no se puede evitar, la persona toma medidas defensivas, como somatizaciones (tensión y contracciones musculares), gestos, expresión facial de miedo, risa inoportuna, tartamudez, dificultad para respirar, voz temblorosa o baja, equivocaciones frecuentes, temblor de manos o piernas, entre otros.

Terapia cognitivo conductual

El modelo de intervención por aplicar en el presente estudio de caso es el cognitivo conductual, respecto a este enfoque, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan:

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

Del mismo modo, Luterek, Eng y Heimberg (2003) señalan que la terapia cognitivo conductual se enfoca a que la propia persona que solicite ayuda sea el agente de cambio, por lo que la terapia es finita y la relación entre terapeuta y paciente es cercana. El especialista se orienta a entrenar a la persona en nuevas formas de afrontar las situaciones percibidas como amenazadoras, para ello, en el transcurso de la intervención, se dan modificaciones en los esquemas de creencias irracionales y los patrones conductuales de evitación o escape.

Técnicas cognitivo conductuales

Psicoeducación. El enfoque cognitivo conductual se basa en un modelo educativo orientado al cambio mediante el aprendizaje (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010). Por lo tanto, tal como lo mencionan Clark y Beck (2012), es fundamental instruir a los pacientes en el modelo cognitivo y los principios que se proponen respecto a la ansiedad y cómo se produce (cognición, emoción y conducta), esta técnica se emplea con las primeras sesiones y facilita la adherencia del paciente al tratamiento.

Relajación muscular progresiva de Jacobson. Esta técnica de relajación (Luterek et al., 2003; Vera, Valenzuela, Abarca y Ramos, 2005) pretende que los pacientes aprendan a soltar y relajar diferentes grupos de músculos de forma progresiva, a través de instrucciones específicas, para tensar y relajar distintos grupos musculares, con el objetivo de conocerlos

y poder conseguir un estado general de relajación. Asimismo, permite controlar la activación fisiológica y reducir los síntomas de ansiedad, como las palpitaciones cardíacas, sudoración, temblores, ante situaciones temidas.

Desensibilización sistemática. Magallanes (2010) señala 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 otros.

Gavino (2006) señala que la desensibilización sistemática 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.

La técnica de exposición viene a ser uno de los componentes centrales en la intervención de fobia social, con la que se pretende descondicionar la respuesta fóbica del paciente. El desarrollo de dicha técnica se da en fases, donde la primero se elabora en conjunto (paciente y terapeuta) un listado de situaciones que producen temor y/o son evitadas por el paciente de manera gradual (de mayor a menor grado) según la ansiedad que presente en ellas. Luego, se procede a exponerlo a las situaciones que teme, iniciando con aquellas que no le son tan ansiógenas y, en la medida en que la misma ya no le produce ansiedad, se le instruye para que se expongan, gradualmente, a otras que le sean más complicadas de afrontar. Generalmente, se emplea la imaginación y dramatización de roles durante las sesiones o en vivo (Luterek et al., 2003; Ortega y Climent, 2004).

Por otra parte, Bados (2009) establece tres objetivos que la exposición permite lograr: (a) desvincular o reducir la asociación entre el estímulo o situación temida con la reacción ansiosa; (b) aprender que no existe una base para el miedo, debido a que las consecuencias

negativas que la persona anticipa (visión catastrófica) no suceden; y (c) aprender que es posible manejar o tolerar la ansiedad, mediante recursos propios o estrategias de afrontamiento enseñados durante la terapia.

Respecto a la efectividad de esta técnica, incrementa si se instruye a los pacientes a permanecer en la situación social hasta que disminuya su ansiedad, permitiendo así la habituación y extinción de la conducta. De igual manera, la eficacia de la exposición aumenta si se enseña al paciente a focalizar su atención a la situación social y si se lo concientiza acerca de la experiencia de la ansiedad y la activación fisiológica (Luterek et al., 2003).

Reestructuración cognitiva. Esta estrategia implica que el paciente, con la guía inicial y entrenamiento del especialista, pueda reconocer y cuestionar sus cogniciones disfuncionales, para que tales sean sustituidos por otras más adaptativas, conllevando a una disminución (o eliminación) de la perturbación emocional y/o conductual causadas por ellos. Durante la aplicación de esta estrategia, los pensamientos se toman como hipótesis y, mediante el trabajo en conjunto entre el terapeuta y paciente, se recolectan datos en registros para determinar si dichos supuestos son útiles o no para el tratamiento. Parte del procedimiento consiste en que el especialista formule un conjunto de preguntas y diseñe experimentos tipo conductual para que el paciente mismo examine y compruebe sus pensamientos negativos, con el fin que éste llegue a una conclusión si son válidos o útiles (Clark, 1989; véase en Bados y García, 2010).

1.3 Objetivos

Objetivo General

Al final del programa de tratamiento, la evaluada será capaz de enfrentar situaciones de exposición al público, reduciendo respuestas de escape y evitación. Así como aminorar sus niveles de ansiedad y miedo (menor o igual a 6).

Objetivos Específicos

- Disminuir el nivel de ansiedad a un SUD menor a 6
- Disminuir el miedo a un SUD menor a 6
- Pararse y leer frente a su familia, sin pedir a algún familiar que la reemplace.
- Exponer el reporte frente a la junta directiva, sin pedir a su jefa que encargue a otra persona.
- Quedarse en la clase de práctica de oratoria, aun creyendo que la van a sacar al frente.
- Leer el texto bíblico, sin poner pretextos.
- Dirigir el cantico.
- Reestructurar los pensamientos:
 - “mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”
 - “voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”
 - “¿Por qué tengo que ser yo la que exponga ante la junta?”
 - “voy a titubear y van a pensar que algo oculto”
 - “seguro me van a decir que salga al frente”
 - “creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”
 - “Ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”

1.4 Justificación

El trabajo académico presentado utiliza el enfoque cognitivo conductual para intervenir en los pensamientos inadecuados, y modificar conductas de evitación y escape frente a la situación fóbica. En este sentido, se pretende realizar un programa de intervención con técnicas cognitivo conductuales, siendo la principal la desensibilización sistemática en vivo.

La Fobia Social posee muchos ámbitos de implicancia, por lo que podemos encontrar una paralización importante en las actividades de quien la padece. En el caso particular de la paciente, la Fobia Social ha llegado a afectar diferentes dimensiones de su vida, tales como: la dimensión individual, social, familiar y laboral. Ante dificultades que interfieren con su actividad cotidiana, la intervención Cognitivo Conductual cobra mayor importancia, puesto que otorga resultados a corto plazo, fundamentales para la resolución de la problemática.

Por otro lado, la sociedad peruana a lo largo de la historia se ha caracterizado por ser reactiva a los estímulos ambientales. En este sentido, los individuos poseen niveles de ansiedad elevados que se manifiestan de diferentes maneras y en diferentes grados. Por esta razón, la fobia social es una problemática que se observa con frecuencia en la sociedad peruana, aunque solo es atendida cuando el grado de afectación es muy alto. Por lo tanto, es necesario construir una amplia base teórico práctica acerca de la problemática, para futuras intervenciones.

Finalmente, la importancia del presente trabajo de investigación radica en el aporte teórico práctico para futuras intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual. Asimismo, proponer una intervención eficaz para aliviar el sufrimiento de una paciente, que requiere apoyo para vivir con plenitud y bienestar.

1.5 Impactos esperados del proyecto

El presente trabajo académico tiene como finalidad principal el beneficio de la paciente, a través de la aplicación de un programa de tratamiento elaborado para este caso. Esperando así, que se logre alcanzar el objetivo principal; es decir, la capacidad para enfrentar situaciones de exposición al público reduciendo respuestas de escape, miedo y sus niveles de ansiedad. Con ello, una mejora en dimensiones de su vida, tales como: la dimensión individual, social, familiar y laboral.

Asimismo, este trabajo, será un aporte para la comunidad científica, específicamente a los profesionales en psicología. Sirviendo como base teórica y evidencia de eficacia de la intervención cognitivo conductual en casos similares.

II. Metodología

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

Diseño univariable multicondicional ABA

Informes Psicológicos

Informe Psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

- **Datos De Filiación**

- Nombres y Apellidos : Tania V. J.
- Edad : 42 años
- Grado de instrucción : secundaria completa
- Dirección : Jr. Mañaricua 221 - Ayacucho
- Fecha de entrevista : Octubre 2018
- Lugar de entrevista : Centro de salud Santa Elena
- Terapeuta : Psic. Magda Feria Macizo

- **Motivo de Evaluación**

Perfil psicológico

- **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

- La entrevista psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

- **Resultados**

Tabla 5

Resultados del Cuestionario de personalidad de Eysenck

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	8	50	Tendencia a la introversión
Neuroticismo	16	100	Neuroticismo
Psicoticismo	6	50	Tendencia al ajuste conductual
Mentiras	2	15	Prueba válida

- **Interpretación**

Con respecto a la personalidad, Tania presenta características de personalidad con tendencia a la introversión; es decir, se muestra reservada, retraída socialmente y disfruta de su privacidad, le cuesta relacionarse con personas que desconoce, sin embargo, puede participar en grupo con sus coetáneos con los que ya ha establecido una relación de confianza, por ejemplo, salir a pasear, a bailar.

Presenta alta sensibilidad y vulnerabilidad para experimentar emociones intensas como, miedo y ansiedad, conllevando estas emociones a la limitación en diferentes ámbitos de su vida, por ejemplo, dejar de asistir a las reuniones de la

religion que profesa y/o destacar en su centro de labores.

Por otro lado, la evaluada tiende a adaptarse a las reglas sociales y desenvolverse dentro de las normas.

- **Conclusiones**

- Características de personalidad con tendencia a la introversión.
- Alta sensibilidad y vulnerabilidad del sistema nervioso central para experimentar emociones intensas miedo y ansiedad.
- Tendencia al ajuste de las reglas sociales y familiares.

- **Recomendaciones**

- Seguir un Programa de manejo emocional.

Magda Feria Macizo

C. Ps. P. 24970

Informe psicológico del Test de Pensamientos Automáticos

• Datos De Filiación

- Nombres y Apellidos : Tania V. J.
- Edad : 42 años
- Grado de instrucción : secundaria completa
- Dirección : Jr. Mañaricua 221 - Ayacucho
- Fecha de entrevista : octubre
- Lugar de entrevista : Centro de salud Santa Elena
- Terapeuta : Psic. Magda Feria Macizo

• Motivo De Evaluación

Identificar pensamientos automáticos.

• Técnicas E Instrumentos Aplicados

- La entrevista psicológica
- Test de pensamientos automáticos

• Resultados

Tabla 6

Resultados del Test De Pensamientos Automáticos

Pensamiento automático	Significado
<i>Sobre generalización</i>	Le afecta en su vida de
<i>Interpretación e pensamiento</i>	manera importante
<i>Debería</i>	
<i>Visión catastrófica</i>	

- **Interpretación**

Tania presenta pensamientos automáticos que le generan un sufrimiento emocional debido a la forma en que interpreta los hechos. Por ejemplo, al mencionar *“me voy a equivocar o voy a titubear, siempre me ha sucedido lo mismo cuando leo”*, esto debido a que presenta el pensamiento distorsionado sobregeneralización. Asimismo, manifiesta *“debería no tener este temor, ya estoy adulta y tengo que ser bien desenvuelta”* esto debido a su pensamiento Debería. Suele experimentar ansiedad y preocupación debido a que tiene constantemente pensamientos relacionados a que algo vergonzoso le pueda pasar o al qué dirán los demás, yéndose por el lado negativo, por ejemplo, cuando menciona: *“seguro me van a decir que salga al frente”, “me va a salir mal”, “creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”*. Visión Catastrófica.

- **Conclusiones**

Presenta pensamientos automáticos tales como:

Sobregeneralización, interpretación de pensamiento, debería y visión catastrófica.

- **Recomendaciones**

Reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados que presenta.

Magda Feria Macizo

C. Ps. P. 24970

Informe Psicológico del Registro de Opiniones

- **Datos De Filiación**

- Nombres y Apellidos : Tania V. J.
- Edad : 42 años
- Grado de instrucción : secundaria completa
- Dirección : Jr. Mañaricua 221 - Ayacucho
- Fecha de entrevista : octubre 2018
- Lugar de entrevista : Centro de salud Santa Elena
- Terapeuta : Psic. Magda Feria Macizo

- **Motivo De Evaluación**

Perfil psicológico

- **Técnicas E Instrumentos Aplicados**

- Registro de Opiniones-Forma A

- **Interpretación**

La examinada presenta la necesidad de aprobación y reconocimiento de los demás y en especial de sus familiares y amistades significativas, cuando esta necesidad no es satisfecha, tiende a experimentar ansiedad, miedo y tristeza, ello se debe a que mantiene el pensamiento “yo debo recibir la aprobación de los demás”. Por ejemplo, al manifestar “*mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos*”, “*voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien*”.

Tania, considera que, para alcanzar la felicidad, una de las cosas importantes que debe lograr el ser humano, es demostrar ser competente en diferentes ámbitos su vida, lo que ocasiona en la evaluada sentimientos de culpa y frustración, pues el no poder vencer su miedo y ansiedad la ha limitado en algunos aspectos para poder desarrollarse como persona, estudiante y ahora trabajadora. Asimismo, la evaluada menciona que a pesar de las cualidades que presenta, así como, el poder interactuar con personas conocidas y desconocidas, no es suficiente para lo que ella a su edad y con sus estudios debería lograr. Ello se debe a que mantiene el esquema de pensamiento “debemos ser competentes”.

- **Conclusiones**

La examinada presenta los esquemas de pensamiento:

“yo debo recibir la aprobación de los demás”

“debemos ser competentes”.

- **Recomendaciones**

Aplicación de la TREC para reestructurar sus esquemas de pensamiento irracionales.

Magda Feria Macizo

C. Ps. P. XXX

Informe Psicológico Integrado

- **Datos De Filiación**

- Nombres y Apellidos : Tania V. J.
- Edad : 42 años
- Grado de instrucción : secundaria completa
- Dirección : Jr. Mañaricua 221 - Ayacucho
- Fecha de entrevista : octubre 2018
- Lugar de entrevista : Centro de salud Santa Elena
- Terapeuta : Psic. Magda Feria Macizo

- **Motivo De Evaluación**

Perfil psicológico

- **Técnicas E Instrumentos Aplicados**

- La entrevista psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)
- Test de pensamientos automáticos.
- Registro de Opiniones

- **Resultados e Interpretación**

Con respecto a la personalidad, Tania presenta características de personalidad con tendencia a la introversión; es decir, se muestra reservada, retraída socialmente y disfruta de su privacidad, le cuesta relacionarse con

personas que desconoce, sin embargo, puede participar en grupo con sus coetáneos con los que ya ha establecido una relación de confianza, por ejemplo, salir a pasear, a bailar.

Presenta alta sensibilidad y vulnerabilidad para experimentar emociones intensas como, miedo y ansiedad, conllevando estas emociones a la limitación en diferentes ámbitos de su vida, por ejemplo, dejar de asistir a las reuniones de la religión que profesa y/o destacar en su centro de labores.

Por otro lado, la evaluada tiende a adaptarse a las reglas sociales y desenvolverse dentro de las normas.

Tania presenta pensamientos automáticos que le generan un sufrimiento emocional debido a la forma en que interpreta los hechos. Por ejemplo, al mencionar *“me voy a equivocar o voy a titubear, siempre me ha sucedido lo mismo cuando leo”*, esto debido a que presenta el pensamiento distorsionado sobregeneralización. Asimismo, manifiesta *“debería no tener este temor, ya estoy adulta y tengo que ser bien desenvuelta”* esto debido a su pensamiento Debería. Suele experimentar ansiedad y preocupación debido a que tiene constantemente pensamientos relacionados a que algo vergonzoso le pueda pasar o al qué dirán los demás, yéndose por el lado negativo, por ejemplo, cuando menciona: *“seguro me van a decir que salga al frente”, “me va a salir mal”, “creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”*. Visión Catastrófica.

La examinada presenta la necesidad de aprobación y reconocimiento de los demás y en especial de sus familiares y amistades significativas, cuando esta necesidad no es satisfecha, tiende a experimentar ansiedad, miedo y tristeza, ello

se debe a que mantiene el pensamiento “yo debo recibir la aprobación de los demás”. Por ejemplo, al manifestar *“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”*, *“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”*.

Tania, considera que, para alcanzar la felicidad, una de las cosas importantes que debe lograr el ser humano, es demostrar ser competente en diferentes ámbitos su vida, lo que ocasiona en la evaluada sentimientos de culpa y frustración, pues el no poder vencer su miedo y ansiedad la ha limitado en algunos aspectos para poder desarrollarse como persona, estudiante y ahora trabajadora. Asimismo, la evaluada menciona que a pesar de las cualidades que presenta, así como, el poder interactuar con personas conocidas y desconocidas, no es suficiente para lo que ella a su edad y con sus estudios debería lograr. Ello se debe a que mantiene el esquema de pensamiento “debemos ser competentes”.

- **Conclusiones**

- Características de personalidad con tendencia a la introversión.
- Alta sensibilidad y vulnerabilidad del sistema nerviosos central para experimentar emociones intensas miedo y ansiedad.
- Tendencia al ajuste de las reglas sociales y familiares.
- Presenta pensamientos automáticos tales como:
 - Sobregeneralización, interpretación de pensamiento, debería y visión catastrófica
- La examinada presenta los esquemas de pensamiento:
 - “yo debo recibir la aprobación de los demás”
 - “debemos ser competentes”.

- Programa de tratamiento para la fobia social
- **Recomendaciones**
 - Seguir un Programa de manejo emocional.
 - Reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados que presenta.

Magda Feria Macizo

C. Ps. P. 24970

Intervención psicológica

Este programa cognitivo conductual con un diseño ABA incluye: evaluación de entrada, intervención a través de técnicas cognitivas 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 7

Registro de frecuencia de las conductas motoras – Línea base A

Conducta	L	M	M	J	V	S	D	TOTAL
Pedir a su sobrina que leyera el discurso, ante la familia.							I	1
Pedirle a su jefa que le encargue a otra persona para exponer el reporte, ante la junta directiva.						I		1
Salir raudamente de la clase de práctica de oratoria sin decir nada, creyendo que la van a sacar al frente.	I		I		I			3
Buscar a una “hermanita” para que lea en su lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de voz muy bajo.		I		I		I		3

Ir al baño y demorarse, para que sea otra persona la que dirija el cántico.	I	I	I	3
---	---	---	---	---

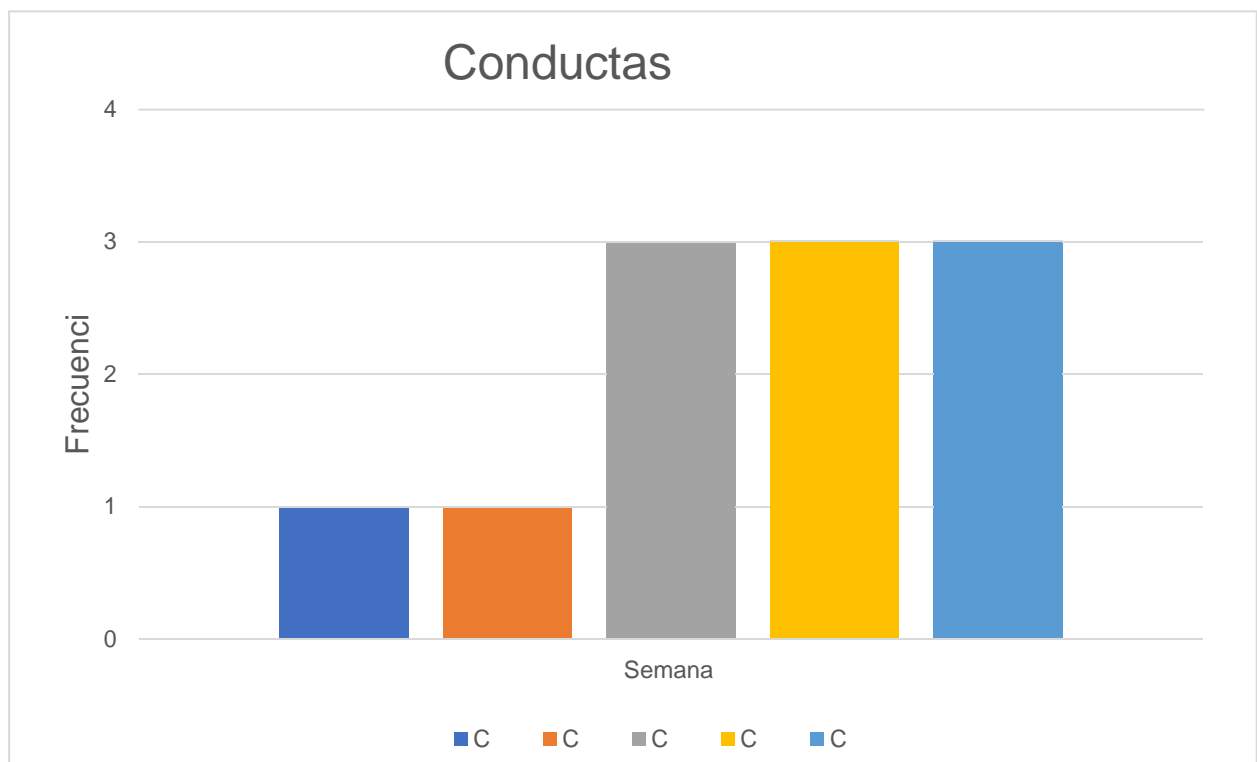


Figura 1. Registro de frecuencia de las conductas motoras – Línea base A

Tabla 8

Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Línea base A

Cogniciones	L	M	M	J	V	S	D	TOTAL
<i>“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”</i>							III	3
<i>“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”</i>							III	4
							I	

<i>“¿Por qué tengo que ser yo la que exponga ante la junta?”</i>				IIII	6
				I	
<i>“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”</i>				IIII	4
<i>“seguro me van a decir que salga al frente”</i>	III	III	III		11
	I	I			
<i>“creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”</i>	I	II	I		4
<i>“Ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”</i>		III	II	II	7

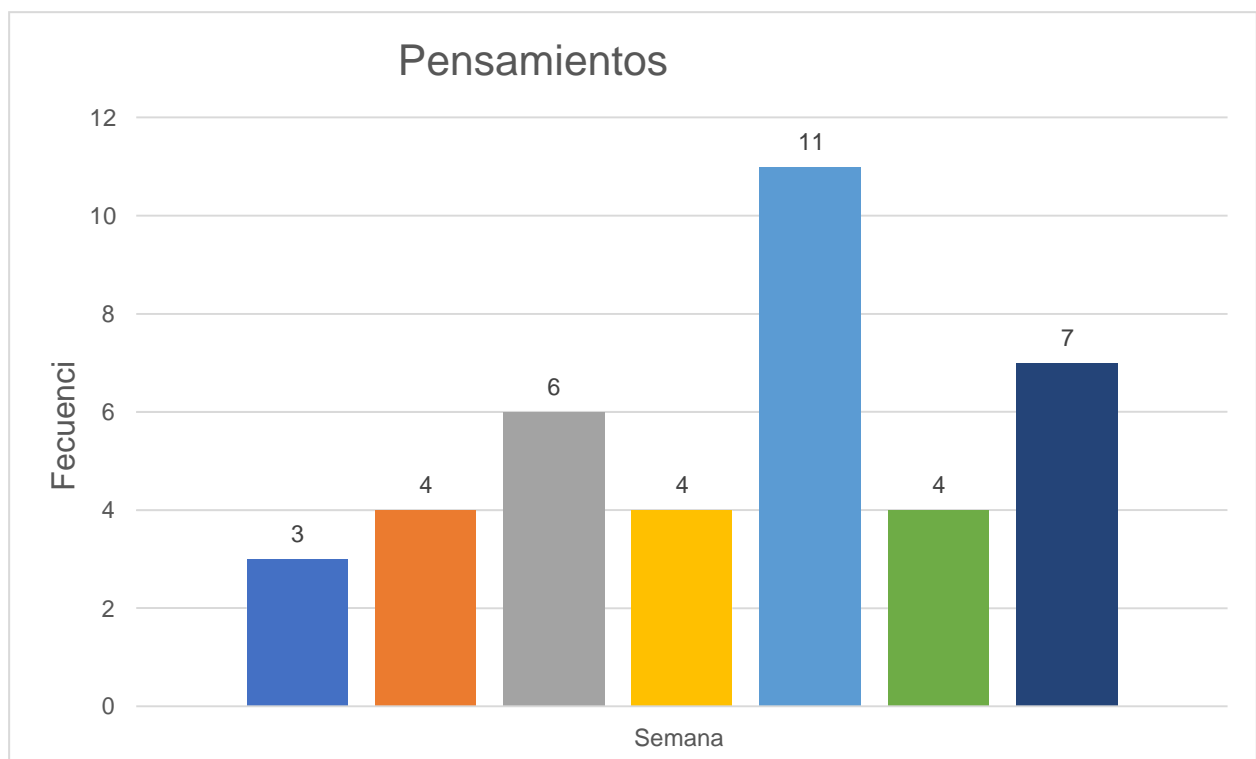


Figura 2. Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Línea base A

Tabla 9

Registro de la intensidad de la ansiedad y miedo – Línea base A

Situación	Ansiedad (0 – 10)	Miedo (0 – 10)
Situación 1	8	-
Situación 2	9	-
Situación 3	9	10
Situación 4	10	10
Situación 5	9	-
Promedio	9	10

Procedimiento

Para lograr el objetivo específico, reestructurar las cogniciones, se trabajaron los siguientes pasos:

Paso 1: Psicoeducación

Se le explicó a la paciente qué es pensamiento – emoción – conducta, y su interrelación. Además, las consecuencias de mantener pensamientos catastróficos. Por otro lado, se le informó acerca de la ansiedad, origen, causas, principales consecuencias negativas y técnicas con las que se aborda este problema.

Paso 2: Psicoeducación sobre la TREC

Se le explicó a la paciente sobre TREC y su importancia. Además, se trabajó las consecuencias que traen las creencias irracionales y se le dio a conocer a grandes rasgos el tratamiento que le ayudaría a modificar los pensamientos que le causan ansiedad, miedo y preocupación en exceso. Así como, las conductas evitativas y de escape.

Paso 3: Técnica: Terapia Racional Emotiva Conductual

Después de haber identificado sus creencias irracionales, se comenzó a analizar y cuestionar cada pensamiento, logrando así que lo reemplace por un pensamiento adecuado, el cual ha disminuido su nivel de ansiedad y la frecuencia de conductas no funcionales.

Tabla 10

Cuestionamiento De La Terapia Racional Emotiva Conductual

A	B	C	D	E
Situación	Pensamiento	Conducta emoción	– Cuestionamiento	Pensamiento alternativo
Pararse frente a sus familiares y comenzar a leer lo que iba a decir	<i>“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”</i>	Ansiedad (8) Sudoración Taquicardia Pedir a su sobrina que leyera el discurso	¿En qué te basas para afirmar ello? Es que mis hermanos suelen utilizar palabras técnicas y rebuscadas. ¿Y el tuyo? Considero que en mis discursos resalto la emotividad de la reunión, lo lindo que es estar en familia. Pero lo expreso con	El que no utilice palabras técnicas no quiere decir que el discurso de mi hermano sea mejor.

palabras sencillas, coloquiales.

¿Cuál es el propósito de tu discurso?
Compartir, expresar mi afecto y que los demás entiendan lo que digo.

No es indispensable que mi discurso tenga que agradarles a todos.

¿Y logras darte a entender?

Sí

¿Se podría decir que logras el mismo objetivo que tus hermanos de una manera diferente?

Sí

Por otro lado, ¿Has escuchado la frase “En gustos y colores, ¿no

discuten los autores”?

Sí

¿Qué te da a entender?

Que todos tenemos gustos diferentes y lo que para una persona puede considerar feo, a otra, no.

Eso quiere decir...

Que quizá, a algunos no les puede gustar lo que digo o las palabras que utilizó, pero a otros sí.

Entonces, podríamos afirmar que, dada la variedad de gustos, el que tu hermano utilice palabras poco comunes al momento de dar un discurso, no quiere decir que sea el mejor y que a todos les vaya a gustar. A otros, que son más emotivos, sensibles consideraran que es tu manera de expresarte y lo que dices, el

mejor.

Sí

Además, ¿a ti te gusta lo que dices?, ¿cómo lo expresas, cuando hablas frente a tu familia?

Sí, es que es mi manera de ser, yo creo que lo más importante es expresar lo que uno siente. En sí, me gusta mi discurso. Pero tenía temor que a los demás, no.

¿Es indispensable que a todos les agrade tu discurso?

No

¿Conoces a alguien que sea del agrado de todas las personas, es más que no haya sido criticado o criticada?

No

¿hay alguna persona en este mundo que te agrade

completamente, es decir, como piensa, y actúa?

No, hay personas que me caen muy bien, pero hacen o dicen cosas con las que no concuerdo o no me gusta.

Por tal motivo, ¿tú y tus acciones pueden y deben ser del agrado de absolutamente todas las personas? En este caso, tus familiares.

No

¿Es necesario que ello suceda (aprobación de absolutamente todos)?

No

O ¿Es algo que te gustaría, sin embargo, no es indispensable?

Es algo que me gustaría. Me gustaría que a todos les agrade lo que digo en mi discurso, pero sé que hay la posibilidad de que

eso no suceda, y si es así no debo sentirme mal. Además, el que no utilice palabras técnicas no quiere decir que el discurso de mi hermano sea mejor.

A	B	C		D		E
Situación	Pensamiento	Conducta emoción	–	Cuestionamiento		Pensamiento alternativo

<p>Pararse frente a sus familiares y comenzar a leer lo que iba a decir</p> <p>“<i>voy a titubear y pensarán que no sé leer muy bien</i>”.</p>	<p>Ansiedad (8)</p> <p>Sudoración</p> <p>Taquicardia</p>	<p>¿Qué pruebas tienes para creer que si titubeas, tus familiares pensarán lo que dices?</p> <p>Ninguna.</p>	<p>El hecho que en algunas ocasiones haya titubeado, no quiere decir que siempre va suceder lo mismo.</p>
<p>decir</p>	<p>Pedir a su sobrina que leyera el discurso</p>	<p>¿Crees entonces que todas las personas que titubean en algún momento, no saben leer muy bien?</p> <p>Bueno, no todas.</p>	<p>Titubear no es sinónimo de no saber leer.</p>
		<p>¿Podría haber otra explicación para este suceso?</p>	

Si.

Por ejemplo...

Esta nervioso

Se confundió al leer

Es corto de vista, por lo que no leyó correctamente.

La letra está muy pequeña

Eso quiere decir que no necesariamente pensarán lo que dices.

¿verdad?

Pues si

Además, ¿Qué te asegura que vas a titubear? ¿eres vidente?

No, pero ya me ha pasado algunas veces.

Y, ¿el que te haya sucedido en algunas ocasiones, quiere decir que todas las veces será así?

No

Te comento, hace años conocí a una persona que comenzaba creer que tenía mala suerte y que siempre la iba a tener, porque en varias ocasiones le había ido mal en ciertos aspectos. Ya sea para conseguir un empleo, becas e inclusive cuando hacia apuestas. Un día se enteró de un trabajo donde la paga era elevada. Ella, aun creyendo en sus capacidades y habilidades, se presentó y la aceptaron. Hoy en día, tiene un buen puesto en la empresa e inclusive para que no se vaya le han incrementado el sueldo. Es más, hace poco ganó una beca on line sobre un curso que le llamaba la atención.

Entonces podemos deducir que...

El hecho que en algunas ocasiones haya titubeado, no quiere decir que siempre va suceder lo mismo. Además, también de la historia que me comentaste, rescato el que la chica haya continuado creyendo en sus capacidades a pesar de las adversidades. Nunca se dejó llevar del todo por la mala suerte que decía haber tenido.

Exacto.

Dígame, cuándo usted ha pensado que será un mal día, ¿se ha sentido predispuesta a estar malhumorada, no tener ánimos?

Sí

¿Porque cree que suceda eso?

No sé, creo que era porque ya tenía en mente eso. Es como

pensar en negativo.

Por otra parte, se ha puesto a pensar en ¿cuáles serían las consecuencias si usted. Pensara exactamente lo contrario? Es decir, si en lugar de pensar en que va a titubear, pensaría en que le va a ir muy bien.

Estaría más tranquila, me sentiría más segura. Estaría predispuesta a hacer las cosas mejor.

A	B	C	D	E
Situación	Pensamiento	Conducta – emoción	Cuestionamiento	Pensamiento alternativo

<p>Dar reporte a la junta directiva sobre los ingresos y egresos económicos de la empresa</p>	<p>“voy a titubear y pensarán que algo oculto”</p>	<p>Preocupación (9) Ansiedad (9) Dolor de estómago</p>	<p>¿A qué te refieres con “algo oculto”? Pues, como estoy en el área de economía, balances, manejo de dinero. Pueden pensar que estoy nerviosa por algún mal manejo que hice.</p>	<p>No hay razón para pensar que, por titubear, los directivos desconfíen de mí.</p>
<p>Le pide a su jefa que le encargue a otra persona para exponer el reporte.</p>			<p>Y, ¿eso es cierto? No ¿Has dado motivos para que desconfíen de ti?</p>	<p>Titubear no es sinónimo de ocultar algo.</p>
			<p>No.</p>	<p>Titubear</p>

¿Has visto que han desconfiado de otra persona por titubear? puede ser por

No

diversas

razones.

Entonces, ¿es coherente y tiene sustento creer que, por titubear, tus jefes desconfiarían de ti?

No

Como hemos visto en anteriores sesiones, el titubear puede ser por diversas razones o ¿qué opinas tú?

Sí, tienes razón.

A	B	C		D	E
Situación	Pensamiento	Conducta	–	Cuestionamiento	Pensamiento

	emoción		alternativo
Hora de práctica del curso de Oratoria	<p>“seguro me van a decir que salga al frente”.</p> <p>Miedo (10)</p> <p>Preocupación (9)</p> <p>Frustración (9)</p> <p>Ansiedad (9)</p> <p>Sudoración palmar</p> <p>Se retira raudamente de la clase sin decir</p>	<p>¿Qué pruebas tienes para decir eso?</p> <p>Ninguna</p> <p>Además, ¿Qué es lo peor que puede pasar si te sacan al frente?</p> <p>Voy a titubear, me puedo equivocar.</p> <p>Ya hemos conversado acerca de titubear. Ahora, el equivocarse</p> <p>¿Conoces a una persona que no se haya equivocado alguna vez</p>	<p>No tengo prueba alguna de creer que, si me quedo en la hora de práctica, me van a sacar al frente.</p>

nada

en su vida?

No.

Entonces, ¿pretendes ser la primera?

No

Equivocarse es parte del ser humano. ¿Sabes quién es Thomas Alva Edison?

Sí, un inventor que creó el foco.

Correcto. Sabía Ud. Que Thomas Alva Edison antes de crear el foco o bombilla, tuvo que intentar muchísimas veces antes de tener éxito. Es decir, se equivocó, sin embargo, tuvo mucha paciencia y no temía el errar, al contrario, nunca se rindió.

Sí, tienes razón.

Entonces, ¿qué es lo peor que puede pasar si te equivocas?

Nada, porque todos nos equivocamos y hemos pasado por eso.

A	B	C		D	E
Situación	Pensamiento	Conducta emoción	–	Cuestionamiento	Pensamiento alternativo

<p>Hora de práctica del curso de Oratoria</p>	<p><i>“creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”.</i></p>	<p>Miedo (10) Preocupación (9) Frustración (9) Ansiedad (9) Sudoración palmar</p>	<p>¿Cuál es el propósito de que asistas al curso de oratoria? Pues, quiero aprender a expresarme adecuadamente en público, perder el miedo de leer ante varias personas. Y, ¿eso como crees que se logra? Practicando Bien, practicando, equivocándose e intentando hasta que podamos hacerlo bien y vencer el miedo ¿Cierto? Si, como Thomas Alva Edison. Tiene razón. Además, ¿Cómo sabes que te va a salir mal? ¿Dónde está</p>	<p>Existen otras posibilidades de cómo me vaya al salir al frente.</p>
<p>Se retira raudamente de la clase sin decir nada</p>				

escrito?

Bueno, no lo sé en realidad.

¿Sabes que es el pensamiento catastrófico?

No

Es un tipo de pensamiento distorsionado, el cual nos lleva a pensar siempre en consecuencias negativas, en que algo malo va a suceder. Es decir, nos centramos siempre en lo peor, todo es peligroso, se anticipa y se espera la catástrofe. Y lo peor de ello, es que trae como consecuencia sentir angustia, miedo, tristeza, ansiedad y/o estrés. ¿Qué opinas de lo que te comento?,

¿Consideras que mantienes este tipo de pensamiento?

Si, creo que sí, cada vez que estoy frente a una situación que temo, pienso en que me irá mal, en que me voy a equivocar y que, en sí, lo que intento lograr, no va a suceder.

Y, ¿crees que es adecuado pensar en lo peor, en lugar de buscar más y otras alternativas?

No.

Entonces comencemos buscando otras posibilidades. Si sales al frente ¿Qué puede pasar?

Puedo leer y exponer bien y que mis compañeros me aplaudan.

Puedo leer y exponer bien, sin embargo, nadie me aplaude.

Puedo leer bien, pero olvidarme de algunas palabras al exponer.

Puedo exponer bien, pero confundirme al leer.

¿Ves cómo puede haber otras alternativas?

Pues sí, no solo debo pensar de forma negativa y catastrófica.

Sería mejor pensar en que me va a ir bien

A	B	C		D		E
Situación	Pensamiento	Conducta emoción	–	Cuestionamiento		Pensamiento alternativo

<p>Leer un texto bíblico en las reuniones de Testigo de Jehová</p> <p><i>“ni siquiera aquí venceré mi miedo”.</i></p>	<p>Ansiedad (10)</p> <p>Miedo (9)</p> <p>Taquicardia</p> <p>Sudoración</p> <p>Ruborización</p>	<p>¿Qué te hace pensar ello?</p> <p>Es que cada vez que tengo que leer la palabra de Dios, no lo he podido hacer, por miedo.</p> <p>Es decir, ¿El que no lo hayas logrado hasta ahora, significa que no lo vas a poder hacer?, ¿Podríamos asegurar que un joven que ha postulado dos veces a una universidad, y no ha ingresado, nunca lo va a poder lograr?</p>	<p>El no haber vencido mi miedo hasta ahora, no significa que no lo pueda lograr.</p>
<p>Busca a una “hermanita” para que lea en su lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de voz</p>	<p>No, conozco varios que han ingresado en la tercera postulación y hasta cuarta. Tengo un compañero que postuló cuatro veces a la Universidad del Callao, ingresó ya cuando algunos estábamos a la mitad de nuestra carrera. Y, después me enteré que años más tarde había conseguido un buen empleo con un sueldo que muchos quisiéramos tener.</p>	<p>Evitar la situación temida, no me ayudará a lograr mi objetivo.</p>	

muy bajo.

Entonces, ¿Por qué crees que no lo has logrado hasta ahora?

No lo sé, quizá porque busco una excusa para no salir a leer, en lugar de intentarlo. Porque me he rendido muy pronto.

Ok. ¿hay otra razón?

También porque estoy pensando en que no voy a poder vencer el miedo.

Correcto, ¿Qué pasaría si pensaras lo contrario?

Me sentiría tranquila, sin miedo. Sería más probable que me vaya bien.

¿Qué pasaría si en lugar de evitar tal situación, la enfrentas e intentas hacerlo?

Poco a poco mejoraría, iría aprendiendo cada vez más, hasta que ya no tendría miedo.

Para lograr los objetivos específicos, referentes a las conductas motoras, se trabajaron los siguientes pasos:

Paso 1: Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson

Se le enseñó y entrenó 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 concentrarse en las sensaciones relacionadas con la tensión y relajación. Esta técnica fue de utilidad para la posterior aplicación de la técnica de Desensibilización sistemática.

Paso 2: Establecimiento de jerarquías

Se explicó en que consiste la técnica de Desensibilización Sistemática, simbólico, imaginal y en vivo. Así como su utilidad para el tratamiento. Se prosiguió con la realización de una lista de situaciones ansiógenas, ordenadas gradualmente en base a una escala de 0 a 10 (SUD).

Para ello se requiere:

Elaboración de la jerarquía de los ítems a desensibilizar. Esto se realizará en conjunto terapeuta – evaluada.

Tabla 11

Jerarquía de ítems para la situación uno

Situación	SUD
Leer y exponer el discurso ante 15 miembros de la familia.	8
Dar unas palabras ante 10 miembros de su familia	7
Dar unas palabras ante 5 miembros de su familia.	6
Invitar a sus familiares a pasar a la mesa para cenar “familia, pasen a la	5

mesa que vamos a cenar”	
Entrar a la casa y saludar a toda la familia diciendo: “buenas noches a todos”	5

Tabla 12

Jerarquía de ítems para la situación dos

Situación	SUD
Exponer el reporte de ingresos y egresos ante los 7 miembros de la junta directiva.	9
Exponer el reporte de ingresos y egresos ante 5 compañeros de trabajo, incluyendo su jefa directa.	8
Exponer el reporte de ingresos y egresos ante 3 compañeros de trabajo.	7
Comentarles acerca de un tema novedoso a 2 compañeros de trabajo.	6

Tabla 13

Jerarquía de ítems para la situación tres

Situación	SUD
Exponer frente a sus compañeros en la clase de práctica de oratoria.	10
Exponer frente a 8 compañeros del curso.	9
Exponer frente a 5 compañeros del curso.	8
Exponer frente a 2 compañeros del curso.	7

Tabla 14

Jerarquía de ítems para la situación cuatro

Situación	SUD
Leer el texto bíblico en la reunión de los Testigos de Jehová ante 20 personas.	9
Leer un texto bíblico ante 15 personas.	8
Leer un texto bíblico ante 10 personas.	7
Leer un texto bíblico ante 5 personas.	6
Leer un texto bíblico ante 2 personas.	5

Tabla 15

Jerarquía de ítems para la situación cinco

Situación	SUD
Dirigir el cantico en la reunión de los Testigos de Jehová, ante 20 personas.	9
Dirigir el cantico frente 15 personas	8
Dirigir el cantico frente 10 personas.	7
Dirigir el cantico frente 5 personas.	6
Dirigir el cantico frente 2 personas.	5

Paso 3: Desensibilización Sistemática Imaginal

En estado de relajación se le pidió a la evaluada que imagine gradualmente cada ítem, comenzando por el que le produce menor SUD.

Se le describió cada ítem, tal y como se haya indicado durante la elaboración.

En ocasiones, el estado de ansiedad interrumpió las imágenes creadas, por lo que, se le volvió a relajar parcialmente.

Cada ítem se presentó dos o tres veces, hasta que la evaluada indicó que el SUD correspondiente al mismo era equivalente a uno o cero.

Se le solicitó a la paciente que, repitiera en casa, lo realizado en la sesión.

Cuando ya se le había desensibilizado varios ítems en imaginación, se pasó a la exposición de los mismos en vivo.

Paso 4: Role playing

Se simuló cada situación temida, escenificando y adoptando roles, de tal manera que se haga más vivida y autentica la situación. Para ello, se contó con la colaboración de 20 personas, quienes participaron en las diferentes escenificaciones.

Paso 5: Desensibilización sistemática en vivo

En este procedimiento en vivo, la evaluada fue expuesta a los ítems directamente. Se le dio pautas a la evaluada que fueron de utilidad al momento de enfrentarse a tales situaciones.

Por ejemplo:

Relajación

Respiración abdominal cada vez que experimentaba ansiedad, a fin de generar un estado de relajación.

Paso 6: Técnica Reforzamiento positivo

Durante la intervención se aplicó reforzamiento positivo, el cual consistirá en otorgar un refuerzo verbal (felicitaciones), especialmente cuando realizaba la conducta deseada.

III. Resultados

Tabla 16

Registro de frecuencia de las conductas motoras – Fase A y B

Conducta	Línea base (A)	Línea de tratamiento (B)	
	Total	Total	Total
	Semana 1	Semana 8	Semana 15
Pedir a su sobrina que leyera el discurso, ante la familia.	0	0	0
Pedirle a su jefa que le encargue a otra persona para exponer el reporte, ante la junta directiva.	1	1	1
Salir raudamente de la clase de práctica de oratoria sin decir nada, creyendo que la van a sacar al frente.	2	2	2

Buscar a una “hermanita” para que lea en su

lugar, diciéndole que no puede hacerlo por 2 2 2
tener un tono de voz muy bajo.

Ir al baño y demorarse, para que sea otra 2 2 2
persona la que dirija el cántico.

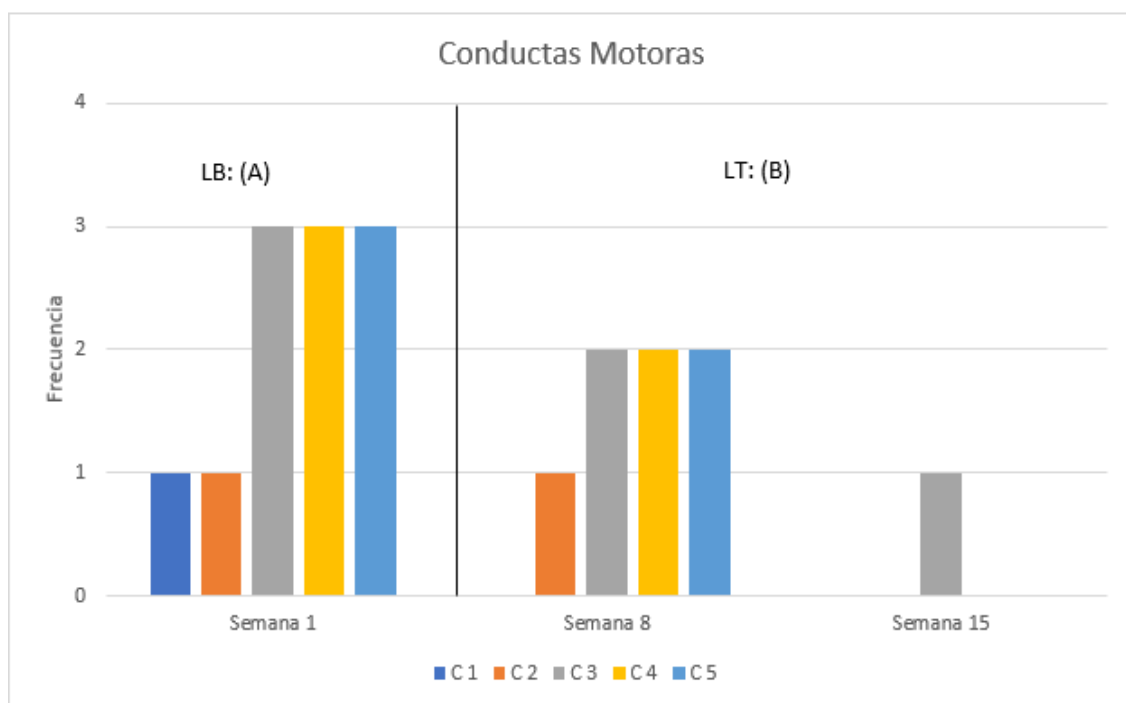


Figura 3. Comparativo de registro de frecuencia de las conductas motoras – Fase A y B.

Tabla 17

Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase A y B

Cogniciones	Línea base (A)	Línea de tratamiento (B)	
	Total	Total	Total
	Semana 1	Semana 8	Semana 15
<i>“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”</i>	3	0	1
<i>“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”</i>	4	2	0
<i>“¿Por qué tengo que ser yo la que exponga ante la junta?”</i>	6	4	0
<i>“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”</i>	4	2	0
<i>“seguro me van a decir que salga al frente”</i>	11	5	1
<i>“creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”</i>	4	1	0
<i>“Ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”</i>	7	1	0

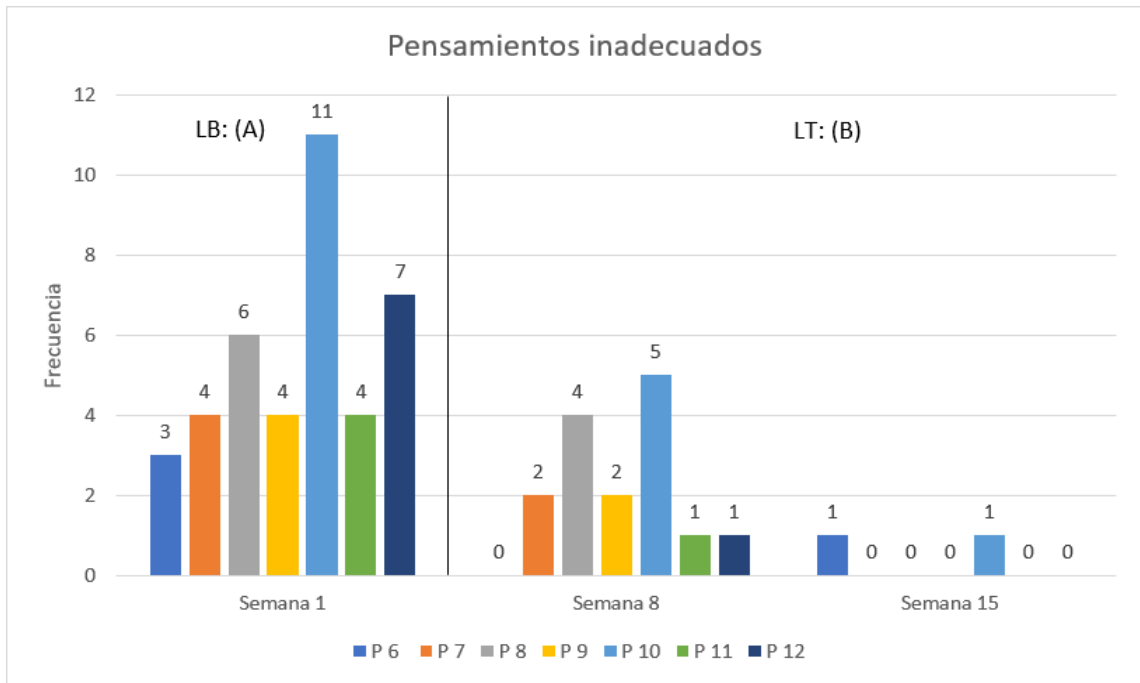


Figura 4. Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase A y B.

Tabla 18

Registro del promedio de intensidad de ansiedad y miedo – Fase A y B

Emoción		Ansiedad	Miedo
	Semana 1	9	10
Promedio	Semana 8	8	8
	Semana 15	6	4

Tabla 19

Registro de frecuencia de las conductas motoras– Fase ABA

Conducta	Línea base	Línea de tratamiento	Línea de Seguimiento	
	(A)	(B)	(A)	
	Total	Total	Total	
	Semana 1	Semana 8	Semana 15	Seguimiento
Pedir a su sobrina que leyera el discurso, ante la familia.	0	0	0	0
Pedirle a su jefa que le encargue a otra persona para exponer el reporte, ante la junta directiva.	1	1	1	0
Salir raudamente de la clase de práctica de oratoria sin decir nada, creyendo que la van a sacar al frente.	2	2	2	0
Buscar a una “hermanita” para que lea en su lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de voz muy bajo.	2	2	2	0
Ir al baño y demorarse, para que sea	2	2	2	0

otra persona la que dirija el cántico.

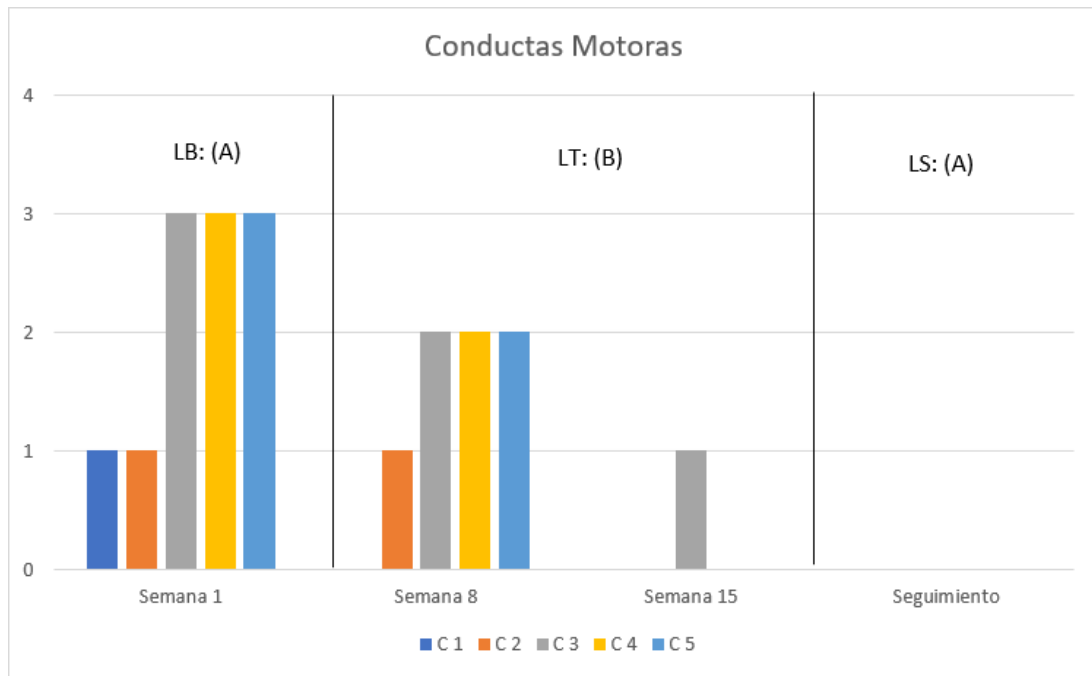


Figura 5. Comparativo de registro de frecuencia las conductas motoras – Fase ABA

Tabla 20

Registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase ABA

	Línea base (A)	Línea de tratamiento (B)	Línea de Seguimiento (A)
Cogniciones	Total Semana 1	Total Semana 8	Total Semana 15 Seguimiento

<i>“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”</i>	3	0	1	0
<i>“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”</i>	4	2	0	0
<i>“¿Por qué tengo que ser yo la que exponga ante la junta?”</i>	6	4	0	0
<i>“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”</i>	4	2	0	0
<i>“seguro me van a decir que salga al frente”</i>	11	5	1	0
<i>“creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”</i>	4	1	0	0
<i>“Ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”</i>	7	1	0	0

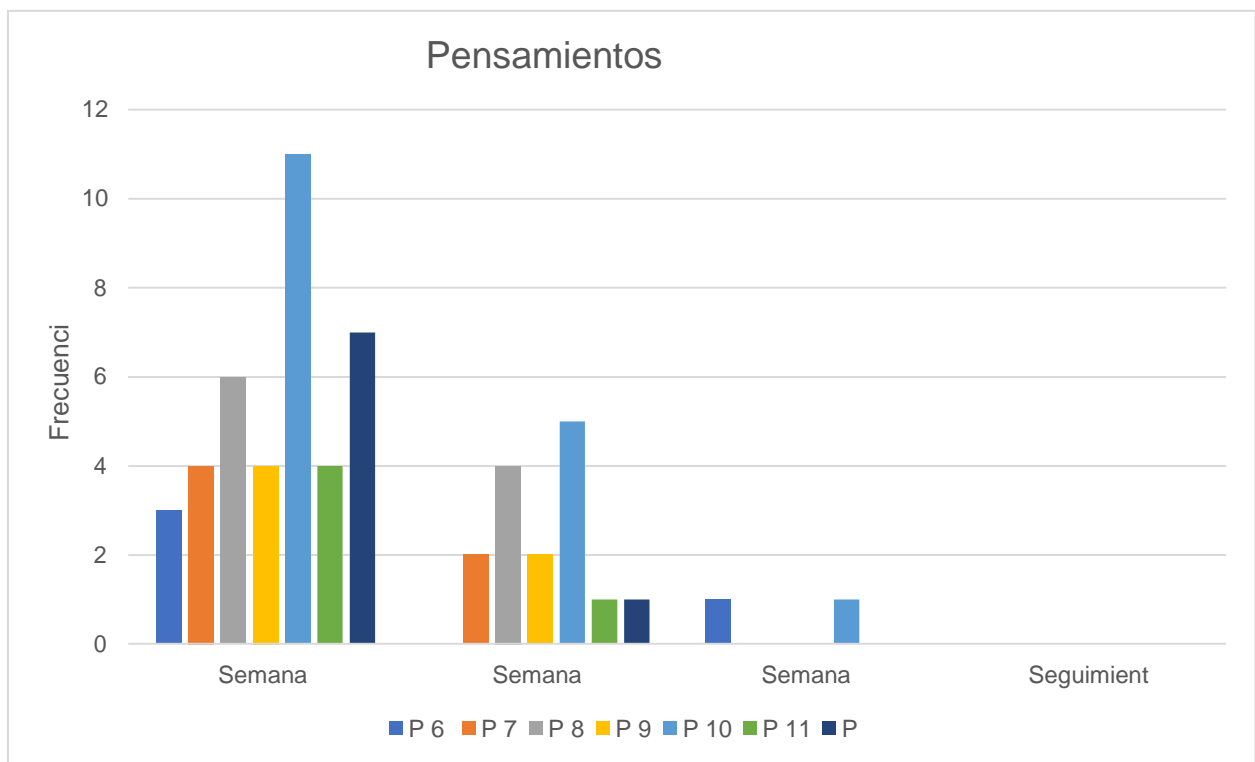


Figura 6. Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos inadecuados – Fase ABA

Tabla 21

Registro del promedio de intensidad de ansiedad – Fase ABA

Emoción		Ansiedad	Miedo
	Semana 1	9	10
Promedio	Semana 8	8	8
	Semana 15	6	4
	Seguimiento	4	3

IV. Conclusiones

- Se ha logrado que la evaluada sea capaz de enfrentar situaciones de exposición al público reduciendo respuestas de escape y evitación. Así como, sus niveles de ansiedad y miedo (menor o igual a 6).
- Se ha conseguido que la evaluada disminuya el nivel de ansiedad a un SUD menor o igual a 6.
- La evaluada ha alcanzado disminuir el miedo a un SUD menor o igual a 6.
- Se ha logrado que la evaluada se pare y lea frente a sus familiares, sin pedir a algún familiar que la reemplace.
- Se ha logrado que la evaluada exponga el reporte frente a la junta directiva, sin pedir a su jefa que encargue a otra persona.
- La evaluada alcanzó el objetivo de quedarse en la clase de práctica de oratoria, aun creyendo que la van a sacar al frente.
- Se ha obtenido que la evaluada lea el texto bíblico, sin poner pretextos.
- La evaluada puede dirigir el cantico sin previamente realizar conductas de evitación para dicha actividad.
- Se ha logrado que la evaluada reestructure sus pensamientos inadecuados.
- El logro de los objetivos del tratamiento ha favorecido a la evaluada a nivel personal, académico, familiar y laboral.
- El abordaje desde el enfoque cognitivo conductual ha demostrado efectividad en estos casos. Así como, la aplicación de técnicas como: psicoeducación, TREC y desensibilización sistemática imaginal y en vivo.
- Se ha puesto en evidencia la importancia del número de sesiones en el tratamiento.

V. Recomendaciones

- Realizar el seguimiento respectivo, al menos una vez cada sesenta días.
- Continuar practicando la técnica de relajación y respiración abdominal.
- Continuar practicando la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).
- Realizar actividades de recreación y deporte.

VI. Referencias

- Acosta, R.M. (2018). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social* (Tesis de pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/4203>
- Alcalaico, M. (2012). Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 5(5), 61-68.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5.Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Arslan, M. (2015). *Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de fobia social*(Tesis de postgrado). Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Bogotá, Colombia.
- Bados, A. (2005). *Fobias específicas*.Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/360/1/113.pdf>
- Bados, A. (2009). *Fobia Social: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*.Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*.Bilbao, España: Descleé de Brouwer.

- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) (2008). *Manual de Psicopatología, Volumen I*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452. Recuperado de <https://www.copcv.org/db/publicaciones/psico.pdf>
- Escolar, M. y Serrano, I. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público: Mejora de la fluidez y comprensión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 54-61. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.2.8
- Escolar, M. C. y Serrano, I. (2014). Definición del constructo Ansiedad ante los Exámenes en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 20(2-3), 165-180.
- Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Huertas, L. (2018). *Estudio de caso clínico: Intervención cognitivo conductual en un caso clínico de fobia social* (Tesis de pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/4532>

Jordan, A. (2017). *Estudio de caso clínico: Terapia racional emotiva en un caso de fobia social*(Tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

Recuperado de

[interhttp://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan_ra.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan_ra.pdf)

Luterek, J, Eng, W. y Heimberg, R. (2003). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.

Magallanes, M. (2010). *Terapia cognitivo-conductual*. Lima, Perú: Fondo Editorial de la UIGV.

Morales, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Griot*, 4(1), 35-48.

Recuperado de <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1870>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Ed. Méditor.

Ortega, J. A. y Climent, A. M. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177-214. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>

Pacheco, P. (2018). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo conductual para un caso de fobia social*(Tesis de pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/4306>

- Paz, C. (2009). *Tres perspectivas diferentes, un solo caso: La fobia social entendida a través del modelo médico-psiquiátrico, el modelo cognitivo-conductual y el modelo constructivista*(Tesis de Pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Pérez. M. A. y Redondo M. M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*, 1(1), 115-138. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/259841.pdf>
- Ruiz, A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Browser.
- Vera, P., Valenzuela, P., Abarca, O. y Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención de *Psicología*, 13, 121-131.

VII. Anexos

LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL

NOMBRE:

EDAD: FECHA:

N°	CONDUCTA	SÍ	NO
1	Pedir a su sobrina que leyera el discurso, ante la familia.	X	
2	Pedirle a su jefa que le encargue a otra persona para exponer el reporte, ante la junta directiva.	X	
3	Salir raudamente de la clase de práctica de oratoria sin decir nada, creyendo que la van a sacar al frente.	X	
4	Buscar a una “hermanita” para que lea en su lugar, diciéndole que no puede hacerlo por tener un tono de voz muy bajo.	X	
5	Ir al baño y demorarse, para que sea otra persona la que dirija el cántico.	X	
	Cogniciones:		

6	<i>“mi discurso no está tan bien como el de mis hermanos”</i>	X	
	<i>“voy a titubear y pensarán que no se leer muy bien”</i>	X	
	<i>“voy a titubear y van a pensar que algo oculto”</i>	X	
	<i>“seguro me van a decir que salga al frente”</i>	X	
	<i>“creo que por las puras estoy aquí, me va a salir mal”</i>	X	
	<i>“Ni siquiera aquí podré vencer mi miedo”</i>	X	

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PEN DE EYSENCK

Nº	ITEM
1	¿Es Ud. más distante y reservado que la mayoría de la gente?
2	¿Encuentra difícil iniciar actividades algunas mañanas?
3	¿La mayoría de las cosas le da lo mismo a Ud.?
4	¿Si Ud. dice que hará algo, siempre mantiene su promesa, sin importar que tan inconveniente pudiera ser hacerlo
5	¿Le divierte ir a fiestas?
6	¿Puede usualmente ordenar sus ideas?
7	¿Es divertido hacer dalo a la gente?
8	¿A veces Ud. pierde la calma y se molesta?
9	¿Haría Ud. casi cualquier cosa por un desafío?
10	¿Alguna vez ha tenido miedo de perder la razón?
11	¿Goza Ud. generalmente de buena salud?
12	¿Ocasionalmente Ud. Tiene pensamiento que preferiría que otras personas no los conozcan?
13	Le es divertido cazar, pescar o practicar tiro?
14	¿Muchas veces sueña despierto?
15	¿Fue o es su madre una buena mujer?
16	¿Todos sus hábitos son buenos y deseables?
17	¿Casi siempre tiene una respuesta rápida cuando la gente le habla
18	¿Le es difícil mantener la atención en lo que está haciendo?
19	¿Considera Ud. que tiene más problemas que la mayoría de la gente?
20	¿Algunas veces chismosea?
21	¿Es Ud. mosca?
22	¿A veces esta Ud. sin ganas de comer?
23	¿Le preocupa mucho adquirir alguna enfermedad?
24	¿Declararía siempre todos sus impuestos, aun si supiera que no pueda ser descubierto?
25	¿Le gusta mucho el bullicio y excitación a su alrededor?
26	¿A menudo se siente saciado?
27	¿Le gusta mezclarse con la gente?
28	¿Ha tenido mucha mala suerte?
29	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?
30	¿Se siente deprimido por las mañanas?
31	¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?
32	¿De toda la gente que conoces hay alguien que definitivamente a Ud. no le gusta?
33	¿Se considera una persona de buena suerte?
34	¿Cambia su estado de ánimo frecuentemente?
35	¿Permite que sus sueños le adviertan o guíen?
36	¿A veces habla de cosas que desconoce?

37	¿Puede Ud. usualmente ir y disfrutar de una fiesta gay?
38	¿A veces siente que no le importa lo que suceda?
39	¿Piensa que hay alguien que es responsable de la mayoría de sus problemas?
40	¿De niño hacia siempre lo que le decían?
41	¿Le gusta tener personas a su alrededor?
42	¿Se siente miserable sin ninguna buena razón?
43	¿Considera que la gente se ofende con facilidad?
44	¿A veces se enoja?
45	¿Le gusta salir mucho?
46	¿A menudo se preocupa por sentimientos de culpa?
47	¿Usaría drogas que le causan algunos efectos extraños y peligrosos?
48	¿A veces se ríe de chismes groseros?
49	¿Le gusta hacer bromas?
50	¿Siente compasión por si mismo?
51	¿Ama Ud. a su madre?
52	¿Esta Ud. libre de prejuicios de toda clase?
53	¿Normalmente prefiere estar solo?
54	¿Le preocupa mucho su apariencia?
55	¿Tiene enemigos que desean hacerle daño?
56	¿A veces lardea?
57	¿Le es difícil mostrar sus sentimientos?
58	¿A menudo se siente débil para todo?
59	¿Sus amistades se rompen sin que esto sea por culpa suya?
60	¿Contesta una carta personal tan pronto como pueda, después de haberla leído?
61	¿Es UD. comunicativo?
62	¿A veces se siente fastidiado por dentro?
63	¿Cree que la gente dice y hace cosas para fastidiarlo?
64	¿A veces deja para mañana lo que debe hacer hoy?
65	¿De niño le gustaban los juegos bruscos?
66	¿Se considera diferente a los demás?
67	¿Fue o es su padre un buen hombre?
68	¿A veces ha dicho mentiras?
69	¿Le gusta contar chistes o historias graciosas a sus amigos?
70	¿A veces ha deseado estar muerto?
71	¿Habría Ud. Tenido mas éxito si la gente no hubiera puesto dificultades en su camino?
72	¿Preferiría ganar que perder un juego?
73	¿Hace fácilmente amigos con miembros de su propio sexo?
74	¿Usualmente trabaja para obtener recompensa?
75	¿Le hace sentir mal ver a un niño o animal sufrir?
76	¿Cuándo hace nuevos amigos, Ud. usualmente toma alguna iniciativa?
77	¿Cuándo hay mucha gente alrededor le preocupa que puedan contagiarle alguna infección?

78	¿A veces las cosas le parecen como si no fueran reales?
----	---

TEST DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.
2. Solamente me pasan cosas malas.
3. Todo lo que hago me sale mal.
4. Sé que piensan mal de mí.
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?
6. Soy inferior a la gente en casi todo.
7. Si otros cambiaran su actitud, yo me sentiría mejor.
8. ¡No hay derecho a que me traten así!
9. Si me siento triste es porque soy una enferma mental.
10. Mi problema depende de los que me rodean.
11. Soy un desastre como persona.
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas.
14. Sé que tengo la razón y no me entienden.
15. Aunque ahora sufra algún día tendré mi recompensa.
16. Es horrible que me pase esto.
17. Mi vida es un fracaso continuo.
18. Siempre tendré este problema.
19. Yo sé que me estas mintiendo y engañando.
20. ¿Y si me vuelvo loco, perderé la cabeza?
21. Soy superior a la gente en casi todo.
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.
23. Si me quisieras de verdad no me tratarías así.
24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo.
25. Si tuviera más apoyo, no tendría estos problemas.
26. Alguien que conozco es un imbécil.
27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa.
28. No debería cometer estos errores.
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto.
30. Ya vendrán mejores tiempos.
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.
32. Soy incompetente e inútil.
33. Nunca podré salir de esta situación.
34. ¿Quieren hacerme daño?
35. ¿Y les pasa algo malo a las personas que quiero?
36. La gente hace las cosas mejor que yo.
37. Soy una víctima.
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.
40. Si estuviera en una mejor situación económica, no tendría estos problemas.
41. Soy un neurótico.
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.
43. Debería recibir más atención y cariño de otros.

44. Tengo razón y voy a hacer lo que me dé la gana.
45. Tarde o temprano las cosas me irán mejor.

REGISTRO DE OPINIONES

1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.
2. Odio equivocarme en algo.
3. La gente que se equivoca, debe recibir su merecido.
4. Generalmente, acepto los acontecimientos desagradables con tranquilidad.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
6. "Árbol que trece torcido, nunca su tronco endereza"
7. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo que sentirme obligado a manifestar respeto a nadie.
8. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
9. Las personas malas deben de ser castigadas.
10. Las frustraciones y decepciones no me perturban.
11. A la gente no la trastornan los acontecimientos sino la imagen que tienen de estos.
12. Es casi imposible superar las influencias del pasado.
13. Quiero gustar a todos.
14. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
15. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
16. Las cosas deberían ser distintas a como son.
17. Yo mismo provoco mi mal humor.
18. Si algo afecto tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.
19. Me puedo gustar a mí mismo, aun cuando no le guste a los demás.
20. Me gustaría triunfar en algo, pero pienso que no estoy obligado a hacerlo.
21. La inmoralidad debería castigarse severamente.
22. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
23. Las personas desdichadas, generalmente, se provocan ese estado a sí mismas.
24. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
25. Si no le gusto a los demás es su problema, no el mío.
26. Para mi es extremadamente importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.
27. Pocas veces culpo a la gente por sus errores.
28. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.

29. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera evitarlo.
30. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
31. Creo que es difícil ir en contra de lo que piensan los demás.
32. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas.
33. El miedo al castigo es lo que hace que la gente sea buena.
34. Si las cosas me desagradan, elijo ignorarlas.
35. Cuantos más problemas tiene una persona, menos feliz es.
36. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
37. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no la necesito realmente.
38. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
39. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
40. Hago todo lo que puedo para conseguir lo que quiero; y después, dejo de preocuparme.
41. Nada es perturbador por sí mismo; si lo es, se debe al modo que lo interpretamos.
42. Somos esclavos de nuestro pasado.
43. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
44. Me trastorna cometer errores.
45. No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto"
46. Yo disfruto tranquilamente de la vida.
47. No puedo evitar sentirme muy alterado ante ciertos hechos.
48. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
49. Usualmente me preocupo por lo que la gente piensa de mí.
50. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
51. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
52. La gente es más feliz cuando tienes metas y problemas que resolver para alcanzarlas.
53. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
54. Básicamente, la gente nunca cambia.
55. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador
56. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
57. Nadie es malo a pensar de que sus actos lo sean.

- 58.** Raras veces me perturban los errores de los demás.
- 59.** El hombre construye su propio infierno interior.
- 60.** No miro atrás con resentimiento.
- 61.** Si cometo un error lo acepto con tranquilidad.
- 62.** Los acontecimientos negativos pueden ser superados.

- 63.** Hay gente que me altera el humor.
- 64.** Acepto con calma que otros sean mejores que yo en algo.
- 65.** Hay tristeza que jamás se superan.