



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA  
EN UN CASO DE FOBIA SOCIAL**

PRESENTADA POR  
**ALEXANDRA JORDAN ROMERO**

ASESORA  
**GLADYZ TORANZO PERÉZ**

ESTUDIO DE CASO  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**

**CC BY-NC-ND**

La autora sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y  
PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN UN  
CASO DE FOBIA SOCIAL**

TESIS PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:  
JORDAN ROMERO, Alexandra

ASESOR:  
MAG. TORANZO PERÉZ GLADYS

**LIMA- PERÚ**

**2017**

El arte del amor...Es en gran parte el arte de la Persistencia

Albert Ellis

## **AGRADECIMIENTO**

A mi mamá por darme la oportunidad de cumplir un hermoso sueño y ser mi referente de fuerza.

A mi tía Martha Paredes Delhonte por siempre ponerme los pies en la tierra y ser mi maestra a seguir.

A María Fernanda y Pedro por ser parte de mis felicidades y logros personales. Ayleen, gracias por permitirme ser parte de tu crecimiento personal y caminar juntas de la mano dentro de este proceso terapéutico.

Mag. Gladys Toranzo Pérez por permitirme y darme las herramientas necesarias dentro de este camino de aprendizaje.

Lic. Marlene Chocce por sus palabras de guía y la amistad incondicional que siempre me brindó.

A todos los que apostaron y confían en mí.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

#### 1.1. FOBIA SOCIAL

1.1.1. Definición .....	8
1.1.2. Revisión histórica .....	13
1.1.3. Circulo vicioso de la fobia social .....	15
1.1.4. Situaciones sociales temidas.....	16
1.1.5. Factores de vulnerabilidad .....	17
1.1.6. Clasificación .....	21
1.1.7. Características clínicas.....	22
1.1.8. Teorías explicativas .....	27
1.1.9. Diagnóstico diferencial .....	38

#### 1.2.MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

1.2.1. Revisión histórica .....	40
1.2.2. Principios .....	44
1.2.3. Principales representantes .....	45
1.2.4. Intervención para la fobia social según la terapia racional emotiva .....	61

### CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Datos de filiación .....	68
2.2. Motivo de Consulta .....	68

2.3. Episodios Previos .....	70
2.4. Historia Personal .....	70
2.5. Personalidad .....	76
2.6. Historia Familiar .....	79
2.7. Examen Mental .....	80
2.4. Informe Psicológico.....	82

### **CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

3.1. Justificación .....	90
3.2. Objetivos .....	91
3.3. Metodología .....	92
3.4. Análisis Funcional .....	93
3.5. Procedimiento .....	95

### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS ..... 179**

### **CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES ..... 184**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ..... 188**

### **ANEXOS**

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta natural de nuestro organismo que se caracteriza por temor, incomodidad o inseguridad que se va a iniciar o propiciar ante determinadas situaciones que ponen a su vez en alerta a nuestro organismo diciéndole que existe un peligro sea este físico o psicológico.

Teniendo esto de referencia, se puede definir a la fobia social como la ansiedad desproporcionada o el temor persistente ante la anticipación o presencia del sujeto a diversas situaciones sociales en las que la persona considere que estará en evaluación su comportamiento temiendo así poder actuar de un modo humillante o embarazoso. Esto forma parte de un aprendizaje condicionado como lo refieren Buela & Sierra (2001), en donde el paciente aprende a huir o escapar de las situaciones que le provoquen estos niveles de ansiedad haciendo así un reforzamiento de la conducta temida. Si bien la persona reconoce y es consciente que su temor es irracional, el huir o evitar las situaciones se hará con el fin de poder disminuir el malestar que siente.

Ante lo descrito con anterioridad, se puede observar que la fobia social no solo interfiere y limita el desempeño personal de los sujetos que lo padecen, sino



que también los distintos ámbitos del paciente como sociales, familiares, académicos, laborales y de pareja. Teniendo así una alta comorbilidad con otros trastornos como son el Trastorno de Pánico (35%), Agorafobia (28%) o Trastornos relacionados con el consumo de sustancias (28%) o algunos del humor como Episodios Depresivos (12%) (García, 2000).

Por estas razones, es que se requiere una intervención no solo temprana de este tipo de diagnóstico sino también eficaz, que demuestre cambios significativos en el paciente a lo largo de su vida y que tenga resultados medibles. Bajo estas premisas, la Terapia Cognitivo Conductual es la que evidencia más resultados empíricos para el tratamiento de la Fobia Social interviniendo principalmente en la modificación y reestructuración de los pensamientos distorsionados por otros más adaptativos logrando así que el paciente más adelante se adapte a su medio y a las demandas del mismo (Moreno, Méndez & Sánchez, 2000).

La Terapia Racional Emotiva, dentro del modelo cognitivo conductual, dota de diversas herramientas al paciente no solo para la modificación de sus pensamientos sino para el afronte de las situaciones vergonzosas, la aceptación incondicional de sí mismo y de los demás; y de un cambio de filosofía de vida. El paciente al término de la terapia no solo ha modificado su sentido de vida sino que es consciente de que pueden existir emociones tanto positivas como negativas pero que de esas emociones no depende su bienestar y equilibrio personal también así aprende que los pensamientos serán los responsables de como el paciente se siente y no las situaciones. El paciente será responsable de su equilibrio emocional y de sus acciones; es decir de su bienestar personal.

En mención a lo anteriormente expuesto, el presente estudio de caso está basado en una intervención bajo el modelo cognitivo conductual centrándonos en las técnicas y herramientas que la Terapia Racional Emotiva plantea.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. FOBIA SOCIAL

Todas las personas hemos sentido en algún momento ansiedad o vergüenza alguna vez como por ejemplo cuando conocemos a personas nuevas, hablar en público, eventos importantes; sin embargo ¿cuándo esto se vuelve patológico? En el siguiente apartado se tocarán temas relacionados con la fobia social para una mayor explicación.

**1.1.1. Definiciones.** Si de mecanismos adaptativos nos referimos, la ansiedad es la principal alerta que nuestro cuerpo da ante diferentes sucesos que evaluamos personalmente como amenazantes. Este mecanismo adaptativo tiene diferentes definiciones en razón del autor o autores que la mencionan.

Belloch, Sandin y Ramos (2008) citado por Acevedo (2014) consideran a la ansiedad como una emoción en la que en reiteradas circunstancias es considerada adaptativa ya que permite a las personas permanecer alertas y sensibles al ambiente haciéndose posible el que puedan enfrentarse a las diversas situaciones que se presentan día a día. Al activarse esta alerta se logra afrontar mejor la situación de peligro, así como una óptima adaptación del sujeto al entorno en donde se encuentra. Sin embargo, estos autores refieren que podría existir un problema si es que esta alerta se presenta en niveles excesivos durante periodos de tiempo prolongados sin que exista un peligro real creando así entonces una “falsa alarma” en el sujeto.

Así mismo, Paz (2009) nos dice que la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta ante la percepción de un objeto que se identifique o crea de tipo amenazante o de resultado incierto. Esta respuesta emocional va a generar tres tipos de respuestas: el de estado de alerta cognitivo (pensamientos), la activación fisiológica y la inquietud motora. El objetivo de esta respuesta es el mejorar la forma de afrontamiento del sujeto hacia determinadas situaciones.

Entonces, si es que la ansiedad nos prepara para poder estar alertas a determinadas situaciones amenazantes, se considera como una reacción deseable y adaptativa; sin embargo, cuando la manera de presentarse es intensa, frecuente y duradera causa algún tipo de interferencia en la vida del sujeto (Page & Andrews, 1996, citados por Paz, 2009).

Siguiendo la línea, Morales (2011) refiere que cuando la ansiedad se basa en un miedo realista, existente y racional, esta puede ayudar a las personas a poder manejar diversas situaciones difíciles que puedan presentárseles, pero de manera efectiva; así como también, a preservar la vida de la persona. Sin embargo, también puede presentarse de manera intensa lo cual, haría que el sujeto pierda el control no solo de sí mismo sino de sus herramientas de acción, provocándose así un afronte inadecuado de los problemas y un funcionamiento también inadecuado del medio y de su vida.

Finalmente, nos centraremos en la definición que propone Ellis (1999) quien refiere que la ansiedad es algo bueno que le permite al ser humano mantenerse vivo y preservar su especie. También, la reconoce como un conjunto de sensaciones y con tendencia a la acción que permite que el sujeto

se dé cuenta de que ocurren o pueden ocurrir sucesos desagradables y que le avisan, al mismo tiempo, que tiene que hacer algo al respecto. La ansiedad va a surgir cuando el sujeto desea algo y ve que esto es posible que no lo tenga, o en contraparte cuando no desea algo y se da cuenta de que corre el peligro de que en realidad si suceda.

Para que la ansiedad esté en el sujeto debe de existir en primer lugar un factor biológico que va a predisponer al sujeto a tener diferentes niveles de ansiedad que las demás personas; y luego también el entorno o ambiente en el que vive el sujeto juega un papel importante. El primero de estos, el factor biológico, se define como la tendencia innata que predispone al sujeto a tener deseos y hacer diferentes tipos de elecciones que le dan una propensión hacia la ansiedad. El segundo factor el cual lo conforma no solo el ambiente en el que el sujeto se desarrolla, sino también la gente y las cosas que lo rodean; estas bloquean o impulsan el desarrollo del sujeto.

Sin embargo, Ellis (1999) también propone un tercer factor importante y este es el mismo sujeto ya que éste es el responsable de sus propios pensamientos, sentimientos y su propia conducta; estos factores antes mencionados serán los principales garantes de la intensidad de la ansiedad que sentirá el sujeto.

Este autor nos separa dos tipos de ansiedades, la normal o sana y la patológica o malsana. La primera de ellas va a ayudar al ser humano a preservar su vida, le va a dar el control de sus propias emociones y le ayudara a manejar situaciones difíciles o peligrosas de forma eficiente. Va a implicar un sistema de precaución y vigilancia para preservar al sujeto a posibles daños potenciales.

Por otra parte, la ansiedad patológica o malsana es destructiva y perjudicial para el sujeto e interfiere en las necesidades básicas del mismo. Esta ansiedad patológica hace lo contrario de la normal o sana ya que forja a que el sujeto pierda el control que necesita para poder afrontar los problemas en los que se encuentra. Este tipo de ansiedad toma la forma de terror, fobia u horror creando así estados de shock, entumecimiento y diversas reacciones físicas y psicosomáticas que lo van a alertar contra posibles peligros. Esta ansiedad logra que el sujeto tome medidas que interfieran el manejo de las situaciones dándole en muchas ocasiones una manera incorrecta de actuar. Este tipo de ansiedad puede desencadenar más adelante un trastorno de pánico.

La ansiedad sana puede ser basada por miedos realistas o racionales. Estos miedos surgen cuando el sujeto visualiza algo que lo categoriza como perjudicial y existe la posibilidad de que ocurra sin que quiera que así sea. Estos miedos realistas van a avisarle a la persona de que ese algo “perjudicial” puede ocurrirle si hace algunas cosas y le puede advertir que deje de realizar algo si es que no quiere que esto se realice. Sin embargo, también muchos miedos pueden ser irrealistas o irracionales, según este autor en mención esto sucede porque el sujeto toma una pequeña probabilidad de que algo que no es probable que ocurra si suceda para él. Estos miedos van a llevar a fuertes estados de ansiedad cuando en realidad no hay una probabilidad grande o peligro alguno de que esto pueda ocurrir.

Pero ¿Cómo se puede distinguir entre la ansiedad sana y la malsana? Primero Ellis (1999), aconseja el poder comprobar la realidad que el sujeto está pasando utilizando para esto las leyes de la probabilidad de que exista o suceda determinado hecho (identificando hechos vs interpretaciones). En segundo lugar, tener en cuenta que ese temor es algo no realista y exagerado o basado en

sobregeneralizaciones tanto de las situaciones como de la sintomatología que se experimenta. En tercer lugar, verificar si la persona ve las cosas en términos de blanco y negro, todo o nada, minimizando los factores protectores que pueden ayudarlo a lidiar con las situaciones agrandando así los factores de riesgo el cual no ayuda a afrontar este temor o si es todo lo contrario.

Finalmente, Ellis (1999) refiere que la ansiedad malsana va a ser producto de un pensamiento incorrecto y exagerado debido a lo cual va a ser el objetivo central de psicoterapeuta el poder modificar estos pensamientos para encontrar una solución a esta diferenciación y que el paciente pueda experimentar sus emociones sin ninguna perturbación.

Como se definió en su momento la ansiedad es importante, para seguir con el presente trabajo, el poder definir que es la fobia social. La American Psychiatric Association (1987) define a la fobia social en líneas generales como el miedo persistente relacionado con situaciones sociales o actuaciones en público en donde el sujeto pueda tener una actitud embarazosa o que su conducta sea motivo de juicios valorativos.

Bados (2009) la denomina trastorno de ansiedad social definiéndola como el miedo intenso y excesivo en respuesta a situaciones sociales en la cual el sujeto se va a ver expuesto por personas desconocidas o a la posible evaluación de estas. Estos pacientes temen que su conducta sea observada y criticada.

La principal característica de este cuadro es la existencia de un miedo o temor intenso y muchas veces irracional de que la conducta del sujeto se evalué como una burla o sea criticada por las demás personas. (Belloch, Sandin & Ramos, 2008; Stein, Torgrud & Walker, 2000; Barlow & Durand, 2001, citados por Acevedo

2014). Esto hace que el individuo recurra, como método de protección, a la huida o evitación de la situación temida (Bados, 2009)

Este tipo de cuadro clínico interfiere marcadamente en la vida de la persona y le produce a está un malestar significativo el cual se ve reflejado en diferentes aspectos de su vida.

Moreno et al. (2000) mencionan que este trastorno fóbico especialmente suele complicarse cuando se le suma el abuso de sustancias como drogas o ansiolíticos y alcoholismo. Esto se da ya que algunos pacientes utilizan este tipo de sustancias para poder enfrentarse a reuniones sociales, interactuar o realizar cualquier otra actividad estando sin esta sustancia no lo harían.

**1.1.2. Revisión histórica.** La fobia social fue incluida en la nomenclatura diagnóstica con el nacimiento del DSM-III (APA,1987); sin embargo, se conoce su existencia en textos antiguos en donde se trataban pacientes con este trastorno.

Burton (1845) menciona a Hipócrates como la primera persona en nombrar a la ansiedad cuando describió la sintomatología de uno de sus pacientes como algo más que una timidez o temerosidad. Este paciente no se atrevía a hablar con personas por el miedo que tenía por excederse en sus gestos al hablar o lo que las personas pensarán de él ya que pensaba que todos lo observaban y se burlaban.

Sin embargo, al inicio el siglo XX, Janet (1903) acuñó el término *phobie des situations sociales* para describir a personas que temían el hablar en público o hacer cualquier actividad con el saber de qué los estaban observando. Pero este término no tomó especial relevancia hasta 1966 cuando Marks y Gelder presentaron una limitación con el término anterior estableciendo a la fobia social como una



característica diagnóstica propia entendiéndose a esta como el miedo ante las situaciones sociales, expresada por timidez, temor a ruborizarse en público, a comer en restaurantes, a encontrarse con conocidos en la calle, o ser el centro de atención.

Nichols (1974) limitó más el concepto de fobia social afirmando que está también se caracterizaba por una sensibilidad a la desaprobación, crítica, una baja evaluación del paciente, presentación de altas reglas de cómo debía de comportarse, sensibilidad por ser observado, juzgado o evaluado por los demás y una ansiedad anticipatoria.

A pesar de los antecedentes antes previstos, la fobia social como cuadro clínico se comenzó a utilizar con el nacimiento del DSM-III (APA, 1987) en donde se definió como el miedo excesivo a la observación o evaluación de otras personas hacia la conducta del sujeto. La exposición a situaciones determinadas como el hablar en público, comer delante de otras personas, entre otras, hacen que aparezcan determinados síntomas parecidos a los de la ansiedad; estas pueden ser la aceleración cardíaca, el temblor, ruborización y sudoración. A raíz de este malestar fisiológico, los sujetos tienden a evitar o huir de determinada situación en vez de afrontarla. Cuando este manual fue revisado (American Psychiatric Association, 1987) se buscó mejorar los criterios de clasificación haciendo que se expandieran la categoría de fobia social y así incluir dentro a las personas que le tenían miedo a las multitudes; esto hizo que fuera un tema muy controversial en su tiempo ya que una persona que podía ser diagnosticada por tener un miedo al hablar en público era comparada con la diagnosticada en temer el miedo pero al hablar en todas las situaciones sociales por lo cual se crea un subtipo generalizado

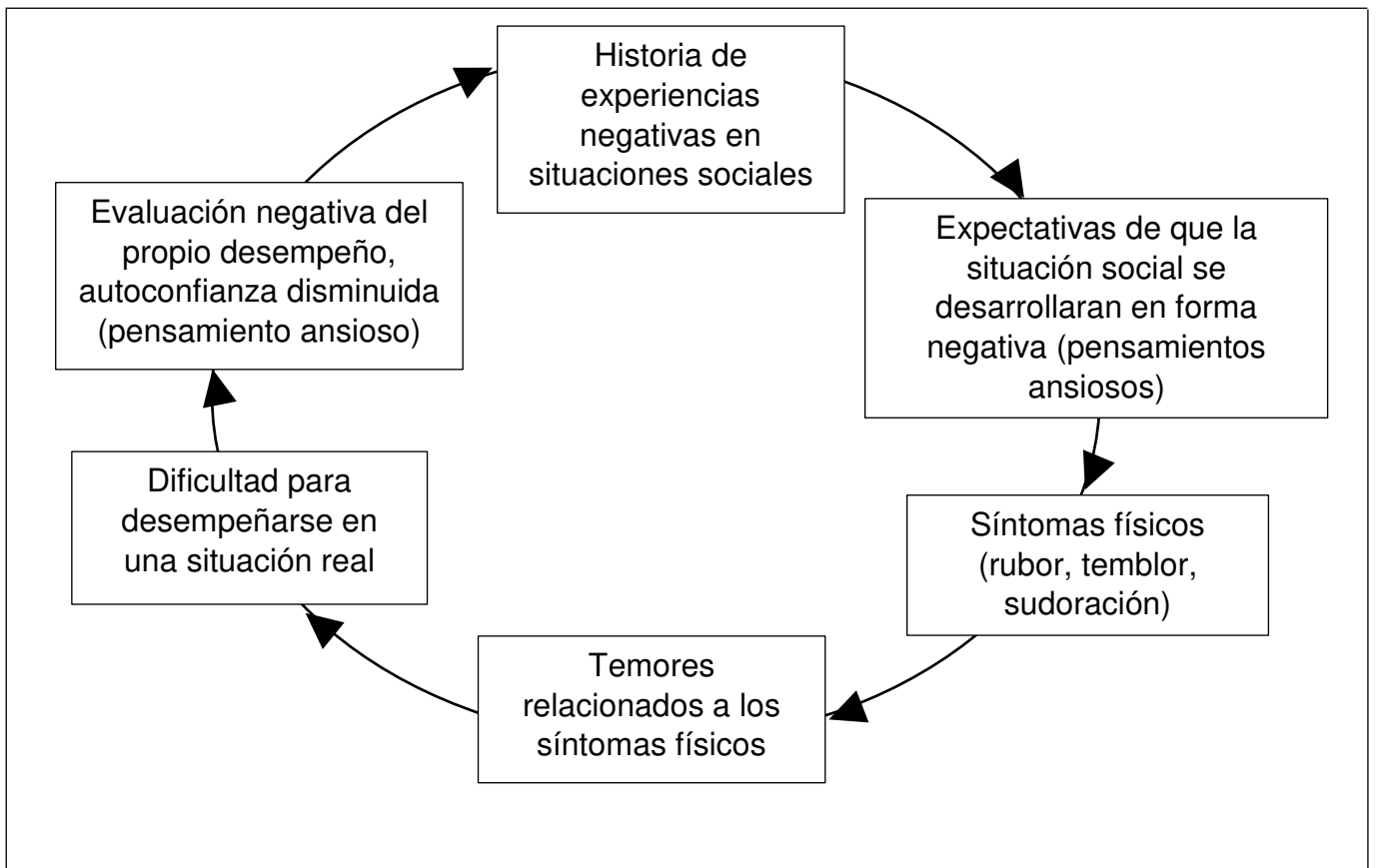
para este tipo de personas con una ansiedad social más generalizada. (Stein & Hollander, 2010)

Con la salida del DSM-IV (APA,1994) los criterios de diagnóstico no variaron; sin embargo, se hizo un estudio para incluir la fobia social en niños de manera distinta que de adultos. Los síntomas en ellos serían los llantos recurrentes, el retraimiento social, las rabietas en determinados escenarios, entre otros. Anteriormente este diagnóstico era entendido como el trastorno por evitación de la infancia o trastorno por ansiedad excesiva; sin embargo, se ha demostrado que las características expuestas en los anteriores diagnósticos no se diferencian de las que se encuentran en la fobia social. (Beidel, 1991; Stein & Hollander, 2010 citado por Placencia, 2013)

**1.1.3. Circulo vicioso de la fobia social.** Un círculo vicioso se entiende como la encrucijada en la que caemos los seres humanos cuando no sabemos qué decisión tomar ante determinada situación.

Cía (2004) señala que los sujetos que presentan una fobia social van a desestimar las habilidades sociales que tienen y sobrevalorar así las habilidades sociales que tienen los de su entorno; esto hace que se encuentren vigilantes y alertar a la infinidad de síntomas somáticos que presentan al aumentar la ansiedad y también al pensar que los demás se percatan de esto. Por lo tanto, este autor plantea la siguiente figura que es lo que siguen las personas con este diagnóstico como se muestra a continuación:

**Figura 1: Circulo vicioso de la fobia social**



Recuperado de Cía. (2004)

#### **1.1.4. Situaciones sociales temidas**

Bados (2001) explica que existen diversos tipos de situaciones en las cuales los pacientes con fobia social temen el enfrentarse; estas son:

- Intervenciones públicas: habla o actuar en público, exponer, intervenir en grupos pequeños
- Interacción informal: iniciar, mantener y finalizar conversaciones sean con desconocidos o personas de su entorno y unirse a una conversación, hacer halagos, tocar temas personales, relacionarse con el sexo opuesto, hacer demostraciones de afecto, asistir a fiestas o reuniones, recibir halagos o críticas y hablar por teléfono.

- Interacción asertiva: reclamar, devolver algo en mal estado, expresar opiniones o peticiones, expresar un desacuerdo, criticar o demostrar su malestar sobre algo, interactuar con personas con autoridad
- Ser observado: al comer, beber, escribir, firmar, trabajar delante de otras personas, ir en autobús, ser el centro de atención por ejemplo en un cumpleaños.

Por otro lado, Hope y Heimberg (1993) citado por Bados (2001) mencionan una jerarquía de áreas temidas queriendo decir aquí, que si es que una situación es temida es muy probable que también sean temidas las situaciones anteriores. Las cuatro áreas son: conversar con personas de autoridad, conversar con personas amigos o desconocidos, confirmar o criticar algo y realizar conductas observables.

**1.1.5. Factores de vulnerabilidad.** Si bien, existen teorías explicativas que proporcionan una referencia más extensa de cómo se inicia la fobia social, la cual trataremos líneas más abajo, este apartado se centrará en la revisión de factores que hacen que se incremente la vulnerabilidad del sujeto a desarrollar este trastorno.

**a) Actitudes y patrones de conducta en los padres.**

García (2000) recopila diversos tipos de investigaciones principalmente del papel que juegan los padres tanto en las actitudes y como en los patrones de conducta dentro del ambiente social de sus hijos, es así que menciona a Parker (1979) citado por García (2000) quien propuso que los niños con escaso apoyo o

afecto emocional, así como con sobreprotección impartida por sus padres son tendientes a experimentar dificultades en sus relaciones interpersonales. Esto se debe a que los padres con hijos con fobia social tenían características de ser más controladores, así como restrictivos en el momento de expresar su afecto a comparación de los padres de hijos sin ningún tipo de trastorno.

En cuando a las relaciones afectivas de padres a hijos se puede afirmar que el producirles a los hijos un ambiente de seguridad y la misma seguridad sobre ellos hacia que los niños establecieran en el futuro relaciones interpersonales positivas (Putallaz & Heflin, 1990, citado por García, 2000). De igual modo, se encontró que el cariño y el comportamiento de la madre hacia el niño estaba positivamente asociado con el comportamiento prosocial que tendría este niño con sus compañeros (Hinde & Tamplin, 1983) y Rapee (1995) indica que la sobreprotección de la madre sería un factor de vulnerabilidad mucho más importante que la falta de cariño que esta tenga con sus hijos.

Sin embargo, también es importante mencionar la influencia que tienen las conductas de los padres en las relaciones sociales de sus hijos ya que no solo las actitudes de estos juegan un papel fundamental. Es así como MacDonald (1987) citado por García (2000) no vincula solo a la madre y su conducta como un posible factor de vulnerabilidad sino también al padre; ya que, los padres con hijos que tenían fobia social presentaban estilos de personalidad más rígidos creando así un ambiente familiar más restrictivo para sus hijos. Las madres que suelen ser tímidas o que presentan fobia social evitan también así exponer a sus hijos a situaciones social por el propio malestar que estas situaciones sociales les causan a ellas (Daniels & Plomin, 1985).

Entonces, se puede decir que los patrones de conducta de los padres influyen y afectan a sus hijos al menos en tres maneras: (1) por la transmisión genética de padres a hijos dándoles una vulnerabilidad a poder presentar ansiedad, (2) la limitación que crean los padres a la capacidades que puede tener el hijo para poder acceder a situaciones sociales estableciendo estos así patrones de aislamiento y evitación social en sus hijos y (3) por miedo a la transmisión de sus propios miedos y ansiedad actúan como modelo de temor transmitiendo la información de algo dañino o peligroso cuando en la realidad no lo es. (Beidel & Turner, 1998, citado por García, 2000).

#### **b) Influencia de los pares.**

García (2000) nos menciona que existe una escasa existencia de investigaciones que mencionen el papel que juega la ansiedad social dentro de las relaciones de los adolescentes. Sin embargo, menciona algunos relevantes como es el caso de Strauss, Frame y Forehand, 1987 (citado por García, 2000) quienes hallaron que los niños que presentan ansiedad social son menos aceptados y valorados por sus compañeros de clase; así como, que son considerados los menos atractivos por el sexo opuesto especialmente en el caso de las mujeres.

El autor antes mencionado refiere que los sujetos con ansiedad social presentan un miedo mayor a la evaluación negativa debido a que en algún momento han sido parte de esta y no han tenido las herramientas necesarias para poder superarlas. Así como también menciona la importancia que las chicas adolescentes tienen sobre la imagen que ellas mismas proyectan, más que los chicos, en donde es importante la manera en que se visten, las cosas materiales que tienen, así como la manera en que los demás se refieren a ellas. Estas chicas

si presentan una ansiedad social tienen menos amigos, perciben un apoyo emocional invalidante, así como la falta de intimidad o confianza con sus demás compañeros. En cambio, en los adolescentes varones parece que no existe una vinculación entre la fobia social y las relaciones que estos adolescentes tienen con sus compañeros.

### **c) Habilidades sociales.**

Caballo (1999) define a las habilidades sociales como el resultado de una serie de conductas que se iniciarían desde la recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes como el saludo, después seguiría el procedimiento flexible de los estímulos para así generar y evaluar las posibles opciones de respuestas seleccionándose así la mejor de ellas, para que así se termine con la emisión de la elegida.

Por otro lado, Bornas y Tortella (1998) las definen como un conjunto de respuestas básicas que hacen que sea posible el poder iniciar, mantener y finalizar una conversación; así al mismo tiempo, expresar ideas o sentimientos, pedir favores o alguna información que considere relevante la persona.

Teniendo en cuenta estos dos distintos tipos de definiciones se puede referir que un déficit de estas habilidades sociales sería el resultado de un inadecuado aprendizaje dentro de todo el proceso de socialización que existe desde etapas muy tempranas, los cuales, en su momento, hubieran permitido a la persona el poder adquirir respuestas más pertinentes que contribuyan a futuro a un factor de vulnerabilidad decisivo para la fobia social. Ya que una vez desarrollado una fobia social pueden ser factores de mantenimiento de la misma la falta de disponibilidad de modelos adecuados en el entorno de la persona, la inadecuada socialización, el

aislamiento social que podría dificultar las oportunidades futuras del sujeto a que se pueda exponer a situaciones sociales y, por último, el no poder obtener una consecuencia positiva en las futuras conductas sociales (García, 2000)

**1.1.6. Clasificación.** Si es que se habla de los tipos de fobia social que existen Falloon, Lloyd y Harpin (1981) citado por García (2000) propusieron distinguir entre fobia social específica la cual se da ante una situación determinada, y la fobia social generalizada que es cuando este temor se extiende a muchas situaciones sociales por ejemplo la primera es al comer en la universidad y la generalizada sería el comer en cualquier lugar público.

Sin embargo, la introducción de estos subtipos fue controvertida desde la inclusión que tuvo en el DSM-III-R (APA, 1987) ya que la expresión la mayoría de las situaciones sociales es una limitación poco operativa. Tampoco se le tomó en cuenta por falta de evidencia empírica en la salida del DSM-IV (APA, 1994). Por lo tanto, como consecuencia de esto el día de hoy existen dos corrientes para delimitar este subtipo.

Edelmann y Chambless (1995) también nos refieren que existen dos tipos de fobia social relacionados a los anteriores antes citados; el subtipo generalizado que es el miedo a la gran mayoría de las situaciones sociales como las conversaciones, hablar con superiores o ir a reuniones sociales; y el otro subtipo es el específico en el que se caracteriza por que las personas temen a situaciones específicas como el hablar, comer, escribir o firmar en público.

Bados (2001) comenta que el 60-70% de los pacientes con fobia social tratados pertenecen al subtipo generalizado ya que muchos de estos pacientes comienzan con un subtipo específico agudizándose así el cuadro hasta convertirse



en uno generalizado. Cuando el paciente ya llega a encontrarse en el subtipo generalizado en donde busca una ayuda o asesoramiento terapéutico ya que le crea un malestar notablemente significativo en su vida.

Este autor también señala que en diferencia a los pacientes que presentan el subtipo específico, los de subtipo generalizado suelen presentar niveles de ansiedad más marcados y una mayor cantidad de veces de evitación social; así como también más miedo a una evaluación negativa, mayor déficit en habilidades sociales y autoestima baja. Además, suelen caracterizarse porque su edad de comienzo es más temprana y por un nivel educativo más bajo, mayormente no están casados ni mantienen un empleo, una historia personal más frecuente de timidez infantil, menor apoyo emocional por parte de sus padres y un deterioro en su vida personal, social, académica y laboral.

**1.1.7. Características clínicas.** Como se tiene entendimiento, todo tipo de diagnóstico tiene diferentes tipos de características para que se logre el fin de poder aprenderlos, diferenciarlos y detallarlos. La fobia social no se queda excluida de esto para lo cual se presentan diversos síntomas que pueden ser tratados como características clínicas que presenta el paciente con fobia social.

Caballo, Salazar y Carrobles (2014) nos señalan tres aspectos fundamentales que presentan los pacientes con fobia social; sin embargo, se separaran en cuatro para una mayor explicación.

**a) Aspectos conductuales.**

El aspecto conductual es el que salta a primera vista en los pacientes con fobia social, como lo explica Mazzoti (2016) su característica principal de este tipo

de pacientes es el poder evitar las situaciones sociales en las que exista la probabilidad de ser observado por las demás personas, entonces el sujeto utilizara métodos de huida o evitación para poder escapar a esto. Esta autora, refiere que el déficit de las habilidades sociales más la conducta de evitación serán los componentes que van a definir a la fobia social.

Placencia (2013) señala también la evitación y el escape como los componentes conductuales principales de los sujetos con fobia social; también refiere que para la primera de estas no es necesario el dejar de poder asistir a un lugar determinado en donde haya un grupo de personas, sino que también el acudir a estos lugares pero a la vez evitar participar de ser el centro de atención, realizar comentarios o tener los síntomas temidos.

Este autor también sustenta que los pacientes con fobia social evitan el malestar que sienten en determinado momento de distintos modos como el consumir alcohol o algún tipo de tranquilizante, quedarse callado sin hacer preguntas ni interactuar con los demás; así como pasar lo más desapercibido posible ante esto. Si la molestia se vincula a los síntomas fisiológicos como por ejemplo la ruborización, tienden a tener conductas como el dejarse la barba o en mujeres el colocarse mucho maquillaje, broncearse, tener el cabello hacia afuera, tener las manos en los bolsillos o atrás, y si es que es el caso de estar en una comida o cena, comer de forma rápida o bebe mucha agua.

Caballo et al. (2014) sugieren determinados síntomas conductuales nombrando en primera instancia la evitación y escape de las situaciones sociales temidas, escaso contacto visual sea a personas desconocidas como conocidas, poco habladores, comportamiento frío y distante, intranquilidad al ser observados

por los demás, constantemente alertas y vigilantes hacia las amenazas sociales, aislamiento social activo, búsqueda de privacidad, introversión, timidez y desconfianza.

b) **Aspectos cognitivos.**

En el aspecto cognitivo, considerado como un aspecto fundamental para el caso que se verá más adelante, Caballo et al. (2014) plantean que los sujetos con fobia social tienden a enfocar su atención hacia los temas que van asociados por el fracaso social, lo cual, más adelante, esto enfatizará las dificultades que presentan de manera conductual.

Placencia (2013) señala que aparecerán dificultades para recordar cosas importantes o problemas para concentrarse ya que su centro de atención está tendido hacia diferentes temores como los siguientes:

- Sentir ansiedad y pasar un mal momento.
- A no poder comportarse de manera adecuada.
- Manifestar síntomas ansiosos y que los demás se percaten en eso.
- A ser criticados o parte de una evaluación negativa.
- A ser rechazados o ser dejado de lado por los demás.
- A ser observador o ser el centro de atención.
- Que sus síntomas de ansiedad hagan sentir mal o incómodos a otras personas.

Bados (2001) por su parte, refiere que los pensamientos negativos que puedan tener los pacientes con fobia social, sean antes, durante, o después del evento o exposición van a traer consigo una serie de errores cognitivos como son la pobre valoración de lo que se espera de sí mismo, sobreestimación del grado en

que las otras personas lo observan y perciben de él, la posibilidad de poder cometer errores o fracasar, las respuestas de los demás en cuanto a su ansiedad o la idea de que está actuando mal o que los mensajes o posiciones negativas de las demás personas son en contra de él o en forma de burla.

Entonces en cuanto a lo que se encuentra en la esfera cognitiva los pacientes con fobia social presentan conceptos rígidos sobre una conducta social apropiada; existen también pensamientos perturbadores, confusos y distractores. Ante la exposición vendrá un diálogo interno de autovaloración negativa, creencias sociales disfuncionales, preocupación excesiva por una crítica, evaluación negativa o temor hacia un rechazo social; baja autoestima al momento de devaluar sus logros y enfatizar sus fracasos, búsqueda constante de una aprobación por parte de los demás, bloqueo de pensamiento, fantasías negativas que producirán una ansiedad anticipada y se perciben con una falta de control sobre lo que sienten y su conducta (Caballo et al, 2014).

### **c) Aspectos emocionales.**

Buela y Sierra (2001) señalan que los pacientes con fobia social van a presentar un nivel elevado de vergüenza al manifestar su dificultad para relacionarse; además que suelen estar muy pendientes sobre los mensajes verbales y no verbales de las demás personas.

Como síntomas emocionales podemos tener los altibajos emocionales, la baja tolerancia al posible dolor físico o psicológico, aumento de ansiedad ante situaciones o personas desconocidas, sentimientos de vacío, soledad, tristeza,

hipersensibilidad al rechazo o a la crítica; así como, sentimientos de inadecuación social y personal. (Caballo et al, 2014)

#### **d) Aspectos fisiológicos.**

Dentro de este tipo de aspecto es imposible no poder nombrar al Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) el cual es una estructura neurológica del tallo encefálico que es el encargado de los diferentes ciclos circadianos de sueño y vigilia. Este está formado por neuronas de diferentes tamaños esparcidas en la sustancia blanca del cerebro. También posee diferentes funciones como el control motor somático, el control cardiovascular, la modulación del dolor, habituación y el desencadenamiento del vómito (Liebowitz, 1987).

Sin embargo, ¿Cuál es la relación que podría existir entre el SARA y la fobia social? Se entiende que los sujetos que presentan este tipo de patología al ver el objeto temido sufren una activación dentro de su organismo que hace que se desencadenen los diferentes tipos de respuestas que existen. Lyndsey (1951) en su Teoría de la Activación en las Emociones, defiende que existe una relación entre los fenómenos psicológicos y la activación electroencefalografía. Esto quiere decir que existe una activación en las situaciones de ausencia o mínima emoción y la máxima activación en las situaciones de máxima excitación emocional. Plantea también que el SARA funcionaría como un regulador de la homeostasis de activación ya que desde la corteza descenderían proyecciones que controlarían el funcionamiento reticular posibilitando así que la activación se mantenga en los límites apropiados.

Malmo (1959) y Duffy (1972) entonces refieren que en los sujetos con fobia social el SARA actúa engrandeciendo la activación al tener un estímulo temido

provocando así diferentes tipos de respuestas fisiológicas como el aumento del ritmo cardiaco, sudoración, náuseas, entre otras. Lo cual no estaría basado en un mal manejo de este sistema sino, Henry (1986) manifiesta que estaría ligada a las experiencias particulares que asociadas a respuestas neuroendocrinas y conductuales hacen que este sistema vea en el objeto un nivel de alerta superior al que se debería de tener. Esto quiere decir que el SARA sería el núcleo esencial para poder entender el nivel de activación que tiene el sujeto ante determinados estímulos.

Esto antes planteado desencadenaría los principales síntomas comunes que presentan los pacientes con fobia social que según refiere Placencia (2013) serían la taquicardia, temblor tanto en voz como en manos, aumento de la sudoración, ruborización, existe una tensión muscular principalmente en brazos, hombro y cuello, puede también tener malestar gastrointestinal, sequedad en la boca, dolores de cabeza, náuseas y urgencias urinarias.

**1.1.8. Teorías explicativas.** Dentro de la explicación para la fobia social se presentan diversos modelos explicativos, entre estos se encuentran los siguientes:

**a) Modelos psicológicos.**

Si bien es cierto que la literatura menciona al condicionamiento clásico es antigua no se puede dejar de mencionar su importancia dentro del desarrollo como del mantenimiento de los trastornos de ansiedad.

García (2000) refiere que el inicio de un trastorno de ansiedad esta inicialmente relacionado con el condicionamiento clásico sintetizando así que la

fobia social es adquirida como una consecuencia de un acontecimiento estresante directo por parte del sujeto. Los sujetos recordaban experiencias ligadas a un condicionamiento pero que también implicaban factores psicológicos y biológicos dentro de su origen (Turner et al, 1992, citado por García, 2000).

Pero ¿qué es en realidad el condicionamiento clásico o pavloviano? Este tipo de teoría nos explica que el comportamiento va a ser justificado por la presencia de un estímulo que se antepone a una respuesta dada por el organismo ante una determinada situación o estímulo específico (Placencia, 2013). Pavlov así estudio la posibilidad de poder crear una respuesta condicionada mediante la asociación de un estímulo neutro como antecesor de la presencia de un estímulo incondicionado, lo cual desencadena un tipo de respuesta.

Entonces en este sentido el paciente con fobia social va a asociar un evento que le causo alguna respuesta determinada generalizándola a las situaciones que se asemejen a la principal con la idea de que tendrá la misma reacción sea emocional, fisiológica o conductual.

Como es señalado entonces, es posible que más de un evento en específico de origen o intensidad estresante, pueda producir una respuesta de ansiedad condicionada a una situación social tendiendo este a hacer que el sujeto evite diferentes situaciones a las cuales nació este miedo (Mineka & Zinbarg, 1995, citado por García, 2000).

Si bien, el condicionamiento clásico explica el origen de las fobias, el mantenimiento de la misma va a depender del condicionamiento operante o instrumental; ya que así el organismo va a actuar sobre el entorno y las

consecuencias de su proceder lo llevaran a modificar de determinada manera su comportamiento mediante diferentes tipos de respuestas.

Es decir si es que se vive una situación que presenta una consecuencia positiva puede sugerir esto que la conducta la vuelva a repetir (reforzamiento positivo) para volver a experimentar lo antes ya vivido. Todo ocurre contrariamente en el caso de que la consecuencia de la situación sea negativa, el sujeto va a presentar un comportamiento de evitación o escape para evitar así la determinada situación. Sin embargo, cuando se da una ausencia tanto de una consecuencia negativa como positiva se dará una desaparición de cualquier refuerzo; en otras palabras, una extinción de la conducta del sujeto.

Pero centrándonos en el tema que concierne, se sabe que, si es del tema de fobias que se habla, por medio del condicionamiento clásico se le va a otorga a un estímulo condicionado las propiedades de un estímulo incondicionado al poder asociarse con un estímulo neutro que no causaba ningún tipo de reacción.

Las personas que padecen de fobia social evitan los estímulos que desencadenan el miedo para así evitar el malestar que estos desencadenan; ya que así al evitarlo pueden preservar la homeostasis de su cuerpo; sin embargo, a costa de esto se realiza un aumento de la fobia.

El aprendizaje observacional es otra forma de adquisición de la fobia social ya que, según éste, al observar a las demás personas el experimentar ansiedad en situaciones sociales determinadas puede llevar a que el observador llegue a temer esas situaciones sociales específicas.



- **Modelos cognitivos.**

Los sujetos con fobia social tienden a subestimar su capacidad para poder afrontar una situación social y así magnifican la probabilidad de ocurrencia de una experiencia que ellos evalúen como aversiva durante la situación; es decir, que engrandecen la probabilidad de que las demás personas los juzguen de manera desfavorable aunque este sujeto se encuentre motivado para dar una impresión favorable de sí mismo no se cree con la capacidad para poder realizarlo (García, 2000)

El mismo autor sugiere que si de componente cognitivo nos referimos este va a consistir en el miedo a la evaluación negativa que tiene el sujeto sobre la situación y sobre sí mismo. Este sujeto se va a centrar fundamentalmente en poder controlar y evaluar no solo la situación sino las reacciones de las personas de están observándolo; es decir que habrá una atención selectiva principalmente a diversos estímulos que le va a considerar amenazantes.

Las situaciones sociales que son percibidas de esta manera van hacer que el sujeto con fobia social piense que es valorado negativamente por los demás y que aparte de esta evaluación negativa las demás personas tienen una actitud crítica y negativa hacia ellos (Smith, Ingram y Brehm, 1983).

Entonces, los sujetos con fobia social presentan un sesgo atencional que hace que prioricen la percepción de una situación social como algo de carácter negativo. En este sentido existen dos tipos de modelos que sustentando este modelo cognitivo, el de Clark y Well y el de Rapee y Heimberg; el primero de estos hace hincapié en el procesamiento que realiza el sujeto como objeto social y el

segundo de estos se refiere al inicio y mantenimiento del mismo trastorno. Estos dos modelos se explicarán con mayor detenimiento a continuación.

### **Modelo de Clark y Wells (1997)**

Este modelo determinado se basa en el modelo del procesamiento de la información autorregulatorio de los trastornos emocionales que propone Wells y Mathews en 1994. Clark y Wells (1997) comentan que cuando el sujeto con fobia social se enfrenta a una situación social se va a producir un cambio en el foco atencional lo cual hará que exista un aumento de la atención autofocalizada. Este proceso hace que el sujeto se perciba principalmente como el centro de atención.

Ante esta situación se activan los pensamientos llamados supuestos disfuncionales que son la consecuencia de determinadas normas impuestas con anterioridad y en función estas con las creencias negativas de sí mismo se genera una ansiedad elevada. Entonces como se mencionó existen tres tipos de factores cognitivos según estos autores: las reglas rígidas, los supuestos disfuncionales y las creencias básicas acerca de sí mismo.

Las normas rígidas son mandatos que desde edades tempranas interiorizamos tales como: "Siempre debo mostrarme una persona segura cuando hablo", "No deben darse cuenta de mi ansiedad" "Siempre debo de hablar algo interesante". Clark y Wells (1997) postulan que luego de este primer fracaso social, los eventos sociales se van a percibir como peligrosos ya que podrían dar lugar a nuevos fracasos sociales lo cual sumaría a un procesamiento negativo de la información y a una respuesta de evitación y/o escape ante situaciones sociales.

Los supuestos disfuncionales son las representaciones explícitas de las consecuencias que se darán de la conducta del sujeto a razón de las reglas rígidas

antes mencionadas como, por ejemplo: “si estoy callado los demás pensarán que soy aburrido o poco interesante”, “si ven que tiemblo van a pensar que soy estúpido”.

Y las creencias negativas acerca a si mismo serán los pensamientos centrados en el mismo sujeto como un objeto social y que se van a activar en situaciones sociales, estos pueden ser “Soy estúpido” “Soy aburrido” “No valgo nada”. Este modelo predice que la fobia social presenta creencias asociadas a situaciones sociales específicas, entonces cuando la persona no se encuentre en un evento social que le provoque ansiedad estos pensamientos o creencias resultaran menos creíbles pero que se activaran cuando exista realmente un estresor social. Estos esquemas también serían responsables a que la persona sea vulnerable a poder interpretar una situación social como peligrosa o no. Todo el procesamiento de esta información para determinar si un evento social es peligroso o no se va a producir en tres fases: el procesamiento anticipatorio, el procesamiento durante el evento social y el procesamiento después de haber tenido la situación social.

- Procesamiento anticipatorio.

Antes de que el sujeto afronte determinada situación social, le vendrán a la mente diversos tipos de pensamiento sobre lo que podría ocurrir así con las formas de hacerle frente a esta situación, esto hace que el sujeto empiece a percibir respuestas psicofisiológicas de ansiedad y se establecería una anticipación negativa acerca de la conducta de esta en determinada situación social.

Clark y Wells (1997) refieren que si el sujeto no consigue poder detener o modificar estos pensamientos negativos lo que ocurrirá será el enfrentarse a la

situación social con una respuesta de ansiedad elevada ya que se encuentra así activado un modo de procesamiento auto fracasado. Esto haría que la persona este hipervigilante ante las señales de que los demás lo puedan percibir y esto a la vez generaría un incremento de la intensidad de la ansiedad.

Entonces se podría decir que sería la interpretación que hace el sujeto acerca de lo que significa las respuestas psicofisiológicas hacia el evento social y esto es lo que mantendría o incrementaría así la valoración de peligro de esta situación. A medida que se incrementa la intensidad de las repuestas psicofisiológicas también se va a incrementar la percepción de peligro que tiene el sujeto como la hipervigilancia.

Marsell y Clark (1990) citado por Clark y Wells (1997) confirman lo antes dicho líneas arriba afirmado que el sujeto con fobia social va a focalizar su atención más de las respuestas psicofisiológicas lo cual dará que se produzca un incremento en la autovaloración negativa de cómo es que se da la interacción social y como los demás la perciben. Entonces cuando el sujeto sienta ansiedad va a interpretarlo como un signo de fracaso inminente ya que pone de manifiesto que no será aceptado socialmente por sentir este malestar y mostrarse de una manera negativa. En muchos casos esto hace que el sujeto de respuestas de evitación para que así prevenga un posible riesgo de una evaluación negativa por parte de los demás.

- Procesamiento durante la situación social

Cuando la persona se encuentra en una situación social, este sujeto se ve a sí mismo como desde afuera de su cuerpo, viéndose, así como un espectador externo. Desde este punto, las personas que sufren fobia social van a usar la información interoceptiva para crear una imagen de cómo se ven hacia las otras

personas, llegando el punto que asumen que, si es que ellos se sienten incómodos o ansiosos en esa situación, todo esto también es percibido por los demás.

Si es que ocurriera el caso de que exista una información positiva acerca del sujeto, este no la procesa ya que centrará su atención en el procesamiento interno negativo más que en el externo (Clark y Wells, 1997)

- Procesamiento tras concluir la situación social

Tras haber finalizado la situación social, el sujeto vuelve a recordarla, analiza lo que piensa que ha sucedido, lo que debería de haber hecho y las consecuencias que ha traído esta. A los sujetos les cuesta mucho trabajo el poder controlar este tipo de pensamientos, aunque estos interfieran en la concentración de otras tareas. Se les dificulta el poder olvidar lo vivido y desean retroceder el tiempo para actuar de una manera mucho más efectiva ante la situación; sin embargo, como consecuencia se piensa el evitar situaciones sociales futuras para no pasar por esa evaluación y desarrollo como el anterior.

### **Modelo de Rapee y Heimberg (1997)**

A diferencia del modelo anterior, Rapee y Heimberg (1997) establecen que los procesos que van a generar y mantener las respuestas que se dan de la fobia social son esencialmente similares, independientemente de que la persona se encuentre viviendo la situación social, la anticipe o la rememore. Es así que, dentro de una situación social, el sujeto va a formar una representación mental de su apariencia externa y de su conducta tal y como son vistas por los demás y al mismo tiempo, centra los recursos atencionales tanto en su representación interna como en las amenazas que encuentra en su entorno social.

Existen tres inputs en los que derivan las representaciones mentales de la apariencia y de la conducta del sujeto los cuales son la información de la memoria a corto plazo (experiencias anteriores e historias de aprendizaje), señales internas (respuestas psicofisiológicas) y las señales externas (feedback de los demás).

Rapee y Heimberg (1997) sugieren, a diferencia del modelo anterior, que no es que los sujetos que presentan fobia social tengan una propensión para interpretar una situación social de forma negativa, sino que más bien se abstienen de poder tener juicios positivos; es decir, más que un exceso de interpretaciones negativas existe la falta de positivas. Y en cuanto a los recursos, estos autores señalan que, en vez de dirigirlos a las amenazas externas y a las representaciones mentales de su apariencia y conducta, el sujeto suele establecer comparaciones hacia cómo cree que los demás lo ven, la valoración acerca de desenvolvimiento en la situación social y cómo los demás perciben y valoran su comportamiento.

También señalan que la activación del componente cognitivo en la fobia social y el miedo que existe ante la evaluación negativa haría que se forman las respuestas psicofisiológicas de la ansiedad y estas a su vez van a influir en la representación mental del sujeto de cómo los demás ven y evalúan su propia conducta estableciéndose así el nuevo círculo vicioso fóbico.

- **Modelo de la personalidad**

Es imposible poder mencionar la personalidad sin poder hablar de la teoría de Eysenck y Eysenck, quienes establecieron, que existe dentro de la personalidad un rasgo bipolar (introvertido-extrovertido) que va a actuar como una causa en el sistema nervioso central haciendo que todos los procesos nerviosos centrales se caractericen por una relación genética, diferenciada interindividualmente, entre

procesos tanto de excitación como de inhibición. En conjunto, se producen modificaciones positivas, excitadores y por otro lado, modificaciones negativas, inhibitorias o restrictivas en las vías nerviosas destinadas a la conducción de impulsos lo que implica los dos polos, la extraversión y la introversión. (Eysenck y Eysenck, 1985).

Estos autores postulan, que la persona que presente un temperamento más extrovertido se le va a definir por ser más sociable, le gustaran las reuniones, tendrá muchos amigos, le simpatizaran las bromas, presentaran una necesidad de tener personas que le puedan hablar, tiende a la hiperactividad emocional y no se sentirán a gusto estando solas; además, suelen moverse a la acción, son asertivas, despreocupadas, ligeras, espontáneas, buscan situaciones de competencia y en general van a tender a comportarse de forma impulsiva y dominante. Eysenck infirió que este tipo de personas necesitan niveles altos de estimulación para que se active su sistema reticular ascendente (SARA) y así, para poder lograr niveles óptimos de tono cortical necesitan niveles altos de estimulación externa (Amelang y Bartussek, 1991).

En cambio, una persona introvertida es típicamente tranquila, reservada, introspectiva, amante de los libros más que de las otras personas, retraída y distante, salvo que sean seres significativos para ellos. Tienden a planificar las cosas, además de ser cautelosas, desconfiadas de los impulsos del momento, suelen tomar las cosas diarias con cierto nivel de seriedad, le agrada la vida ordenada, tienden a controlar sus sentimientos y a presentar hipoactividad emocional. Suelen ser pesimistas, otorgan mucha importancia a las normas éticas, evitan situaciones que impliquen competencia y no les gusta hacer o recibir bromas pesadas. Por lo tanto, este tipo de individuos se caracteriza por la sensibilidad hacia

niveles bajos de activación, lo que implica cierta intolerancia a niveles altos de estimulación. Para que se puedan lograr niveles óptimos en el tono cortical, este tipo de personas necesitan niveles bajos de estimulación externa (Amelang y Bartussek, 1991).

¿Pero y la timidez juega un papel importante? Placencia (2013) cita a Buss (1980) quien refiere que la timidez es una característica fundamental de la personalidad que suele aparecer en las primeras etapas del ser humano, además de poseer un componente genético. Bruch y Cheek, 1987 (citado por Placencia, 2013) al hablar de la timidez especificaron dos tipos: la medrosa que se va a dar de manera inmediata y la introspectiva que aparece cuando se inicia la adolescencia.

Si bien es cierto que las personas con timidez no suelen cumplir los criterios de una fobia social, es habido referir que si existe una gran predisposición para posiblemente poder desencadenar este tipo de trastorno ansioso con posterioridad (Placencia, 2013).

#### **b) Factores hereditarios.**

Cuando se estudian los factores hereditarios se toman en cuenta los estudios de gemelos y los antecedentes familiares de los sujetos con fobia social; sin embargo, García (2000) en este apartado toma como referencia el segundo de estos, los antecedentes familiares, encontrándose así que había una relación entre los familiares de los pacientes con fobia social, mayormente, en el vínculo primario o de primer grado (padres, hijos, hermanos)

Turner, (1988) encontró que la mayoría de los niños a los cuales investigo tenían un familiar con este trastorno teniendo así estos también la misma afección. Al igual que Rosenbaum Biederman, Bolduc, Faraone, Chaloff, Hirschfeld y Kagan



(1993) afirmaron que el porcentaje de familiares con niños los cuales tenían fobia social presentaban algún trastorno de ansiedad.

**1.1.9. Diagnóstico diferencial.** Con la inclusión de la fobia social en 1980, se aumentó el interés por este trastorno; así mismo, también el establecimiento de un diagnóstico diferencial con respecto a otros trastornos. A continuación, se verán cuáles son los trastornos con mayor diferenciación frente a la fobia social.

- Agorafobia con o sin trastorno de pánico

La razón por la cual se nombra esta diferenciación según García (2000) recae en que los pacientes con agorafobia también muestran temor, miedo y evitación a las situaciones sociales. Estos tienen miedo a que experimenten un ataque de pánico o pierdan el control encontrándose estos en situaciones sociales en las que pueda ser difícil o imposible el poder escapar; sin embargo, en los pacientes con fobia social el miedo recae principalmente al ser observados y evaluados negativamente por las otras personas en situaciones sociales.

Marks (1970) indicó que los sujetos con agorafobia tienen miedo a las multitudes, pero los que tienen fobia social temen a las personas que conforman las multitudes más no a las multitudes.

En cuestión de la evitación, las personas con agorafobia evitan sitios grandes debido al temor a que les dé un ataque de pánico, en cambio, las personas con fobia social las evitan para impedir el tener un contacto con otras personas. El rubor, sudor y temblor son las respuestas psicofisiológicas más

frecuentes en los pacientes con fobia social, las de la agorafobia son la dificultad para poder respirar, taquicardia, mareos, dolor de cabeza y visión borrosa (García, 2000). En cuanto a las respuestas psicofisiológicas los fóbicos sociales no les temen a estas, sino que el temor va a residir a que las demás personas noten o se den cuenta de estas respuestas que van a relucir en la presencia o anticipación de situaciones sociales temidas.

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Este autor pronuncia que la fobia social se distingue de este cuadro en que este último incluye una preocupación irracional ante un sin número de situaciones mientras que los temores que presentan las personas con fobia social se restringen al temor que existe en la evaluación negativa en situaciones sociales. Sin embargo, Brawman-mintzer et al. (1993) citado por García (2000) sostienen que un número considerado de pacientes con TAG muestran como trastorno adicional una fobia social.

- Episodio depresivo mayor

Tanto los pacientes con fobia social como los de depresión mayor presentan ansiedad ante las situaciones sociales y tienden a evitarlas, el factor central para que pase esto es la motivación que hace que esto se realice, es decir, que es lo que causa esta ansiedad. La evitación que existe socialmente en el contexto de pacientes con depresión mayor es una consecuencia que se da por una falta de energía o anhedonia que experimenta, esta se dará de una manera progresiva logrando un aislamiento social (García, 2000)

## **1.2. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL**

La terapia cognitivo conductual es definida actualmente como la aplicación clínica de la psicología la cual se fundamente en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001, citado por Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012)

Este modelo aparece a mediados de los años cincuenta del siglo pasado como una alternativa opcional a las psicoterapias que se realizaban en aquella época posicionándose sobre estas. Una de estas es la terapia de conducta la cual en su momento tuvo buenos resultados en la modificación de patrones desadaptativos del sujeto. Sin embargo, con el paso del tiempo, existió un interés en incluir variables cognitivas a las explicaciones que se tenían de la conducta y esto según Kazdin (1983) forma parte de un gran cambio general dentro de la psicología ya que no solo se veía a la conducta y al ambiente, sino que también se introdujo los factores cognitivos y su importancia en la explicación de la conducta.

El objetivo de este modelo es poder modificar los sentimientos y la conducta de la persona a través de la modificación de los patrones de pensamiento de la misma. Esto se logra con la actitud y comprensión activa que presenta el terapeuta en todo el proceso psicoterapéutico (Salgado, 2001).

Para poder delimitar bien sus comienzos a continuación se realizará una revisión histórica sobre el presente modelo.

**1.2.1. Revisión histórica.** Dentro de la historia del modelo cognitivo conductual se nos presentan dos tipos de antecedentes los filosóficos y los psicológicos los cuales serán revisadas a continuación.

### **a) Orígenes filosóficos.**

Hernández y Sánchez (2007) refieren que la filosofía estoica (350 a.C.-180 d.c) da un inicio legendario a lo que es la influencia cognitiva, como así también lo hicieron el Budismo y el Taoísmo en su momento quienes afirmaban que las emociones estaban basadas en las propias ideas.

La filosofía estoica, según estos autores mencionados, tiene su origen con Zenón de Citio, quien daba importancia a la ciencia el cual decía que el fin de está era dirigir la vida del sujeto a través de la virtud, esto es lo que según se creía en tiempos antiguos era lo que daba felicidad al ser humano. Sin embargo, existían diversas etapas por las cuales se debía de pasar antes de llegar a esta felicidad y una de ellas era tener el autodomínio sobre nuestros estados emocionales tanto intensos o pasionales.

Epícteto, fue de vital importancia dentro de la revisión bibliográfica recogida para este trabajo, sobre todo una de sus afirmaciones la cual después sería utilizada por Albert Ellis para sustentar su teoría la cual será tocada más adelante. Epicteto en su obra "Enchiridion" afirma "los hombres se perturban más por la visión u opinión de que se tiene de los acontecimientos que por estos mismo" lo cual formula la base del modelo cognitivo conductual.

Como fue mencionado anteriormente en este apartado, la cultura Oriental proveyó aportes al presente modelo con la influencia principal de Buda y el taoísmo.

Buda o Gautama (566 a. C) relata sobre el sufrimiento y el dominio del mismo sea físico o emocional, este dominio podía darse a través del manejo de las pasiones humanas, están estaban ligadas a un estado de inestabilidad

personas e indeterminación total para después llevar a la persona a un estado de Nirvana el cual era descrito como un estado de liberación del sufrimiento. Este se alcanzaba gracias a diversas prácticas y técnicas espirituales que después de muchos años de estudio podría lograrse.

Hernández y Sánchez (2007) también comentan sobre el Taoísmo, este fue fundado por Lao-Tse (VI. a.c) y es una filosofía religiosa, impartida hasta la actualidad, que establece la entrega del hombre en los acontecimientos de la vida diaria. Esta filosofía nos plantea la forma correcta de hacer las cosas en armonía sincronizado al modo natural del funcionamiento del universo. Esta filosofía tiene como objetivo el poder alcanzar la inmortalidad.

En cuanto a la revisión historia también podemos encontrar la influencia de otras corrientes como el *Racionalismo* y el *Empirismo* en las cuales se encuentran a autores como Rene Descartes, Baruch Spinoza y Gottfried Wilhem Leibniz. Estos autores afirmaban que la fuente principal del conocimiento era el razonamiento deductivo el cual estaba basado en elementos evidentes.

Por otro lado, el empirismo tiene sus autores representativos los cuales fueron Francis Bacon y John Locke; estos hablaban también de la fuente de conocimiento la cual iba relacionada con la percepción que la persona tiene de los eventos. John Locke afirmaba que todo conocimiento va a derivar de la experiencia sea del mundo interno o externo y que no se va a poder tener un conocimiento certero del mundo físico ya que el conocimiento del ser humano que tiene sobre lo físico está relacionado con los errores de los sentidos de los mismo.

Por último, la corriente *Fenomenológica y Existencial* las cuales tuvieron como representantes a Husserl y Heidegger. Estos autores destacaban la importancia que tiene la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia así como de la conciencia y de los actos conscientes.

#### **b) Orígenes psicológicos.**

Dentro del ámbito psicológico hubo varias vertientes que dieron inicio al modelo cognitivo conductual, una de ellas es el aporte realizado por la escuela soviética en los cuales se destaca la intervención de Pavlov quien con su estudio experimental de condicionamiento hizo mención a los llamados estímulos neutros quienes podían obtener propiedades para generar diversas respuestas. No fue sin la intervención de Watson quien en su “Manifiesto Conductista” suscitó el poder utilizar los métodos objetivos en las investigaciones psicología. Esto hizo que se prepondere la idea de que la conducta humana podría ser estudiada y sometida a investigación (Plasencia, 2013)

Ruiz et al. (2012) mencionan la importante participación de Thorndike y su conexionismo para la creación del modelo conductual y más adelante del modelo estudiado. Estos autores nos refieren que Thorndike desarrollo dos leyes básicas del aprendizaje las cuales fueron la ley del efecto y la ley de la práctica. La primera de ellas explicaba el cómo se puede adquirir una respuesta mientras que el segundo explicaría la eficacia del aprendizaje en sí. También plante que el aprendizaje va a estar en función a la asociación que se hará entre estímulo y respuesta.

Los trabajos realizados por Thorndike motivaron el inicio del condicionamiento operante de Skinner el cual planteó la existencia de dos tipos

de condicionamiento en cuanto al tipo de respuesta que se daría en cada uno. Este habló sobre el condicionamiento respondiente el cual seguía lo explicado por Pavlov y el condicionamiento operante que se daba en función de la ley del efecto de Thondike. (Ruiz et al., 2012). Skinner reafirmaba que las consecuencias de la conducta, que mayormente son hechos ambientales, son las que van a dirigir a la misma, estas consecuencias van a acompañar a las respuestas y predicen la probabilidad de su aparición en el futuro (Placencia, 2013).

Por su parte, Lazarus acuñó en Sudáfrica el término de “Terapia de conducta” la cual se refería al uso de procedimientos de laboratorio, pero en la psicoterapia tradicional (Broca & Figueroa, 2011).

En los sesenta, Bandura se abre paso con el aprendizaje social afirmando que las personas aprenden mediante la observación de la conducta de otra persona y que las consecuencias de estas se van a obtener en función a dicho comportamiento. (Placencia, 2013).

En 1958 Wolpe publica “Psicoterapia de inhibición recíproca” investigando así que la ansiedad condicionada podía ser inhibida. Esto se realizó en experimentos realizados con gatos para luego buscar respuestas humanas que pudieran usarse para re-condicionar la ansiedad. Ahí entra la intervención importante de Jacobson con su método de relajación progresiva la cual se convirtió en la base de la desensibilización sistemática utilizada para curar casos de ansiedad (Broca & Figueroa, 2011)

**1.2.2. Principios.** Como todo modelo estructurado, existen una serie de principios los cuales fueron planteados por Mahoney (1977), estos principios son.

- Los seres humanos se perturban más por la visión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos
- Los procesos cognitivos están ligados a los procesos y mecanismos de aprendizaje
- La mayor parte del conocimiento se comunica de manera cognoscitiva
- Los pensamientos, emociones y conductas se encuentran relacionados mutuamente

**1.2.3. Principales representantes.** Como al inicio de la formación de varios modelos psicológicos existieron autores representativos que aportaron en el surgimiento de este. El modelo cognitivo conductual contiene varios representantes que aportaron sus conocimientos y teorías para fundamentar lo que llamarían más adelante los supuestos básicos del modelo. Estos implementaron diversas técnicas en el tratamiento de diferentes afecciones las cuales tenían como centro la reestructuración cognitiva; es decir, la modificación del pensamiento del sujeto.

**A) Aaron Beck.**

Psiquiatra estadounidense nacido en 1921, Aaron Temkin Beck fue el creador de la Terapia Cognitiva a principios de los años sesenta. Este autor definía a su terapia como: el procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado utilizado que se utiliza para tratar diferentes alteraciones psiquiátricas. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2002)

Creador de la Terapia Cognitiva la cual presenta estas principales características:

- El empirismo colaborativo hace referencia en que el terapeuta se va a encontrar en una continua actividad e interacción con el paciente. Él va a



estructurar cada sesión según el diseño específico del paciente el cual a su vez participará y colaborará con el terapeuta.

- Terapia centrada en problemas actuales por lo cual se prestará poca atención a la época de la infancia salvo sea el caso de poder clarificar el porqué de los hechos actuales. El objetivo principal que se trabajará es el de la investigación de los pensamientos y sentimiento del paciente durante las sesiones.
- Existe una importancia en la investigación empírica de los pensamientos como relevancia a las experiencias internas, sentimientos, deseos, actitudes, entre otras.
- Y por último, se explica la creación de ideas y creencias distorsionadas que tiene el paciente sobre sí mismo, sus experiencias y su futuro en, forma de hipótesis haciendo así que la terapia se centra en encontrar o comprobar la valides de estas de un modo sistemático.

Por otra parte, esta terapia se basa en el supuesto teórico de que la conducta del sujeto y los efectos que tiene este van a estar determinados por el modo que tiene el mismo de estructurar su mundo. La manera en que se forma esta estructuración da la entrada a las llamadas cogniciones las cuales se van a basar en actitudes o esquemas que se desarrollan a partir de experiencias anteriores. Es decir, si una persona interpreta todas sus experiencias pasadas como “todo me tiene que salir bien” su pensamiento puede verse dominado a futuro por el esquema de “si no me sale todo bien soy un fracaso como persona” lo cual hará que experimente diferentes tipos de emociones cuando esto realmente ocurra ya que la probabilidad de que todo le salga bien siempre, es nula (Beck et al, 2002).

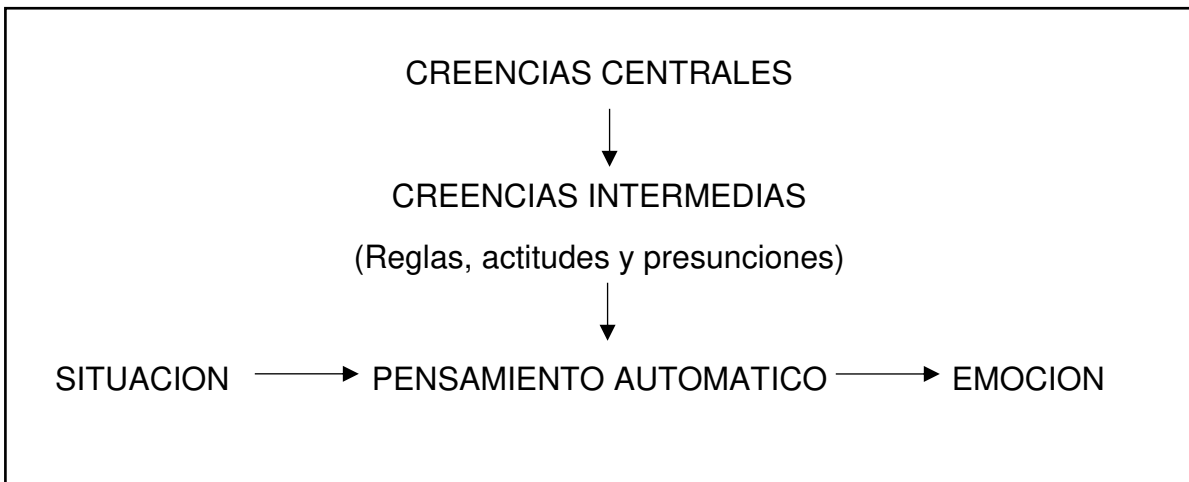
Para entender bien esto es necesario dominar el término de esquema y el mismo autor define este término como organizaciones conceptuales complejas que están compuestas de unidades más simples que contienen el cómo se organiza y estructura el ambiente (Safran, Vallis; Segal & Shaw, 1986, citado por Beck, et al, 2002).

Entonces bajo este modelo, se plasmaron diferentes técnicas cognitivas y conductuales que tienen el objetivo de identificar y modificar los pensamientos distorsionados y los esquemas que derivan a estas cogniciones. El papel que juega el terapeuta y el paciente es fundamental ya que, mediante la modificación de estos pensamientos, el paciente va a aprender a resolver problemas y situaciones que había considerado con anterioridad insuperables; y el terapeuta, al mismo tiempo, lo ayuda a pensar y actuar de un modo más adaptativo en relación con los diferentes problemas que se suscitan en el medio, reduciendo o eliminando así sus síntomas de malestar (Beck, et al, 2002).

Su creador señala que el objetivo de las técnicas cognitivas va a ser el demarcar y comprobar las falsas creencias y supuestos desadaptativos del paciente. Pero ¿Cómo realizamos esto? Se da de manera sencilla, probando la realidad de las ideas o pensamientos que tiene el paciente; sin embargo, es importante el enseñarle al sujeto a controlar las cogniciones automáticas negativas; identificar la relación que existe entre el pensamiento, la emoción y la conducta; evaluar la evidencia a favor o en contra de los pensamientos, suplir los pensamientos negativos por otros más realistas y aprender a identificar y modificar los pensamientos que lo predisponen a distorsionar sus experiencias a futuro.

Esta terapia en mención va a considerar la participación de tres tipos de pensamiento; las creencias centrales, creencias intermedias y los pensamientos automáticos.

**Figura 2: Tipos de pensamientos según Beck**



Recuperado de Beck, A. Rush, J. Shaw, B. & Emery, G. (2002)

En primer lugar, los pensamientos automáticos son los que surgen de una manera inmediata, son veloces y breves por lo cual la persona no es muy consciente de estos pensamientos solo de la emoción que va a surgir por ellos.

En nuestra infancia comenzamos a construir, en base a la experiencia que vivimos, determinadas creencias no solo de nosotros mismos sino también de otras personas y del mundo que nos rodea. Estas creencias que nos formamos son llamadas también creencias centrales las cuales son ideas profundas que se dificultan el poder expresarse. La persona cree que estas con verdades completamente absolutas creyendo así que la manera de que esta persona piensa y mira las cosas es la correcta.

## **Modelo cognitivo de la depresión**

Beck et al (2002) creó este modelo centrándose en la depresión a partir de las observaciones que hizo en las clínicas y las investigaciones experimentales. Este modelo postula tres conceptos centrales para la explicación de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

Primero hablaremos de la triada cognitiva la cual consiste en 3 patrones cognitivos que van a inducir al paciente a pensar de un modo negativo sobre sí mismo, su futuro y sus experiencias; es decir el paciente se puede ver hacia sí mismo de una manera torpe, feo e inservible atribuyendo sus errores o experiencias negativas a su causa; siente que el mundo le hace demandas exageradas atribuyéndolas también a una derrota o frustración; y por último, visualiza el futuro como desalentador o se anticipa a sufrimientos. Esta triada cognitiva va a dar el nacimiento a lo que son los signos y síntomas del síndrome depresivo esto quiere decir que los pensamientos que tiene el paciente, negativos, sobre sí mismo, el mundo y sus experiencias harán que los síntomas que el afirme tener serán consecuencia de estos pensamientos y la intensidad de los mismo serán también mediados por la intensidad de síntomas que presenta (Beck et al, 2002).

En cuanto a los esquemas, los cuales fueron definidos líneas arriba; habrá una organización estructural del pensamiento depresivo el cual explica el por qué el paciente mantiene actitudes que lo hacen sufrir y aun así las sigue realizando incluso teniendo la evidencia objetiva de que existen aspectos positivos en su vida por los cuales luchar. Entonces ante la definición anterior de esquema se puede decir que éste es la base en la que cualquier idea sea gráfica o verbal transforma una situación o circunstancia que se experimenta. Estos pueden permanecer

inactivos por grandes periodos de tiempo y activarse ante diferentes situaciones ambientales y al ser activados van a determinar la manera de responder que tendrá el sujeto.

Por último, Beck et al. (2002) presenta los errores en el procesamiento de la información o también llamados errores cognitivos los cuales mantienen y refuerzan las creencias del paciente incluso a pesar de existir evidencia que contrarreste esto. Entre estas distorsiones cognitivas tenemos:

1. Inferencia arbitraria: es el adelanto de una conclusión en la ausencia de evidencia que apoye esto o sea contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva: centrarse en un detalle exterior en el cual basará su experiencia ignorando lo demás de alrededor.
3. Generalización excesiva: creación de una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados aplicándolos a situaciones tanto relacionadas como a no relacionadas.
4. Maximización y minimización: evaluación de la magnitud de un evento dando un peso mayor o menor de lo que en realidad tiene.
5. Personalización: atribución de sí mismo a los fenómenos externos cuando existe una evidencia lógica de que no es atribuible.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico: clasificación de los eventos según caras opuestas, blanco o negro. Señalándose mayormente el lado del extremo negativo.

### **Beck y la ansiedad**

Acevedo (2014) define el modelo impuesto por Beck para la ansiedad como un concepto mucho mas de esquemas cognitivos, donde los

pensamientos en si juegan un papel fundamental. Relaciona a la ansiedad con una vulnerabilidad que tienen las personas sobre si mismas cuando están expuestas al peligro tanto interno como externo y estas se ven fuera de un control para poder frenar este peligro. Cuando esta vulnerabilidad se activa el sujeto interpreta esto como una debilidad de sí mismo, que está muy ligado a su historia personal de aprendizaje lo cual lo hace minimizar sus fortalezas y engrandecer así la debilidad que pueda tener.

Beck y Clark (2010) definir a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que logra activarse al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque el sujeto las percibiera como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de este.

Como se observa la historia personal juega un rol importante en la forma de afrontar los estímulos del medio; sin embargo, Caballo (1997) no solo le da una importancia relevante a la vulnerabilidad adquirida por medio del aprendizaje sino también a la biológica que va a incluir los componentes heredados del sujeto de sus padres haciendo esto que lo predispongan a actuar de una determinada manera o no.

También Beck y Clark (2010) hablan sobre la existencia de una ansiedad normal y anormal así como la distinción de las mismas, señalan que la ansiedad anormal debe de valorar erróneamente el peligro creando así una falsa alarma de una situación no atribuible a ese temor, debe de interferir este malestar en su desarrollo social y funcional de la persona, y

una hipersensibilidad a los estímulos; es decir, magnificar el estímulo y las consecuencias que este podría tener así como la sintomatología que presenta.

## **B) Albert Ellis.**

Fundador principal de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en 1955. En su premisa básica, Ellis (1997) refiere que las personas controlan en gran parte su propio destino creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen esto quiere decir que las personas no reaccionan, de manera emocional o conductualmente, ante los acontecimientos que se dan en su vida, sino que las personas crean sus propias reacciones según su forma en que interpretan o valoran estos acontecimientos.

Las principales influencias que Ellis (1989) tomó para la creación de su teoría provienen de los filósofos estoicos griegos y romanos como Epícteto y Marco Aurelio. Este autor sustenta que estos dos autores, Epícteto y Marco Aurelio, afirmaban que las alteraciones psicológicas tendrían una causa filosófica y que la resolución de estas alteraciones se daría en el cambio de la filosofía de vida que debe de alcanzar el paciente.

La TREC está basada en suposiciones que giran en torno a una complejidad y fluidez de la existencia humana y la forma en que los seres humanos interpretan su vida y los sucesos que ocurren. Los hombres serán felices cuando establecen metas y propósitos importantes para su vida y se esfuerzan así para alcanzarlos (Ellis, 1989).

Ellis (2004) sustenta que las cogniciones, las emociones y el comportamiento no son funciones aisladas, sino que están integradas intrínsecamente y

holísticamente. Esto quiere decir que las cogniciones van a estar sujetas a las emociones y al comportamiento como así cada una de ellas a las mismas.

Esta teoría si bien se centra en las representaciones cognitivas del paciente, las emociones van a jugar un papel esencial ya que van a tener el sentido de ayudar a que la persona puede superar obstáculos para conseguir su meta y a adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos. Si bien es cierto, las personas sanas van a adquirir emociones negativas, en alguna oportunidad será de una manera apropiada y se darán cuando no se cumplen los deseos.

En la TREC las emociones son naturales, y casi de forma automática que se van a dar en forma de pensamientos o experiencias reales que van a provenir de los estímulos que el paciente va a ver como desagradable. Es así que esta teoría estimula a las personas a poder sentir tanto de manera positiva como negativa (Ellis, 1997).

- **Teorías principales de la TREC**

La TREC propone 3 teorías principales clínicas de las cuales va a ayudar a esquematizar esta teoría principal, estas son:

- a) La teoría del A-B-C

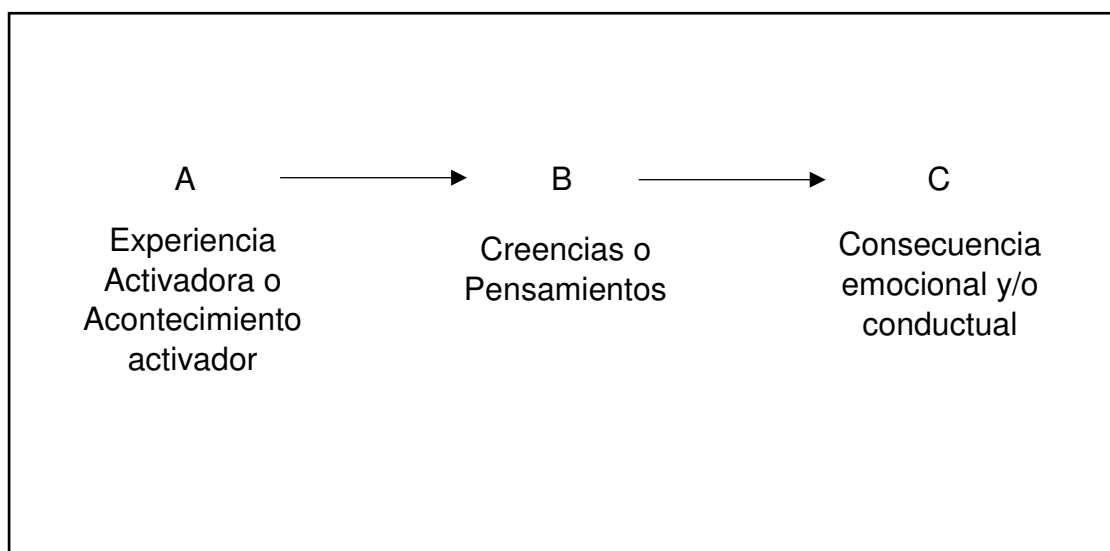
Ellis (1997) sustenta que todas las personas presentan tanto tendencias innatas como adquiridas y que en base a estas se pueden controlar su propio destino y especialmente sus emociones.

En base a esto desarrolla una teoría llamada A-B-C la cual se especifica en la figura 3. En donde A es algo que ocurre, una situación o evento; B es la creencia o personamiento que tiene la persona y C es la reacción que va a tener la persona sea conductual o emocional.



Esta teoría sustenta que las personas muchas veces tienen la idea de que las reacciones emocionales y conductuales (C) que tienen van a estar ligadas a las situaciones o eventos que se propician (A) ya que esta idea se sustenta en que C va a ir seguido de A; sin embargo, Ellis (1997) plantea que A no va a ser lo que perturbe a una persona sino la opinión que tengas sobre este activante. Si bien es cierto que los acontecimientos externos pueden ayudar, en parte, a una reacción, no serán los causantes de C sino la manera en que piensas e interpretas la situación.

**Figura 3: Modelo ABC de Ellis**

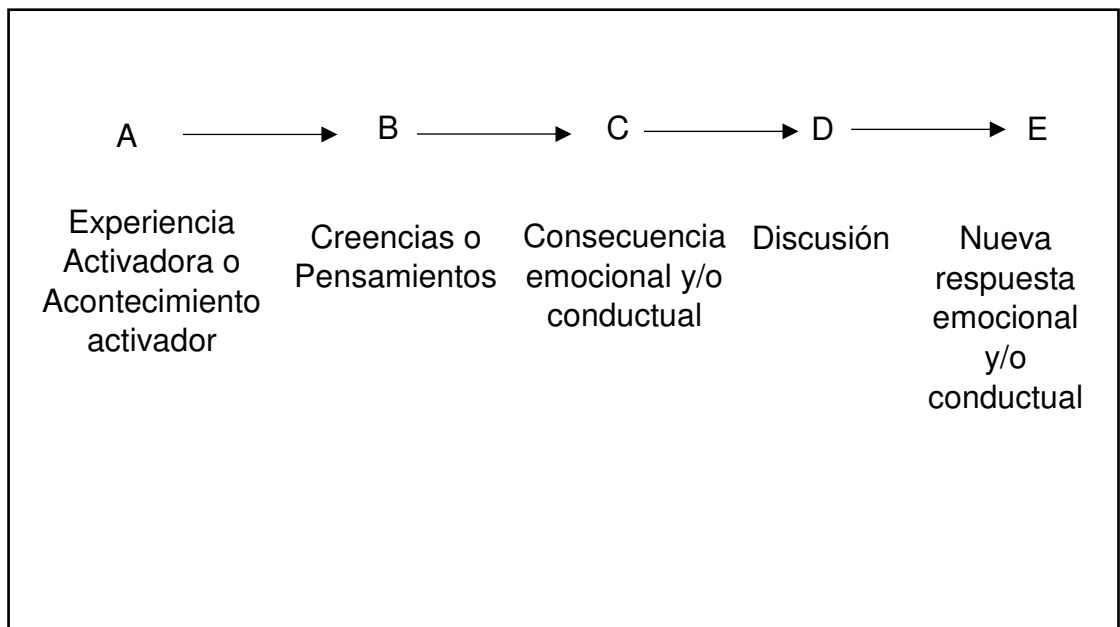


Recuperado de Ellis (1997)

Si bien es cierto esta teoría es la misma que se maneja en general medida en el modelo cognitivo conductual, Ellis propone dos componentes más el cual es el debate o discusión (D) y la nueva respuesta emocional o conductual (E) del sujeto. Estas nuevas propuestas quedan como la siguiente figura.

El debate (D) consiste principalmente en preguntas retóricas con el objetivo de poder discutir y deshacer la creencia (B) que mantiene la conducta o reacción emocional que se dio. Este debate es una discusión interna entre las creencias irracionales con las racionales. El nuevo efecto (E), sea conductual o emocional, viene después de la discusión personal y va a ser un cambio de acuerdo a la reacción antes hecha (C).

**Figura 4: Modelo ABCDE de Ellis**



Recuperado de Ellis (1997)

b) Detección de las creencias irracionales

Ellis (1989) define a las creencias como las ideas o principios en los que el sujeto va a basar su vida, su conducta y sus emociones. Estas creencias van a nacer desde pequeños e irse instaurando con el paso del tiempo.

Las creencias pueden ser racionales e irracionales según el autor mencionado, pero ¿Cómo puedo diferenciar entre una creencia racional y una irracional?

Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y se van a manejar en un sentido de tipo preferencial, ayudaran a llegar hacia las metas del paciente y se expresaran en forma de afirmaciones como “Me gustaría”, “Quisiera”, “No me gustaría”, “Preferiría” o “Desearía”. Estas son racionales por dos aspectos: porque son relativas y porque no van a impedir el logro de objetivos ni de los propósitos básicos del paciente (Ellis, 1989).

Según el autor citado, las creencias irracionales se van a diferenciar de las racionales ya que son absolutas por naturaleza y van, por ende, a provocar emociones negativas que así van a interferir en la persecución y obtención de sus metas. Estas se van a expresar como “Tengo que”, “Debo”, “Estoy obligado a” o “Debería”.

Al principio Ellis (1997) propuso 13 creencias irracionales; sin embargo, se redujeron solo a 11 que son las siguientes:

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad.
2. Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.

4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones.
6. Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmovió debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.

Sin embargo, Ellis (1989) las centra en tres creencias irracionales centrales y primarias teniendo así a las siguientes:

- Referente a la meta de Aprobación/Afecto: "Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí"

- Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal: “Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos”
- Referente a la meta de Bienestar: “Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello”

A su vez, existen también creencias irracionales derivadas de las primarias que serían las secundarias que así constituirían el segundo escalón cognitivo del procesamiento irracional de la información y son los siguientes según Ellis (1989):

- Referente al valor aversivo de las situaciones: Evaluación negativa
- Referente a la capacidad de afrontar las situaciones desagradables: Baja tolerancia a la frustración
- Referente a la valoración de sí mismo y de las otras situaciones: aceptación incondicional

Al igual que se dijo anteriormente, el tercer escalón propuesto por Ellis (1989), son las distorsiones cognitivas o errores inferenciales del pensamiento. Estas son evaluaciones cognitivas que serán ligadas a situaciones específicas mas no centradas como lo son las creencias irracionales.

#### c) Nueva filosofía de vida

Para la teoría de la TREC, el rasgo principal de las personas psicológicamente sanas es una filosofía que va a reconocer que los seres humanos tienen varios deseos, preferencias y anhelos pero que si no se dan o no las transforma en imposiciones que tienen que realizarse no van a alterar emocionalmente de manera negativa al sujeto (Ellis, 1997).

Esta nueva filosofía plantea que las personas que la mantienen tendrán:

- Interés por sí mismos: colocar sus intereses al menos un poco encima de los intereses de los demás. Puede existir la posibilidad de que se sacrifiquen por otras personas, pero sin que estos los anule.
- Interés social: será racional y positivo, protegen los derechos de los demás y favorecer la vida en sociedad.
- Autodirección: asumen la responsabilidad de su vida a la vez que cooperan con los demás.
- Alta tolerancia a la frustración: se otorgan el derecho a equivocarse tanto a sí mismos como a los demás, no suelen condenarse ni a ellos mismo ni a los demás.
- Flexibilidad: sus ideas serán flexibles, abiertas al cambio.
- Aceptación de la incertidumbre: la persona acepta la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y que existe un cambio continuo donde no existe una certeza absoluta.
- Comprometerse en ocupaciones creativas: la persona se ocupará en algo fuera de sí mismo y tener al menos algún interés creativo.
- Pensamiento científico: tienden a ser más objetivos, científicos y racionales, regulan tanto sus acciones como emociones reflexionando constantemente, evaluando las consecuencias que se darán en corto y largo plazo.

- Autoaceptación: las personas con esta nueva filosofía se alegran de estar vivas y se aceptan a sí mismas simplemente por el hecho de vivir y tener la capacidad de poder disfrutar día a día.
- Arriesgarse: la gente sana emocionalmente tiende a arriesgarse e intentar hacer lo que pretende, son aventureros pero no temerarios.
- Hedonismo de larga duración: el sujeto va a aspirar a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no sacrificarse por un bienestar pasajero.
- Antiutopia: la persona acepta el hecho de que los ideales son inalcanzables y que no siempre se podrá conseguir lo que se quiere ni se podrá evitar el dolor que se siente al no alcanzarlas.
- Responsabilidad de sus alteraciones emocionales: por último, los sujetos aceptan la gran parte de responsabilidad que se tienen de sus propias alteraciones tanto de sus pensamientos, conductas y sentimientos.

- **EL USO DEL HUMOR**

Algo importante a mencionar dentro de este apartado es el uso del humor que da Ellis dentro de su teoría. Este autor refiere que si el terapeuta utiliza el humor dentro de la psicoterapia ayudara a minimizar la sintomatología del paciente, así como ver la disfuncionalidad e irracionalidad de las creencias que presenta. Ellis (1997) sustenta esta afirmación exponiendo las siguientes ventajas del humor dentro de la terapia:

- Ayuda a los clientes a reírse de sí mismos y auto-aceptarse viendo sus puntos vulnerables y sus falibilidades.
- Clarifica el comportamiento auto-destructivo de los pacientes en una forma más agradable.
- Da nuevos datos y mejores soluciones de un modo menos dramático.
- Desaparece la monotonía y la excesiva seriedad sobre temas repetitivos y didácticos que a veces parecen esenciales en la terapia.
- Ayuda al paciente a desarrollar un clima más humorístico creado por el terapeuta.
- Interrumpe dramáticamente y de manera brusca los pensamientos, emociones y la manera de actuar del paciente.
- Sirve como un medio de distracción ya que interrumpe las ideas autodestructivas y que están cargadas de hostilidad.
- Demuestra lo absurdo y cómico que es su problema y el realismo de pasárselo bien en la vida.
- Desinfla la grandiosidad humana.

Si bien es cierto que el humor no cura todos los problemas, logra en si la manera de no tomar demasiado en serio algunos aspectos desagradables de la vida y ver en estos un poco de humor e hilaridad (Ellis, 1997).

#### **1.2.4. Intervención para fobia social según la terapia racional emotiva**

El proceso de intervención para la fobia social va variar dependiendo del modelo que se escoja aplicar. Anteriormente se apostaba por un modelo más



conductual en donde se exponía al paciente ante diferentes situaciones entrenándolo con anterioridad en técnicas de relajación. Después, con la propuesta del modelo cognitivo conductual se sumó a las técnicas conductuales la reestructuración cognitiva.

Sobre este enfoque, Ellis (1999) propone un plan con técnicas y herramientas para tratar la fobia social de los pacientes. Entonces bajo esta premisa el refiere que en primer lugar se le debe de explicar al paciente la definición de ansiedad, antes ya expuesta en el presente trabajo, como así también la diferencia entre una ansiedad patología y otra sana. Por otro lado, es importante especificarles las diferentes creencias irracionales que se tienen sobre la ansiedad o situaciones temidas para que el paciente pueda identificar estas creencias irracionales que lo ponen ansioso o evitan que se pueda exponer ante determinadas situaciones.

Continuando con la intervención propuesta se debe de debatir con el paciente la existencia o no de estas creencias irracionales, afrontándole hacia la realidad con evidencias de la credibilidad de estas. Al momento en que el paciente se va dando cuenta que sus pensamientos son creencias irracionales y demandas impuestas por sí mismo o imposiciones, o en el mayor de los casos solo interpretaciones de su percepción, las creencias irracionales van perdiendo credibilidad y tomando una fuerza para la destrucción de la misma. El terapeuta hace uso de los diferentes tipos de debate (didáctico, socrático, metafórico y humorístico) para debilitar las creencias y así hacer que el paciente tenga más seguridad de su inexistencia.

También, Ellis (1999) nos menciona la importancia de la relajación con la distracción cognitiva. La primera de estas proviene del modelo conductual en donde este autor propone que se le puede enseñar al paciente cualquier técnica que tenga que ver con relajación. Así mismo, relata que los antiguos filósofos descubrieron que las personas cuando sienten ansiedad pueden utilizar diferentes formas de meditación para distraer sus miedos irracionales y calmarse temporalmente. Esto se sustentaba dado que la ansiedad y la preocupación son insistentes los dos; además que por principios conductuales se sabe que la mente humana presenta dificultades para centrarse en dos cuestiones al mismo tiempo. Este autor propone que se pueden utilizar distintas técnicas de relajación como el yoga, la meditación, la relajación progresiva de Jacobson, biofeedback, lecturas, deportes, entre otras actividades que relajen y gusten al paciente.

Paso siguiente, este autor propone el poder dotar al paciente de herramientas en cuanto a la resolución de problemas. Ellis (1999) dice que si una persona ante un problema piensa que debe de resolverlo y esa solución debe de ser rápida y fácil, si es que entra en la posibilidad de que la solución no sea así, comienza a asomarse el pánico. Entonces en TREC se dota al paciente en primer lugar a para las exigencias que este tiene en cuanto a la realidad de la solución de un problema para que en segundo lugar poder encontrar una manera eficaz de cómo resolver los problemas. Como ante cualquier método, la resolución de problemas tiene diversos pasos toma los utilizados por psicólogos cognitivo conductuales para poder definir estos:

1. Analizar la situación problemática. Detectar las soluciones obvias y analizar en donde radican las dificultades.

2. Contemplar las determinadas soluciones que se tenga y tener en cuenta también las alternativas.
3. Probar varias soluciones distintas, primero mentalmente y luego, si se da la oportunidad, ponerlas en práctica.
4. Comprobar si cada una de las soluciones potenciales funciona, y analizar cual lo hace mejor que otras.
5. Buscar nuevas y mejores soluciones, aunque ya algunas parezcan funcionar.
6. Seguir con la idea de que hay por lo menos una solución posible, continuar buscando alternativas y no rendirse fácilmente.
7. Definir una situación problemática o estresante como un posible problema de posible solución.
8. Marcar objetivos realistas que sirva para resolver los problemas.
9. Imaginar cómo solucionaría diversos problemas de otras personas.
10. Tener en cuenta las ventajas y desventajas de las soluciones que ha considerado.
11. Experimentar con la que mejor le parece de solución y comprobar resultados.
12. Esperar encontrar fallos o desventajas incluso así en las buenas soluciones.
13. Aunque no se consiga encontrar una buena solución, se aconseja felicitarse por permitir haber intentado solucionarlo.

Un concepto que no se deja olvidado dentro de este planteamiento y no solo para la fobia social sino para cualquier tipo de patología es instruir al paciente en el término de aceptación incondicional (AAI). Ellis

(1999) hace una separación del tema autoestima con valía personal, en este sentido se refiere a la primera de ellas como algo condicional ya que la autoestima es la aceptación de uno mismo a condición de que haga las cosas bien y de que reciba la aceptación de personas significativas para el sujeto. Por lo tanto, no es de extrañarse que este autor refiere que el concepto de autoestima no va ligado a objetivo de la nueva filosofía de vida que quiere que adquiera el paciente primero porque el equivocarse es de humanos y ocurre a menudo, después porque, aunque uno haga perfectamente las cosas, los demás pueden decidir rechazarlo por cualquier motivo y por último es necesario tener en cuenta que el ser aceptado un día no te legaliza que lo serás el día de mañana.

Entonces, es ahí que Ellis (1999) propone el término de valía personal o aceptación incondicional la cual se da en dos maneras distintas. Por una parte, existe la posibilidad y la convicción de aceptarse a sí mismo como una persona que tiene defectos y virtudes y que se aceptara así haga las cosas bien o si es que recibe o no la aceptación de los demás. Y la segunda manera es que la persona se fije objetivos y propósitos para su vida y que los pensamientos, emociones y conducta de él sean en términos de valorar o evaluar los objetivos y propósitos antes planteados con la posibilidad de que puede equivocarse y que tendrá que aprender de esa equivocación. Hay que tener también en claro que cuando nos referimos de aceptación incondicional no solo existe en términos personales sino la aceptación incondicional para los otros que es el aceptarlos con defectos y virtudes y que no es tan

catastrófico el que ellos se equivoquen, sino que son seres humanos y pueden hacerlo en manera que me guste o no sus decisiones o actos.

Entonces se puede definir a la aceptación incondicional, según Ellis (1999), como la aceptación plena de sí mismo, al mismo tiempo de reconocer e intentar modificar los defectos, fallos y errores de sí mismo.

Este autor explica que la ansiedad va a provenir de una tendencia de despreciarse a uno mismo como persona y que va a conllevar a sentimientos de inferioridad; como al mismo tiempo de condenar a los demás como personas juzgándolos por sus conductas.

Otra técnica brindada por Ellis (1997) para tratar este tipo de problemática es la imaginería racional emotiva o también llamada imágenes racionales emotivas. Este autor refiere que existen 3 vías principales por la cual llevan al sujeto a sufrir de una ansiedad patológica: 1) aceptar el malestar que le provocan sus propios errores; 2) aceptar la frustración que supone el que las otras personas le impidan conseguir lo que quiere o la impongan tener lo que no quiere; 3) y aceptar que a veces los acontecimientos y las cosas constituyan un bloqueo para sus deseos. Entonces en base a esto explica que para llevar a cabo esta técnica lo primero que se debe de hacer que el paciente piense en una de las peores cosas que le puedan ocurrir como es el caso de un fracaso y dejarse sentir espontáneamente cualquiera que sea la emoción que le provoca el imagina que está ocurriendo esta adversidad, después de esto hacer que el paciente cambie la emoción que se generó para después con el terapeuta poder discutir las creencias irracionales que se le

vinieron en mente para la primera emociones y como el paciente hizo el cambio.

La utilización de ataque a la vergüenza para la ansiedad ha dado buenos resultados ya que al dotar a los pacientes de herramientas no para evitar la vergüenza; ya que esta es parte de algunas situaciones que no están bajo nuestro control, sino que ayudarlo a hacerle frente hace que el sujeto pueda obtener herramientas para evitar el malestar significativo. Estos ejercicios consisten básicamente en hacer que el paciente piense en algo que considere una tontería o vergüenza hacerlo, luego de esto llevarlo a cabo conscientemente o en público e ir trabajando sobre esto. Lo importante es que el paciente pueda escoger un acto que no haría o que le cueste llevarlo a cabo, pero sin que esto le cause daño a nadie ni corra en riesgo el mismo.

Por último, Ellis (1999) propone que al término de estas técnicas el paciente pueda tolerar y asumir que algunas situaciones le van a generar ansiedad ya que esta es una emoción parte de la supervivencia del ser humano más no que es catastrófico el sentirla.

El mencionado autor nos aconseja que con el paso de la terapia se le puede dar al paciente tareas para una mayor comprensión del tema, así como los registros de pensamiento que siempre deben de estar. Si es que algunas de las tareas no son cumplidas o es que el paciente realiza algo que es propicio a elogiar puede tenerse en cuenta los conceptos de reforzamiento y castigo para hacer que el paciente aumente o disminuya su conducta.

## CAPITULO II

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

#### 2.1. Datos de filiación

Nombre	: Ayleen
Edad	: 26 años
Lugar de nacimiento	: Lima
Fecha de nacimiento	: 03/05/1990
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación actual	: Médico
Estado civil	: Soltera
Informantes	: Paciente

#### 2.2. Motivo de Consulta

La paciente acude a consulta y refiere: “Vengo a psicología para un tratamiento cognitivo conductual ya que la doctora de psiquiatría me lo recomendó, yo acudo a que ella me vea desde el año 2013 y dice que tengo que complementarlo con esta terapia. Todo empezó cuando me di cuenta que tenía miedo a exponer, a hablar con personas que no conozco y a socializar en alguna medida. Me di cuenta de esto desde que estaba en 4to. año de secundaria cuando el profesor de matemáticas comparó mi desempeño con el de un amigo que estaba mal en ese curso, fue tanta la comparación que comenzaron a fastidiarme, alejarme de los grupos de amigos, no me invitaban a las reuniones que hacían, no querían que juegue con ellos y me comenzaban a avergonzar cada vez que salía a exponer o

participaba en clase; tanta era la vergüenza que ya ni quería hacerlo y cuando sabía la respuesta no levantaba la mano por temor a que me molestaran de nuevo. Yo no era una niña muy extrovertida, siempre era algo rochosa como tímida pero no me costaba hacer amigos; una vez cuando estaba en 1 año de secundaria una profesora me tiró una botella en la cabeza porque yo estaba jugando con ella y todos se rieron, yo me asuste y me puse roja, pero ni eso fue tan fuerte como para que yo cambiará tanto como lo que me paso con el profesor de matemáticas. Desde ese incidente con el profesor y su comparación dejé de pertenecer a la banda del colegio y a cualquier actuación que hacían, intentaba no exponer ni participar en clase, pero ya cuando tenía que hacerlo lo hacía y prefería que otras personas se lleven el crédito de mi trabajo. Cuando ingresé a la universidad sí tenía que exponer obligada porque si no reprobaba el curso y los profesores me hacían preguntas y me hacían pasar vergüenza si no sabía responder pero ya en los últimos dos ciclos de medicina no exponía, intentaba sacar notas buenas en los exámenes para no necesitar esa nota de exposición, si empezaban las preguntas me iba al baño, si tenía que exponer inventaba algo o no iba a clases y empecé a faltar cada vez que eso pasaba para no estar en esa situación. Ya que cuando estoy en esas situaciones tiendo a sudar mucho, me pongo roja y caliente, siento que estoy nerviosa, me olvido de las cosas, pienso que lo haré mal o que me preguntarán y yo no sabré responder, siento un temblor por todo mi cuerpo y como una tensión muscular. Actualmente, esto me ha impedido el poder salir a exponer mis casos en el hospital ya que por estar al frente de médicos de muchos años de experiencia pienso que se van a burlar de mí, que tengo que hacerlo perfecto, que no me puedo equivocar, que si me equivoco no seré una buena profesional. En cuanto a mi ambiente familiar siento el apoyo de mis padres en todo lo que hago, aunque entre



ellos si hay bastantes discusiones y es un poco caótico a veces el estar en mi casa, pero como trabajo en el hospital María Auxiliadora solo voy a mi casa para dormir. Yo me considero una persona sincera, amable, leal, un poco amiguera porque me da miedo conocer gente nueva pero cuando ya las conozco es normal, aunque si soy bastante temerosa y ansiosa. No tengo una relación con nadie hasta el momento, soy bastante exigente conmigo misma y mandona por esos creo que todavía no encuentro a alguien con él que quiera comprometerme.” Cabe destacar que al finalizar la evaluación la paciente se retiró de su ambiente laboral por las molestias descritas anteriormente.

### **2.3. Episodios Previos**

Si bien, la paciente a lo largo de su vida no desarrollo las habilidades sociales idóneas para poder hacerle frente a las burlas y molestias en su colegio no hubo ningún episodio previo con anterioridad que pudiera contarse como tal.

### **2.4. Historia Personal**

#### **Desarrollo inicial**

Embarazo no planificado, aunque no hubo contratiempos cuando se enteraron del estado de la madre ya que era la segunda hija del matrimonio. La etapa pre natal no fue complicada, la madre sufrió algunos mareos y nauseas, pero no para alarmarse. El parto fue normal, no hubo ningún tipo de complicaciones ya que la madre no era primeriza. La paciente al nacer presentó un color rosado, lloró al nacer y no necesitó ni de incubadora ni ninguna maniobra extra. Su nacimiento fue a los 9 meses con un peso de 2. 500 gr. Y una talla de 48 cm.

En cuanto a la lactancia no hubo dificultades con la succión, esta fue hasta los dos años para pasar a utilizar biberón hasta los cuatro años. Sus primeras

palabras fueron al año y medio, no obstante, de manera fluida fue hasta los 4 años. Por otro lado, en cuanto a su motricidad y marcha, sus primeros pasos se dieron a los 11 meses; y por último, el control de sus esfínteres fue al año y 2 meses.

### **Historia de enfermedades**

Dentro de su historial médico no se encuentran enfermedades significativas. A los 3 años le dio sarampión por lo cual estuvo en su casa por varias semanas. Dentro de su infancia, años escolares y adolescencia no tuvo enfermedades significativas solo resfríos virales. En tres oportunidades tuvieron que enyesarle la pierna derecha y el tobillo del mismo lado ya que se caía provocándose un esguince. Nunca paso por operaciones ni sufrió caídas que le hicieran perder el conocimiento. En la actualidad sufre de migrañas tensionales que se activan mayormente ante situaciones sociales o estrés por las responsabilidades académicas.

### **Educación**

#### Educación inicial

Al iniciar su etapa escolar no recuerda algún acontecimiento ni la reacción que tuvo inicial; sin embargo, su madre le comenta que la primera reacción que tuvo al dejarla en el nido fue inesperada ya que al pasar mucho tiempo con su mamá esta creía que le costaría el poder estar alejada de ella; en cambio, se entretuvo tanto con los juegos que ni se dio cuenta que su madre ya no estaba. Comenta que le gustaba mucho ir al nido ya que tenía una profesora que la llamaba princesa a la cual la veía como a su mamá por lo cual no fue un acontecimiento que marco su niñez ni traumático como escucha que para muchos niños si lo son.

Empezó desde los tres años en donde su madre la puso en el nido adelantado para que vaya realizando algunas actividades, solo estaba medio turno para luego a los cuatro años entrar a turno completo. Su conducta siempre fue tranquila, tenía amigos y amigos los cuales la invitaban a sus cumpleaños y se divertía con ellos tanto dentro como fuera del nido. No tuvo problemas de conducta ya que tenía un buen comportamiento y mantenía buenas calificaciones.

### Educación primaria

Ingresó al primer grado a los 6 años, la paciente recuerda que siempre fue muy participativa en las actividades escolares, levantaba la mano para llevar la torta todos los meses por los cumpleaños, el llevar los materiales para la realización del periódico mural y fue escogida como mejor amiga del salón 4 años consecutivos. Sus profesoras siempre la escogían para presentaciones de baile, canto, recital y tocar el cajón, le gustaba participar de eventos, así como de actuaciones siendo muchas veces premiada por estas.

Cuando cursaba el cuarto grado de primaria nace su segundo hermano, el menor de ellos; la paciente dice que lo esperaron con mucho amor y no se sentía celosa ni desplazada.

### Educación secundaria

En cuanto a sus años en secundaria, la paciente se mantuvo en el mismo colegio. Recuerda algunos sucesos vinculados a su comportamiento, si bien no era malo comenzó a conversar más en clase y a bajar un poco sus notas. En primer año de secundaria en el curso de Educación Física comenzó a jugar con sus amigas a tirar una botella, la profesora al ver que no le hacían caso la agarró y se la tiró en la cabeza a la paciente lo cual hizo que ella se asuste y se ponga roja por las risas

de sus compañeros; sin embargo, no fue muy significativo ya que después olvido tal suceso y comenzó a actuar como siempre.

En cuarto año de secundaria recuerda que el profesor de matemáticas comenzó a comparar a uno de sus amigos con ella ya que tenía notas sobresalientes y su compañero no, esto hizo que la hiciera pasarse al frente de la clase y decirle como debía de ser él. Sus compañeros comenzaron a reírse y ella avergonzada se puso roja. Este compañero comenzó a llamarla nerd, no la invitaban a las reuniones, se alejó de su grupo para juntarse con otros en donde no tenía tanta participación. Cada vez que exponía la molestaban diciéndole apelativos como nerd o tonta. Cuando el profesor preguntaba algo que ella sabía no levantaba la mano teniendo miedo de que sus compañeros se burlaran de ella.

### Educación Universitaria

A los 17 años postuló a la carrera de Medicina en la Universidad San Marcos en donde obtuvo uno de los primeros puestos. La paciente recuerda que pensó que esto sería diferente al colegio, pero al empezar el primer ciclo le toco exponer un tema de biología el profesor le hizo una pregunta a su amiga quien no sabía que responder por lo tanto la paciente quiso darle la respuesta, pero el profesor se percató de eso y le gritó en frente del salón. Sus compañeros se rieron y fue motivo de varias burlas del mismo profesor en todas sus clases. Era llamada la “soplona” por algunos de sus compañeros, ahí refiere que se acrecentó el miedo al exponer porque comenzaba a sentir que la observaban mucho y que la criticaban por todo lo que decía o hacía.

En todo el transcurso de su carrera trató de hacer trabajos complementarios para evitar exponer; sin embargo, cuando era estrictamente necesario no había manera que se negara así que comenzó a huir de las exposiciones o no ir a clases.

En el séptimo ciclo en el curso de inmunología en una exposición el profesor le hizo una pregunta, la paciente no sabe cómo responderla, y este le dijo que era el colmo que a esas alturas de su carrera no sepa algo sencillo, sus compañeros se burlaron de eso y en cada salón que iba la molestaban ya que la pregunta era básica para los primeros años de carrera. La paciente recuerda que desde ese suceso comenzó a sacarse mejores notas en los exámenes para poder faltar a las exposiciones, si hacían trabajos de grupo evitaba el exponer, si tenía que hacerlo pedía permiso para ir al baño y se quedaba el resto de la clase sin salir ya que temía que le preguntaran algo que no sepa o que sus compañeros vuelvan a burlarse de ella.

Terminó su carrera, postulando así al residentado para endocrinología; ya que cuando cursaba el sexto ciclo de la carrera de medicina a su padre le diagnosticaron diabetes entonces postula a esa especialidad para poder ayudarlo de alguna manera u otra. Al postular no ingresa a la especialidad poniéndose a trabajar en un consultorio de una posta médica.

### **Ocupación laboral**

Su primer trabajo fue en un consultorio de una posta médica, la paciente afirma que no tenía la sintomatología con sus pacientes, pero si ellos le preguntaban algo acerca de sus malestares con más detenimiento comenzaba a sudar, temblar sus piernas, sentía que se le hacía un nudo en la garganta y en algunas ocasiones tartamudeaba.

En el inicio de la evaluación estaba laborando en su segundo trabajo, el hospital María Auxiliadora como asistente de turno del médico de Emergencias; sin embargo, como su trabajo consistía en pedir camas a los pisos en los que se transfería al paciente ya atendido y eso quiere decir que tenía que exponer o informar los casos a los jefes de área tuvo que retirarse del hospital por presentar muchas más molestias.

### **Vida social**

La paciente mantiene un grupo de amigos tanto de la universidad como de su colegio a donde tienden a salir, ir a tomar, bailar y reunirse para ir al cine; sin embargo, cuando tiene que ir a lugares donde sabrá que habrá personas nuevas tiende a evitar las situaciones quedándose en casa.

### **Historia psicosexual**

Hasta la actualidad la paciente solo ha tenido un enamorado a la edad de los 20 años el cual solo tuvieron una relación de 3 meses. Sin embargo, el interés por el sexo opuesto se inicia a los 13 años en donde manifiesta que le gustaban algunos compañeritos de clase, pero sus padres no la dejaban tener algún tipo de relación con nadie hasta terminar el colegio.

En cuanto al conocimiento que tiene acerca de la sexualidad comenta que hasta el momento no ha mantenido relaciones sexuales, pero escucha a sus amigas hablar del tema, no es un tema tabú en casa y tiene mucha apertura tanto con su madre como con su hermana.

## **2.5. Personalidad**

En el estudio de Personalidad previa a la problemática de la paciente se encontró que se caracterizaba por ser una persona sociable, extrovertida, le gustaba ser el centro de atención, participativa en las reuniones sociales, confiada en sí misma, creativa para realizar trabajos manuales y la música, le gustaba exponer y era directa al hablar. Presentaba poca tolerancia a la frustración, no le gustaba que las cosas le salgan mal, intentaba e intentaba hasta obtener buenos resultados. No evidenciaba dificultades para cumplir sus objetivos, tenía el apoyo de padres y amigos que la ayudaban en sus metas y logros. Tenía un número de amigos amplio, no le costaba expresar lo que sentía.

Tiende a ser prudente con las cosas que dice, pensando dos veces antes de tener algún arrebatado de ira o de cólera; se describe con un carácter tranquilo que no busca problemas con nadie, prefiere seguir al grupo y evitar discusiones ya que estas le generan un gran malestar e incomodidad. Le cuesta mucho confiar en sí misma, desde el ingreso a la universidad siente que su confianza ha ido disminuyendo, no se siente la misma persona, se siente insegura y con baja autoestima ya que no se reconoce como la persona que era. En algunas ocasiones ha habido reuniones escolares donde sus mismos compañeros le han cuestionado el cambio en su forma de actuar donde ella no sabe que decir, suele quedarse callada y cuando le preguntan sobre que está haciendo o a que se dedica comienza a sudar y trata de evitar contestar poniendo de pretexto el querer ir al baño por lo cual las últimas dos veces ha evitado a ir a este tipo de reuniones para así no contestar tales interrogatorios. La paciente refiere no sentirse ella misma, que ha cambiado mucho y que se ve al espejo y no sabe a quién ve porque la persona que antes era segura y decidida ya no está.

Anteriormente prefería hacer actividades en grupo como trabajos, exposiciones, reuniones y hasta ir a fiestas; en la actualidad, prefiere las actividades en solitaria y donde no tenga mucha interacción con los demás. En muchas ocasiones, en la universidad, se acercaba al profesor a pedirle si es que podía hacer sus trabajos en grupo de manera individual ya que ella decía que perjudicaba a los grupos en los que se integraba por no ser muy participativa, no tener ideas buenas y faltar o evitar el exponer lo cual hacía que el grupo al tener baja nota se quejara por su rendimiento. Si bien tiene un pequeño grupo perenne en la universidad con los que se relaciona, prefiere no hacerlo cuando se trata de trabajos por la excusa de no perjudicar a los demás. Por otro lado, si acude a fiestas y reuniones con este pequeño grupo de la universidad, pero cuando tiende a hacerlo suele tomar varias cantidades de alcohol refiriendo que así se siente mucho más tranquila y es la única manera de sentirse segura para poder bailar y disfrutar la noche.

Es una persona atenta con los demás, servicial y colaboradora; siempre muestra ayuda a los demás y trata de colaborar con las personas que lo necesitan. Se muestra muy afectada por los problemas de las demás personas sintiendo una gran responsabilidad por las cosas que aquejan a las personas más cercanas como su familia y amigos ya que si no puede ayudarlos o darles un buen consejo se critica la participación en la vida de ellos.

En su grupo cerrado de amistades se muestra comunicativa con todos, suele tener una mejor amiga a la cual le cuenta sus cosas y sus temores. Le cuesta de alguna manera afrontar la realidad, si bien no evade responsabilidades muchas veces suele disminuir sus necesidades y lo que quiere hacer anteponiendo a los demás por encima de ella. Se preocupa de sobremanera por su familiar, sintiendo mucha responsabilidad por la salud de su padre, los problemas económicos de su



casa, la separación de su hermana y el ingreso a la universidad de su hermano pensando así tener la responsabilidad y obligación de poder ayudarlos.

Suele ser muy exigente consigo misma y con las cosas y tareas que tiene que desarrollar, dentro de sus principales esquemas está el hacerlo siempre bien y perfecto si no es así no podrá tener la aprobación ni el querer de los demás. Si es que alguna de las actividades o cosas que emprende no salen de la manera que ella desea suele tener pensamientos autoderrotistas y creer que no es capaz de hacer nada bien, suele llenarse de ansiedad y evitar intentarlo de nuevo por temor a equivocarse o a fallar otra vez.

Después de los incidentes ocurridos en el colegio y la universidad es que algunas características empiezan a cambiar y otras a acentuarse. Desde la edad antes mencionada la paciente comenzó a mostrarse de manera reservada ante cualquier situación social o interacción. Suele actuar con cautela y precaución, observando con detenimiento los lugares a los cuales va y a las personas con las cuales interactúa para poder ver las diferentes reacciones que tienen. Es de ceder con facilidad dando su brazo a torcer, en muchas ocasiones, puede no estar de acuerdo con algo o con la opinión de alguien, pero en vez de dar la suya sigue a la mayoría por temor a que la rechacen o que la critiquen ya que prefiere hacer algo que le incomoda un poco a quedarse sola.

Por último, se describe como una persona sumamente ansiosa la cual esta, constantemente, pensando en la evaluación que estará haciendo los demás de ella y en la opinión de ellos con respecto a ella.

## **2.6. Historia Familiar**

### Madre:

Nathy, 53 años. La paciente refiere que su madre es una persona bastante preocupada, desde pequeña, su madre le cuenta que fue una persona insegura y que también tenía los mismos síntomas de su hija al exponerse a un grupo por lo cual apoyo su decisión para ir a terapia. Es una persona bastante ansiosa, suele llamarla a la paciente cuando se demora y estar detrás de sus hijos por si les paso algo, se preocupa por todas las cosas y evita ver noticias para no angustiarse frente a los acontecimientos que pasan en el día. Su relación con la paciente es amical, esta le suele contar sus cosas y la apoya incondicionalmente.

### Padre:

Alfonso, 51 años. La paciente refiere que su papá es una persona estricta y muchas veces restrictiva. No suelen tener una buena relación ya que siente que su papá constantemente la tiende a criticar y no confía en ella. Desde los 40 años presente Diabetes por lo cual la paciente por su condición ocupacional tiende a darle recomendaciones para que cuide su salud; sin embargo, el padre suele tomar estas a la ligera y no hacerle caso afirmando que no confía en su criterio como médico por no haber sido capaz de entrar en al residentado el último año. También tuvo antecedentes depresivos en dos oportunidades, uno cuando se le dio el diagnóstico de diabetes y tuvo que cambiar medicación y estilo de vida hace 10 años y otro con la muerte de su madre (abuela de la paciente) en el año 2001. Ambas no fueron tratadas por atención terapéutica ya que no confía en los psicólogos; por lo cual también, critica la decisión que tiene la paciente a venir a tratamiento.

### Hermana mayor:

Aracely, 30 años. Hermana mayor y madre soltera de un hijo. La paciente refiere que su hermana es una persona ansiosa, preocupada y que le hace recordar a como es ella, pero en menor medida. Mantiene una muy buena relación con la paciente ya que comparten cuarto, suele contarle sus cosas y aconsejarla. Es la primera que la persuade para asistir a consulta y siente su apoyo incondicionalmente.

### Hermano menor:

Alfonso, 19 años. La paciente refiere que su hermano es una persona audaz y atrevida, despreocupado por las cosas que puedan ocurrir a los demás. A los 17 años tuvo una operación (cardiopatía) por lo cual la paciente se culpa ya que ella no se dio cuenta del malestar de su hermano a pesar de estar estudiando en ese momento medicina. Su relación con la paciente es amical pero un poco distante ya que su hermano constantemente le dice porque no participa en las reuniones familiares en lugar de irse a esconder cuando le hablan. Sin embargo, la paciente suele cuidarlo preocupándose por su salud, alimentación y cuando suele llegar tarde se preocupa por su bienestar.

## **2.7. Examen Mental**

Paciente aparenta la edad cronológica declarada, utiliza ropa de acuerdo a la estación y género utilizando polos, casacas y pantalón jean en el invierno y ropas más sueltas en el verano. Su postura es rígida y su marcha adecuada, durante todas las sesiones estableció contacto visual con la evaluadora utilizando a la vez un tono de voz algunas veces bajo; mientras relataba sus problemas solía tener movimientos continuos de piernas y manos.

Del mismo modo, se encuentra lucida y orientada en tiempo, lugar y persona.

Se evidencia un lenguaje coherente, aunque con un tono de voz algunas veces bajo cuando se le preguntaba como solía resolver problemas o como se comportaba en reuniones sociales.

En el área afectiva, presencia ansiedad más no depresión.

A nivel de pensamiento se encuentra que es de contenido fóbico, en donde se destaca el pensamiento anticipatorio y visión catastrófica en su desempeño personal y social anticipando así un fracaso en las actividades que emprenda. De igual manera se aprecia conciencia de enfermedad y del nivel de disfunción que el problema actual le genera.

En el área de inteligencia se evidencia un nivel de pensamiento abstracto que le permite comprender y analizar información, resaltando características esenciales o genéricas de los elementos comunes, resaltando en el desempeño de operaciones matemáticas.

En el proceso de percepción no se encuentran alteraciones a mencionar.

En cuanto a la enfermedad actual se encuentra un nivel de ansiedad grave que se caracteriza por una sensación de tensión muscular constante acompañado de una preocupación por posibles desgracias futuras referidas a su desempeño social y personal siendo así que muestra un pensamiento anticipatorio y catastrófico que le genera nerviosismo, temblor muscular y demás de síntomas mencionados anteriormente; por ello hay una incapacidad de la paciente para poder relajarse, intranquilidad al momento de iniciar cualquier actividad o de expresarse ante los demás mostrando así un lenguaje lentificado, tono de voz bajo e inseguridad personal.

## 2.8. Informe Psicológico

### I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: Ayleen
Edad	: 26 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 03/05/1990
Lugar de nacimiento	: Lima
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación actual	: Médico
Lugar de Residencia	: Callao
<hr/>	
Referido	: Paciente
Fecha de evaluación	: 06, 13, 20,27 de setiembre, 03 y 12 de octubre del 2016
Fecha de informe	: 15 de octubre del 2016
Evaluador	: Int. II. Alexandra Jordán Romero
Supervisora	: Mag. Gladys Toranzo Pérez
<hr/>	
Técnicas utilizadas	: Observación y entrevista
Instrumentos Utilizados	: Cuestionario de la Historia de la Vida de Lazarus Escala de Inteligencia de Weschler para adultos Wais Inventario Clínico Multiaxial Millon II Inventario de Depresión de Beck Escala de Ansiedad Estado-Rasgo STAI

## II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta y refiere: “Vengo a psicología para un tratamiento cognitivo conductual ya que la doctora de psiquiatría me lo recomendó, yo acudo a que ella me vea desde el año 2013 y dice que tengo que complementarlo con esta terapia. Comencé a ir al psiquiatra porque tenía miedo a exponer desde que estuve en el colegio por un incidente que tuve, pero en la universidad ya se agudizo eso. No solo es ahora a la hora de exponer sino al hablar con personas que no conozco y a socializar en alguna medida. Yo era una niña algo extrovertida, no era tímida, me costaba hacer amigos dentro de lo normal. Desde el incidente con el profesor y su comparación deje de pertenecer a la banda del colegio y a cualquier actuación que hacían, intentaba no exponer ni participar en clase, pero ya cuando tenía que hacerlo lo hacía y prefería que otras personas se lleven el crédito de mi trabajo. Cuando ingresé a la universidad si tenía que exponer obligada porque si no reprobaba el curso y los profesores me hacían preguntas y me hacían pasar vergüenza si no sabía responder, pero ya en los últimos dos ciclos de medicina no exponía, intentaba sacar notas buenas en los exámenes para no necesitar esa nota de exposición, si empezaban las preguntas me iba al baño, si tenía que exponer inventaba algo o no iba a clases y empecé a faltar cada vez que eso pasaba para no estar en esa situación. Cuando estoy en esas situaciones tiendo a sudar mucho, me pongo roja y caliente, siento que estoy nerviosa, me olvido de las cosas, pienso que lo hare mal o que me preguntaran y yo no sabré responder, siento un temblor

por todo mi cuerpo y como una tensión muscular. Actualmente, esto me ha impedido el poder salir a exponer mis casos en el hospital ya que por estar al frente de médicos de muchos años de experiencia pienso que se van a burlar de mí, que tengo que hacerlo perfecto, que no me puedo equivocar, que si me equivoco no seré una buena profesional.” Cabe destacar que al finalizar la evaluación la paciente se retiró de su ambiente laboral por las molestias descritas anteriormente.

### **III. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA**

Paciente de sexo femenino de tez clara, cabello oscuro y biotipo normosómico con un peso acorde a la talla del paciente. Viste acorde a su sexo, edad y estación manteniendo un aliño y aseo personal conveniente. Entra a consulta con marcha adecuada, postura rígida y presenta facies de nerviosismo al relatar el motivo por el cual acude a la sesión. Mantiene contacto visual fijo dirigido a la evaluadora por momentos, aunque en otros bajaba la mirada al relatar los sucesos por los cuales asiste a la sesión. La paciente presenta una actitud colaboradora respondiendo a todas las preguntas con naturalidad. Por otro lado, se presenta lúcida y orientada en persona, tiempo y espacio. Presenta una atención selectiva, flexible y sostenida ya que se muestra atenta a los estímulos que la rodean. Se puede evidenciar un nivel de pensamiento abstracto y de curso coherente debido a que sus ideas se enlazaban con las preguntas realizadas en la sesión, de acuerdo a su contenido se evidencia un contenido fóbico ya que las ideas que expresaban estaban de acorde con el miedo intenso que experimenta al hablar en público o conocer gente nueva. No se encontró ningún indicio de una alteración en la percepción. Su lenguaje mantenía un tono bajo por momentos y ritmo dentro de lo esperado. No se evidencian alteraciones en la memoria debido a que la paciente podía evocar acontecimientos recientes y pasados sin dificultad alguna.

De acuerdo con los procesos afectivos se presentan estados de ansiedad y preocupación al relatar los acontecimientos que se había estado perdiendo debido a la dificultad que presenta y lo que esto le hacía sentir. Por último, la paciente presenta conciencia de enfermedad ya que desconoce el motivo por el cual se siente así y por el cual viene a consulta.

#### **IV. ANALISIS DE RESULTADOS. –**

En el área de inteligencia, la evaluada presenta un coeficiente intelectual de 105 lo cual lo ubica en la categoría Normal Promedio. En lo que respecta al subtest verbal se encontró un coeficiente intelectual de 107 lo cual lo ubica en la categoría de Normal Promedio y en el subtest ejecutivo se encontró un coeficiente 100 lo cual lo ubica en la categoría Normal Promedio.

Dentro de la escala verbal, en el análisis cualitativo se encontró que la paciente posee puntajes moderados en lo relacionado con la buena memoria y capacidad de aprendizaje, tiende a dar respuestas con detalles más allá de lo pedido sugiriendo una orientación perfeccionista, presenta una buena memoria inmediata, buena capacidad de atención y adaptación rápida a las exigencias de los estímulos; sin embargo, presenta poca capacidad de juicio los cuales pueden deberse a la dificultad que presenta para solucionar problemas y tener poca iniciativa hacia la resolución de conflictos.

Por otro lado, en lo que respecta al análisis cualitativo del área de ejecución presenta puntuaciones moderadas en lo que respecta a la buena capacidad analítico- sintética, buena coordinación visomotora y percepción visual, rapidez y precisión al efectuar una tarea, tiende a la preferencia de tareas rutinarias o administrativas, buena capacidad de aprendizaje y velocidad psicomotriz. Por otro



lado, presenta inferioridad en los estímulos que tiene que ver con prestar atención a los detalles minuciosos sin la capacidad de establecer jerarquías, poca capacidad de observación y de estar alerta a los detalles minuciosos,

En el área de personalidad, la paciente se presenta como una persona callada y reservada, con conductas controladas, comportamiento tenso, frío y distante mayormente con personas que no conoce. Suele tener un temor e intranquilidad al exponerse a situaciones desconocidas; continuamente permanece vigilante y alerta ante posible amenazas. Suele distanciarse de las situaciones sociales; sin embargo, continuamente buscan la aprobación de los demás. Es una persona de hábitos fijos y busca en estos su privacidad y soledad. Constantemente tiene pensamientos perturbadores y distractores mayormente cuando se expone ante situaciones sociales; tiende a preocuparse mucho por la crítica y le tiene miedo al rechazo social. Suele devaluar sus logros y enfatizar sus fracasos. Ante situaciones sociales presenta sentimientos de inadecuación, es temerosa y ansiosa y más si es que son con personas desconocidas. Relata una extensa historia de desconfianza, ansiedad y malestar de las situaciones sociales; buscan continuamente la aceptación, pero mantiene la intimidad y la distancia para evitar así la humillación. Tiende a verse a sí misma como una persona que está aislada socialmente y rechazada de los demás.

En el área afectiva, Ayleen presenta estados de depresión intermitentes ya que no presenta un estado de tristeza patológica ni desanimada acerca de su futuro; sin embargo, mirando a su pasado si reconoce que ha fracasado mucho por lo cual pretende redimirse ahora teniendo metas y planes para su futuro. Actualmente presenta poco placer de las cosas que antes solía disfrutar ya que se encuentra cansada para realizar algunas actividades que antes hacía debido a su horario

limitado, también suele sentirse culpable por algunas cosas y castigada por la vida. Ve con el tiempo que ha ido perdiendo confianza consigo misma lo cual hace que suela criticarse más de lo que antes solía hacerlo. No ha tenido ningún pensamiento de matarse ni suele llorar. Su funcionabilidad no se encuentra afectada ya que sale con sus amigos en sus ratos libres y disfruta de su familia y sus tiempos de ocio cuando estos existen.

En el área emocional, la evaluada presenta una ansiedad estado y rasgo morada, ya que en muy pocas ocasiones se siente calmada y segura; mayormente presenta nerviosismo, incomodidad y preocupación con respecto a su futuro, su carrera y la situación actual que presenta sobre su problema social. Tiende a sentirse cansada la mayor parte del tiempo debido a los continuos cambios de su horario, se define como una persona tranquila y serena. Presenta un intenso deseo de poder ser tan feliz como lo son otras personas lo cual hace que se demore en la toma de decisiones, tiende a perder oportunidades por no decidirse a tiempo ya que suele tomar las cosas demasiado serias. Es consciente que le falta confianza en sí misma y que le afectan los desengaños tanto que a veces le es complicado el poder olvidarlos.

En relación con su autoestima, la evaluada a criterio psicométrico como a impresión clínica se presenta en desacuerdo con su aspecto físico, su forma de ser y de actuar. Continuamente se inclina a pensar que es una fracasada y que comete muchos errores, ve sus logros como algo rutinario y a los que le debían de pasar más no como algo que se lo merecía. Suele tener una actitud negativa de sí misma y no se siente satisfecha con la persona que es. Tiende a pensar que no sirve para nada o que muchas veces se equivoca. Le gustaría ser mucho más segura y no desconfiar mucho de lo que hace o realiza ya que siente que otras personas hacen

las cosas mejor que ella. Constantemente tiende a compararse con las demás personas no solo por sus logros sino también por su forma de actuar y de ser, esa comparación hace que en muchas ocasiones dude de sí misma y de sus capacidades.

Por último, en lo relacionado con las creencias irracionales que presenta la paciente se encontraron que estas influyen en gran medida en sus actividades y su vida personal dificultándole así la mayoría de sus áreas. Principalmente están relacionadas con su actuación hacia lo demás y la percepción que tiene hacia la vida y la perfección. La paciente presenta la creencia de que tiene que ser competente y perfecta en todas las actividades que realice sea en comparación de otros o no. Le resulta catastrófico el hecho de que las cosas no le salgan como piensa o quiere que sea; así mismo piensa que las situaciones son las que hacen que las personas se sientan mal y que estos dominan las emociones que tienen las personas y su manera de actuar. Por otro lado, continuamente busca a los demás para que la protejan y la cuiden ya que en ellas respalda su seguridad y bienestar. Las creencias irracionales que presenta la paciente en la actualidad le están generando no solo una disconformidad social sino también personal, laboral y emocional ya que no le permiten desempeñarse con normalidad.

## **V. CONCLUSIONES. –**

- En el área de inteligencia, la evaluada presenta un coeficiente intelectual de 105 lo cual lo ubica en la categoría Normal Promedio.
- En el área de personalidad, la paciente se presenta como una persona que buscan continuamente la aceptación, pero mantiene la intimidad y la distancia para evitar así la humillación. Constantemente

presenta preocupación y molestia por sus creencias erróneas que le trastorna y le dejan nerviosa.

- En el área afectiva, Ayleen presenta Estados de depresión intermitentes
- En el área emocional, la evaluada presenta una ansiedad estado y rasgo morada.
- En relación con su autoestima, la evaluada a criterio psicométrico como a impresión clínica se presenta en desacuerdo con su aspecto físico, su forma de ser y de actuar.
- Por último, en lo relacionado con las creencias irracionales que presenta la paciente se encontraron que estas influyen en gran medida en sus actividades y su vida personal dificultándole así la mayoría de sus áreas.

## **VI. RECOMENDACIONES. –**

- Terapia cognitivo conductual
- I/C Psiquiatría

---

Mag. Gladys Toranzo Pérez  
Supervisora de Internado

---

Alexandra Jordán Romero  
Interno II– Psicología

## Capítulo III

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

#### 3.1. Justificación

De acuerdo a la información recabada durante todo el proceso de evaluación, se pudo encontrar principalmente dificultades en el área emocional ya que la evaluada presenta sintomatología ansiosa ante la exposición a situaciones sociales como temblor en el cuerpo, sequedad en la boca, ruborización y aceleración del ritmo cardiaco; así como también tiende a evitar situaciones donde tiene que exponer o hacerse frente a personas con autoridad o desconocidas existiendo así pensamientos perturbadores manifestándose la sintomatología antes mencionada lo cual causa un malestar en la paciente. Por ello, se trabajará en la disminución de los niveles de ansiedad, los cuales repercuten en la funcionabilidad a nivel personal, familiar y laboral. Las creencias irracionales encontradas en la evaluada principalmente son las relacionadas con “Yo debo de hacer absolutamente bien todas las tareas y ser aprobado por los demás de lo contrario soy una persona inepta”, “Las condiciones bajo las que vivo siempre deben de ser como yo deseo y darme gratificación”, posee demandas y evaluaciones ligadas a lo catastrófico, la baja tolerancia a la frustración y autocondena. Las creencias irracionales, demandas y evaluaciones antes mencionadas hacen que la paciente no solo manifieste un malestar emocional por el cual acude a buscar ayuda sino también se ve interferido su conducta y su adaptación al medio ambiente.

Ante lo mencionado se considera necesario iniciar el proceso de psicoterapia a través del modelo cognitivo conductual, centrándose en las técnicas y

herramientas dadas por la terapia racional emotiva propuesta por Albert Ellis. Estas técnicas permitirán a la paciente analizar sus propios pensamientos con el objetivo de que tome conciencia de la influencia que tienen dichas creencias respecto a sus emociones y conductas; asimismo, se enfatizará en las interpretaciones que realiza acerca de sus experiencias permitiéndole reconocer sus esquemas cognitivos en los que se reflejan estos pensamientos que a ella le perturban, los cuales serán debatidos con la intención de aprender herramientas que le permitan una adaptación al medio y un bienestar personal.

Todos los objetivos planteados se lograrán mediante la reestructuración cognitiva a través de debates socráticos, humorísticos, metafóricos y didácticos los cuales serán expuestos en todas las sesiones con la intención de modificar los pensamientos distorsionados de modo que sean reemplazados por pensamientos lógicos. Además, se hará uso de técnicas emocionales y cognitivas como frases racionales emotivas, ataque a la vergüenza e imágenes racionales emotivas; así como conductuales como video feedback y aproximaciones sucesivas. Finalmente se buscará que la evaluada maneje de mejor forma las situaciones conflictivas a través del entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas.

### **3.2. Objetivos**

- Objetivo General

Reducir los niveles de ansiedad que presenta la paciente frente a situaciones sociales modificando sus creencias irracionales.

- Objetivos Específicos

- Explicar la problemática de la paciente a través del modelo cognitivo conductual

- Lograr que la paciente identifique la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.
- Presentar los niveles de pensamiento, así como las creencias racionales e irracionales que existen.
- Lograr que la paciente identifique y modifique sus pensamientos distorsionados.
- Entrenar a la paciente en técnicas de respiración abdominal y relajación muscular.
- Trabajar la valía personal en la paciente a través técnicas como relato de su biografía, debate de sucesos importantes, defectos y virtudes.
- Incorporar conocimientos sobre la aceptación incondicional de la paciente y hacia los otros.
- Entrenar a la paciente en técnicas emotivas como frases racionales emotiva, imágenes racionales emotivas y ataque a la vergüenza.
- Entrenar a la paciente en técnicas conductuales como video feedback y aproximación sucesiva.
- Entrenar en habilidades sociales.
- Entrenar en solución de problemas.

### **3.3. Metodología**

Se conseguirá por parte de la paciente el conocimiento informado. Se establecerá un contrato terapéutico entre la terapeuta y la paciente, en el cual ambas partes se comprometerán a tener una participación activa durante el proceso de psicoterapia. De esta forma se espera la colaboración profesional por parte de la terapeuta explicando y llevando a cabo las diversas técnicas terapéuticas, y por

el otro lado, la participación comprometida de la evaluada en el desarrollo de las técnicas y en el cumplimiento de las tareas que se le asignen.

El desarrollo de la terapia se llevó a cabo en 15 sesiones las cuales tuvieron una duración de 45 minutos, en donde se aplicaron las diversas técnicas cognitivas conductuales para lograr los objetivos propuestos.

Así como también, se realizó 3 sesiones de seguimiento planteadas en el primer, tercer y quinto mes después del alta del paciente.

### 3.4. Análisis funcional

<b>ESTIMULO ANTECEDENTE</b>	<b>CONDUCTA</b>	<b>ESTIMULO CONSECUENTE</b>
<p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hablar en publico</li> <li>- Ser el centro de atención</li> <li>- Tener que leer en voz alta</li> <li>- Hablar con personas desconocidas</li> <li>- Participar en reuniones sociales</li> <li>- Iniciar una conversación con alguien desconocido</li> </ul>	<p>COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Debo hacerlo bien”</li> <li>- “Necesito hacerlo perfecto sino adiós al residentado”</li> <li>- “Me dirán que no porque no me respetan”</li> <li>- “Seguro se quieren reír de mi”</li> <li>- “No recordare lo que he estudiado”</li> <li>- “No puedo hacerlo”</li> </ul>	<p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risa de los médicos cuando se equivoca o tartamudea</li> <li>- Padres le dicen que si no vence ese temor no triunfara en la vida</li> <li>- Sus amigas le dicen que no tiene novio y es virgen porque es muy tímida</li> </ul> <p>INTERNO:</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ir a una fiesta donde no conoce a la mayoría de la gente</li> <li>- Subir a un micro y sentir las miradas de las personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Es horrible no saber que decir”</li> <li>- “No podré controlar la situación”</li> <li>- “Siempre me pasa lo mismo, que tontería sentirme así”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No asistir a reuniones sociales</li> <li>- Evitar situaciones de exposición</li> <li>- No realizar contacto visual</li> <li>- Evitar conversación con los demás</li> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Evitar subir a micros e irse en taxi</li> </ul>
<p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recordar que tendrá que exponer un caso</li> <li>- Pensar en encontrarse con amigos en la calle</li> <li>- Pensar en las equivocaciones anteriores cuando a expuesto</li> <li>- Recordar las burlas del colegio</li> </ul>	<p>EMOCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Frustración</li> <li>- Preocupación</li> </ul> <p>FISIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefaleas</li> <li>- Sudoración palmar</li> <li>- Sensación de ahogo</li> <li>- Aceleración cardiaca</li> <li>- Bochorno</li> </ul>	
	<p>MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llanto</li> <li>- Aislamiento</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar o escapar</li> <li>- Temblor en manos y piernas</li> </ul>	
--	--	--

### 3.5. Procedimiento

Ayleen

Fecha: 19/10/16

26 años

#### Sesión 1

#### Objetivos de la sesión:

- Fortalecer la alianza terapéutica
- Explicar la problemática de la paciente a través del modelo cognitivo conductual

#### Técnicas:

- Psi coeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa
- Termómetro de las emociones

#### Descripción de la sesión:

Se comenzó dándole la bienvenida a la paciente a la primera sesión de tratamiento y como primer objetivo se buscó fortalecer la alianza terapéutica, por ello se consideró importante iniciar la conversación preguntándole acerca de cómo se siente para paso seguido comenzar el otro objetivo planteado:

**Terapeuta:** - Hola Ayleen - ¿Cómo has estado?

**Paciente:** - Bien! Alexandra, gracias!

**Terapeuta:** - Me da mucho gusto que estés bien...antes de iniciar la sesión de hoy me gustaría que me digas que perspectivas tienes de este tratamiento.

**Paciente:** - Bueno me gustaría principalmente comenzar a relacionarme, no tener tanto miedo a hablar en público o hasta a subir al micro ya que yo creo que es algo tan normal que no sé porque le tengo tanto temor a eso y a lo que la gente pueda pensar de mí.

**Terapeuta:** - Por lo que me has ido comentado en todo el proceso de evaluación puedo intuir que es una situación muy incómoda para tí, no puedo comprender como te sientes porque no he pasado por algo afín, pero lo igualo a la incomodidad que pude haber sentido cuando no me gustaba algo tanto como para dejar de hacer mis cosas como es tú caso y así puedo llegar a entender tu punto de vista.

**Paciente:** - Si la verdad que yo siempre he ido aplazando esto de venir al psicólogo porque pensé que no era necesario; sin embargo, con el paso de las semanas me he sentido bien cómoda y creo que intentaré esto ya que siento que me puedes ayudar y comprender.

**Terapeuta:** -Muchas gracias por la confianza que me das de verdad lo agradezco y espero que juntas podamos lograr varias cosas. Ahora si empezamos.

**Paciente:** - Está bien ¡estoy emocionada!

**Terapeuta:** - Primero Ayleen, me gustaría poder darte la bienvenida a las sesiones de tratamiento. Antes de empezar vamos a definir la ansiedad ¿Tú sabes qué es?

**Paciente:** - Bueno creo que es el nerviosismo que tenemos ante determinadas cosas

**Terapeuta:** - Okey en efecto algunas personas definen a la ansiedad como una especie de nerviosismo, pero vamos a reforzar el concepto que tienes. La ansiedad

es una respuesta normal que tenemos como seres humanos, esta nos permite reaccionar ante un estímulo que consideremos peligroso para poder defendernos, pero pasa que muchas veces las emociones nos controlan a nosotros y es ahí en donde la ansiedad puede aparecer cuando no es tan vital y se escapan de nuestras manos, como lo que te pasa a ti, comenzamos a sentir malestares en el cuerpo y nuestra conducta cambia. Lo que usualmente pasa cuando tenemos un miedo muy grande y tendemos a huir o escapar de la situación. ¿Alguna vez te ha pasado esto?

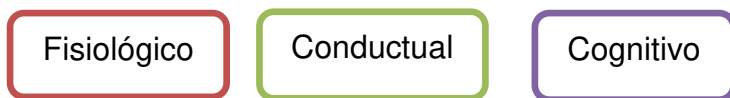
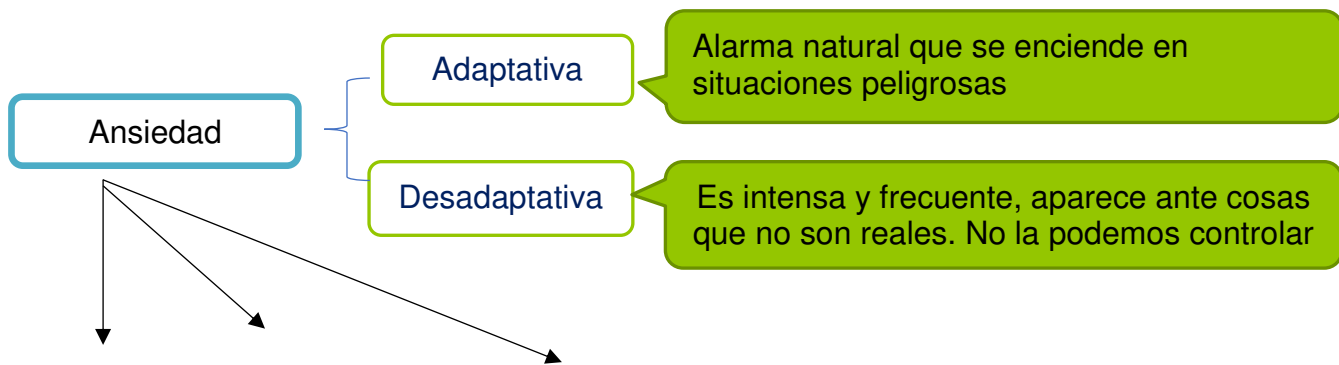
**Paciente:** - Bueno al inicio cuando tenía miedo a exponer o a presentarme en algún sitio lo hacía, pero me sentía demasiado mal entonces comencé a dejar de ir a la universidad los días que tenía que exponer o cuando tenía que presentar algún caso entonces solo no iba y después reemplazaba la nota.

**Terapeuta:** - Claro ya que el malestar que sentimos en muchas ocasiones es tan fuerte que hace que nuestro cuerpo escape para liberarme de él; sin embargo, con este tipo de respuesta solo logramos reforzar o incrementar el miedo que sentimos entonces sé que se trata en primer lugar el no evitar o escapar de la situación solo porque te sientes ansiosa sino afrontarlo. Pero lo haremos paso a paso.

**Paciente:** - Te oigo y lo haces parecer muy fácil, pero creo que me costará.

**Terapeuta:** - Recuerda que todo cambio incluye una cuota de esfuerzo, yo sé que tú puedes, pero primero comencemos con esto.

Seguidamente, se pasó a explicar el concepto de ansiedad; así como la manifestación de esta en los siguientes niveles:



- Sudoración
- Aumento de ritmo cardiaco
- Tensión muscular
- Temblores
- Llegar temprano
- Caminar rápido
- Evitar y escapar
- Evaluación amenazante
- Evaluación de peligro

Luego de ello se le enfatizó que se explicaría acerca del problema actual que presentaba

que aquella información había sido adquirida por el proceso de evaluación, pasándose a explicar lo siguiente: la fobia social, ¿Cómo se adquiere? y ¿Cómo se mantiene?:

Posteriormente se pasó a explicar el problema desde el modelo cognitivo – conductual, y se realizó de la siguiente forma:

# Fobia social

Temor intenso y persistente a una o más situaciones sociales

La característica es la presencia de un fuerte miedo a:

Actuar de manera vergonzosa

Ser evaluados negativamente

Ser humillados por los demás

Recibir críticas negativas

Situaciones a las que se teme:

- Iniciar o mantener conversación
- Expresar desacuerdo
- Hacer y recibir cumplidos
- Hablar en público
- Ser el centro de atención
- Actuar ante personas
- Asistir a reuniones

**Terapeuta:-** Ahora que ya conocemos sobre la Fobia social pasaremos a comprender como se adquiere este miedo. Generalmente se dice que este miedo es aprendido debido a las diferentes experiencias que tenemos a lo largo de nuestra vida, la mayoría son negativas con respecto al estímulo por eso hemos aprendido a evitar y escapar de esas situaciones para que así nuestros niveles de ansiedad bajen

**Paciente:-** La verdad recuerdo bien donde empecé todo esto fue a causa de una broma o comparación que me hizo un profesor en el colegio y desde ahí me molestaban cosas que a mí no me gustaban y como que se burlaban de mí.

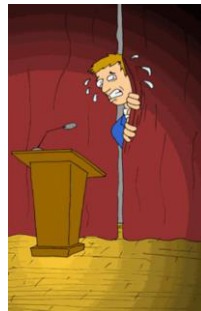
**Terapeuta:-** Muy bien, eso es cierto, estímulos que no son verdaderamente peligrosos como hablar frente al público nos dan mucho miedo porque muchas veces han ido acompañados de estímulos que son aversivos para nosotros como que tus compañeros se burlen, entonces pensamos que siempre será igual por eso

evitabas exponer y no ibas a clases cuando sabias que tendrias que hablar en publico, ¿cierto?

**Paciente:-** Sí, es cierto, siempre he huido o evitado hablar en público, ahora entiendo como nació mi miedo y las consecuencias que me trae.

**Terapeuta:-** Además, nuestro miedo se va a mantener debido a lo siguiente

- No enfrento las situaciones que me dan miedo, las EVITO
- Me ESCAPO cada vez que me pongo ansioso



**Terapeuta: -** Además, muchas veces cuando sentimos ansiedad usualmente tenemos a:



**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que la paciente pudo comprender la problemática que presenta según el modelo cognitivo conductual.

---

Alexandra Jordán Romero

Interna II-Psicología



Ayleen

Fecha: 26/10/16

26 años

## **Sesión 2**

### **Objetivos de la sesión:**

- Explicación de la relación entre pensamiento, emociones y conducta
- Instruir a la paciente en el tema de las emociones

### **Técnicas:**

- Psi coeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa
- Columnas paralelas

### **Descripción de la sesión:**

Se comenzó dándole la bienvenida a la paciente y felicitándola por la puntualidad al acudir a la sesión. Se procedió a la explicación del modelo cognitivo conductual

**Terapeuta:** - Hola Ayleen ¿Cómo has estado?

**Paciente:** - Bien! Alexandra, muchas gracias!, el día de la sesión que tuvimos llegué a mi casa y le expliqué a mi hermana, que es con la que mejor me comunico, sobre lo que me habías explicado de la fobia social. La verdad que lo entendió muy bien y me dijo que ahora puede comprender algo de mi miedo. Lo que si es que me cuesta el no poder dejar de evitar las situaciones es que es algo como que mi cuerpo ya se retira de la nada.

**Terapeuta:** - No te sientas frustrada antes de tiempo. Hemos tenido nuestra primera sesión esta es la segunda vamos poco a poco, con el paso de las sesiones tendrás más herramientas para poder enfrentarte a las situaciones que te den temor

y veras los resultados. Me alegro mucho, por otra parte, que tu hermana pueda comprender y escucharte sobre lo que trabajamos. Es importante que desde ahora comiences a ver desde otras perspectivas las cosas y te darás cuenta con el tiempo que solo tienes que tener un poco de paciencia. Ahora vamos a lo de hoy día. El día de hoy vamos a profundizar acerca de los pensamientos y el papel fundamental que forman estos en nuestras emociones y conductas.

**Paciente:** - ¿Cómo es eso?

**Terapeuta:** - Te lo explicaré

Se procedió a presentarle las columnas paralelas y se detalló que significa cada uno de los elementos y la dinámica que existe entre los cuatro elementos

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Se refiere a todo aquel acontecimiento que enfrentamos día a día, todas las cosas que nos suceden en un tiempo determinado	Son aquellas creencias que tenemos frente a una situación o acontecimiento	Lo que sentimos en ese momento	Las cosas que hacemos, movimientos, temblores, correr, todo lo que incluye la manera de comportarnos

Así mismo, se puso un ejemplo para que pueda quedar más clara la explicación

**Terapeuta:** - Imaginemos el caso de dos personas, dos chicas universitarias. Laura y María, ambas chicas trabajan y son buenas estudiantes; pero les ocurre algo a ambas, sus enamorados las dejan... Laura dejó de ir al trabajo y a la universidad, se siente triste ya desde hace 4 meses, no quiere salir de casa y está deprimida. Por otro lado, María sigue asistiendo al trabajo y universidad, se sintió triste pero ya no lo está. Bien tratemos de ubicar los elementos.

PACIENTE	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
LAURA	Le dejó su pareja	No puedo vivir sin él	Triste (8/10)	No tiene ganas de hacer sus cosas
MARIA	Le dejó su pareja	La vida continúa que pena que no funcionara con él	Tristeza (3/10)	Si hace sus cosas

**Terapeuta:** - Ayleen ¿por qué si la situación es la misma las respuestas que tienen cada una son diferentes?

**Paciente:** - Porque las personas somos diferentes.

**Terapeuta:** - ¿Y qué es lo que las diferencia?

**Paciente:** - Bueno nos diferencian muchas cosas, pero según lo que me estas planteando la manera en la que están pensando ellas es diferente, una es como que si no puede vivir sin el chico y la otra es como que más tranquila.

**Terapeuta:** - ¡Muy bien! Entonces que podemos decir al respecto.

**Paciente:** - Que la manera en que pensamos es lo que va a hacer que se desligue lo que nosotros sentimos.

**Terapeuta:** - Según el ejemplo que tenemos los pensamientos de ellas hacían que se sientan de determinada manera entonces podemos decir que los pensamientos que nosotros tenemos influyen en nuestra manera de sentirnos y de actuar.

**Paciente:** - Claro!

**Terapeuta:** - Entonces! Dime, Ayleen, teniendo esto como premisa ¿Quién es el único responsable de lo que siento y hago?

**Paciente:** - Yo misma.

**Terapeuta:** - En la vida siempre existirán situaciones difíciles, la vida te golpeará muy fuerte, queda que te rindas o que sigas luchando ya que nada es fácil; sin embargo, depende de nosotros enfrentar a esas situaciones. En la vida pasaran fenómenos naturales que serán inevitables y los cuales no podremos cambiarlos; sin embargo, podemos estar preparados para cuando estas sucedan. Y lo que nosotros haremos a partir de hoy es tener consciencia de esos pensamientos para que podamos ver cuáles son funcionales y cuáles no.

**Paciente:** - Okey, ya voy entendiendo.

**Terapeuta:** - Ahora vamos a repasar lo que estamos haciendo. Yo te voy a dar unos ejercicios y tú debes de poner a que columna pertenecen.

Se le brindo una hoja con diferentes ejercicios en donde la paciente debía de poner cada frase en lo que se le relacionaba si es que eran situaciones, pensamientos, conducta o emoción.

**Terapeuta:** - Muy bien! Ayleen, veo que has comprendido.

**Paciente:** - Si, aunque a veces me confundo un pensamiento con una emoción

**Terapeuta:** - Es normal ya que nosotros estamos acostumbrados a comunicarnos de esa manera, pero a partir de ahora será distinto. Para esto te daré una hoja que contiene un listado de emociones para poder hablar el mismo idioma entonces cuando yo te pregunte que emoción tienes o cómo te sientes emocionalmente la respuesta ya no será bien, mal o normal ya que esas no son emociones sino una de la lista.

**Paciente:** - Esta bien!

Se le brindo la hoja de las emociones para adultos en donde la paciente las leyó con la terapeuta. Paso seguido se le entrego su primera hoja de registro en donde debía de anotar los acontecimientos y todo el proceso trabajado hasta la próxima sesión

### **Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que la paciente pudo comprender la importancia de los pensamientos y el papel que juegan en el desligue de nuestras emociones.

---

Alexandra Jordán Romero

Interna II-Psicología

Ayleen

Fecha: 02/11/16

26 años

### **Sesión 3**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Explicar la diferencia entre los hechos y las interpretaciones
- Enseñar a la paciente los niveles de pensamientos que existen, así como las creencias racionales e irracionales

#### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa
- Hechos vs. Interpretaciones
- Registro de pensamiento

#### **Descripción de la sesión:**

Se inicia la sesión revisando la tarea mandada la sesión pasada

**Terapeuta:** - Hola! Ayleen ¿cómo estás?

**Paciente:** - Bien! Alexandra, aquí tienes mi tarea de la semana pasada.

**Terapeuta:** -Vamos a revisarla.

Se revisó la tarea dada por la paciente en compañía de ella pudiendo así comprobar cómo se sintió y se entendió lo hecho en la sesión anterior.

**Terapeuta:** - Bien! Ayleen, veo que has comprendido muy bien lo hecho en la sesión pasada, tienes alguna duda o pregunta?

**Paciente:** - No Alexandra, más bien me he dado cuenta ahora que lo leemos juntas que de repente en algunos momentos tiendo como que a exagerar mis pensamientos y eso me hace sentir mal porque alguno de ellos no los tengo, ya no

sintiéndome así por ejemplo no creo que este sola o que nadie me quiera; sin embargo, en ese momento si sentía eso.

**Terapeuta:** - Bueno es parte del aprendizaje y de la manera en que solemos interpretar las cosas y de eso hablaremos el día de hoy de la diferencia entre un hecho y una interpretación, así como otro tema más.

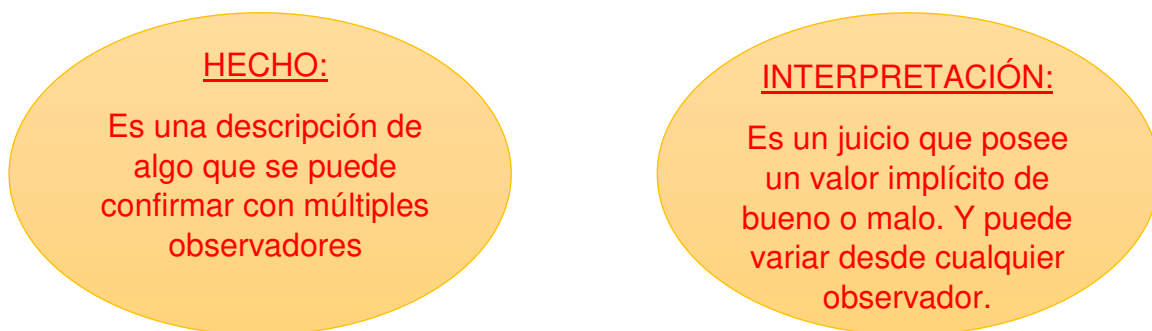
**Paciente:** - Está bien! Empecemos.

**Terapeuta:** - Me gustaría que me digas que conceptos tienes de estas dos palabras

**Paciente:** - Bueno un hecho es algo convincente y una interpretación es algo que tú crees?

**Terapeuta:** - Ya... vamos a reforzar esos conceptos.

Se le explico la diferencia que existe entre un hecho y una interpretación, así como los ejercicios para poder reconocerlas con más facilidad.



**Terapeuta:** -Muchas veces las personas confundimos los hechos con las interpretaciones y vivimos las interpretaciones como si fueran hechos. Lo que vamos hacer ahora es estar muy atentos con nuestras vivencias y pensamientos para poder discriminar un hecho o interpretación. Para poder observar si es que has comprendido esto te voy a dar unos ejercicios donde deberás de decirme cuales son hechos y cuales interpretaciones

Se le brindó la hoja de ejercicios viendo que la paciente había comprendido lo antes explicado.

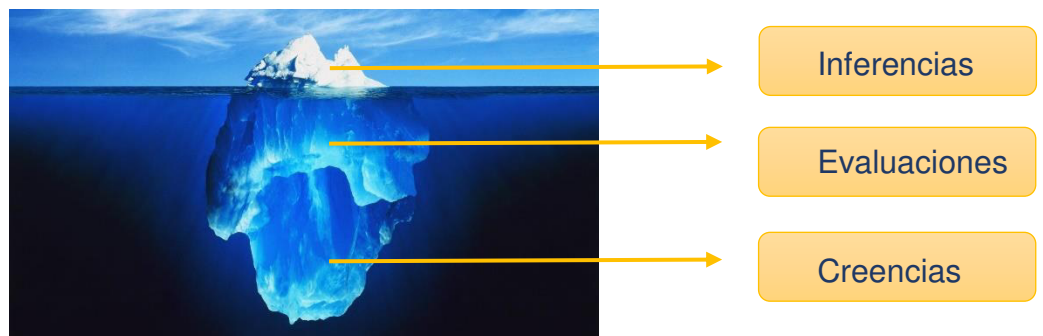
**Paciente:** - Ahora, comprendo que muchas cosas de las cuales yo puedo pensar pueden ser interpretaciones y no algo verdadero y creo que eso puede hacer que yo vea la situación de otra manera.

**Terapeuta:** - Así es y muchas veces esa manera con la que vemos nosotros las cosas es la que nos va a desligar de la emoción que tendremos.

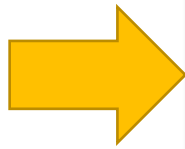
**Paciente:** - Ah! por eso tengo que registrar los pensamientos que tengo ante una situación como me dijiste.

**Terapeuta:** - Claro! por eso es importante los registros. Ahora que estamos hablando de los pensamientos vamos a abarcar los niveles de estos. Las personas no reaccionan emocional o conductualmente antes los acontecimientos que encuentran en la vida; más bien estas personas causan sus propias reacciones según la forma en que ellos interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

Se procedió a explicar los niveles de pensamiento que existen según Ellis







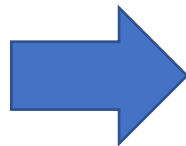
### INFERENCIA:

- Primera interpretación sobre algo que observamos o escuchamos
- Pueden ser racionales o irracionales
- Las inferencias irracionales se conocen como pensamientos distorsionados o automáticos
- Son específicas
- Son automáticas
- Se asumen como hechos o datos reales
- Son difíciles de cambiar ya que son producto de muchos años de práctica o aprendizaje



### EVALUACIÓN:

- Es ver más allá de los hechos, evaluarlos
- Es el proceso por el cual le damos un sentido, un significado a nuestras inferencias y observaciones
- Es el significado de la inferencia
- Aquí vemos por porque afecta tanto esa inferencia



### CREENCIAS:

- Viene del termino rule que significa reglar, mandar, gobernar, reglamento
- Son medidas para ajustar los pensamientos y acciones
- Son constructos que permanecen entrelneas que organizan al mundo y a nosotros mismos
- Determinan nuestros pensamientos mas superficiales y profundos
- Son normas de vida

### RACIONAL:

Es todo aquello que ayuda a la gente a alcanzar sus objetivos y propósitos básicos.

Es ayudar al grupo a sobrevivir y a conseguir los objetivos básicos tanto del grupo como de sí mismo

### IRRACIONAL:

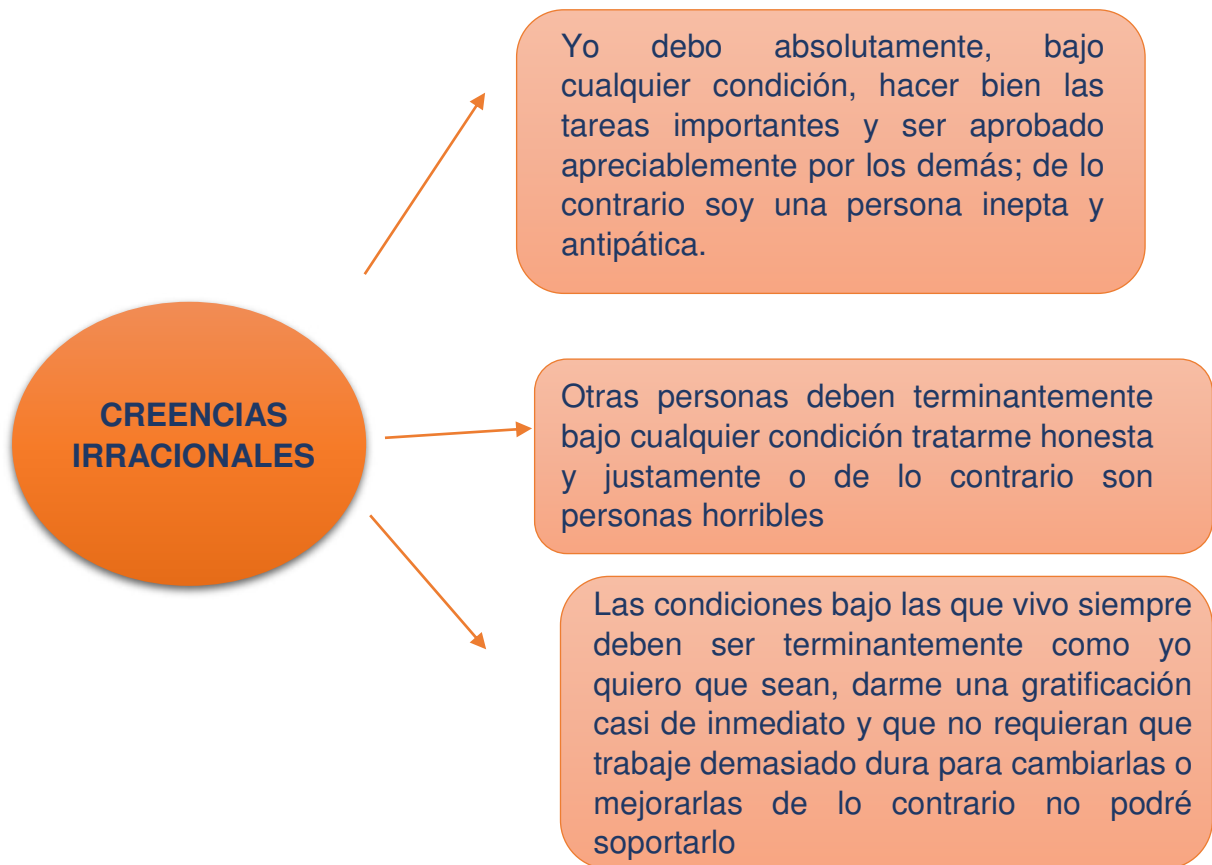
Es todo aquello que impide conseguir los objetivos y propósitos

Es interferir seriamente en la supervivencia y bienestar de sí mismo o del grupo

Significa "Destruirse a uno mismo"

**Terapeuta:** - Entonces dentro de las creencias irracionales tenemos 3 principales





**Terapeuta:** - Entonces, Ayleen, estas son las tres creencias irracionales principales.

**Paciente:** - Definitivamente me identifico con algunas

**Terapeuta:** - Lo cual es normal ya que las personas podemos poseer algunas o todas. Ahora para terminar te voy a dejar las hojas de autorregistro.

**Paciente:** - Esta bien! Ale.

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que la paciente pudo comprender los niveles de pensamiento que existen, así como la identificación de sus creencias principales y la diferencia existente entre un hecho y una interpretación.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología

Ayleen

Fecha: 09/11/16

26 años

#### **Sesión 4**

##### **Objetivos de la sesión:**

- Explicar las distorsiones cognitivas de la ansiedad
- Realizar las frases racionales emotivas

##### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Distorsiones cognitivas
- Frases racionales cognitivas
- Registro de pensamiento

##### **Descripción de la sesión:**

Se procedió a la explicación de la sesión programada

**Terapeuta:** - Hola! Ayleen ¿cómo estás?

**Paciente:** - Bien Alexandra! he notado que cada vez me cuesta más el estar en un micro, no sé por qué antes era incomodo, pero ahora es mucho peor.

**Terapeuta:** - Has intentado anotar los pensamientos que tras esa situación existen?

**Paciente:** - Si justo hice un autorregistro de eso.

**Terapeuta:** - Veamos

Se vió, el autorregistro entregado por la paciente el cual esta anexado al final de la sesión.

**Terapeuta:** - Bueno, al ver los pensamientos, estos tienen mucho sentido con el tema que veremos el día de hoy. Tú sabes que son las distorsiones cognitivas.

**Paciente:** - Creo que tiene algo que ver con los pensamientos ósea lo cognitivo.

**Terapeuta:** - Claro! tienen que ver con los pensamientos, son los errores que a veces tenemos de pensamiento, los cuales existen algunos principales para la ansiedad.

Se le explico a la paciente las distorsiones cognitivas de la ansiedad.

<b>Distorsión cognitiva</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplos</b>
<b>Catastrofización</b>	Focalizarse en el peor resultado de la situación ansiosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensar que la presión del pecho es señal de ataque al corazón</li> <li>- Asumir que sus amigos piensas que su comentario es estúpido</li> </ul>
<b>Saltar a conclusiones</b>	Esperar que el resultado temido sea extremadamente probable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperar desaprobación del examen por inseguridad de sus preguntas</li> <li>- Predecir que se equivocara a la hora de exponer</li> </ul>
<b>Visión túnel</b>	Focalizarse solo en la posible información relevante para la amenaza al mismo tiempo que se ignora las pruebas de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Advertir que una persona parece aburrida mientras usted hablar en una reunión</li> <li>- Advertir una gota de orina en el suelo de un baño muy limpio</li> </ul>
<b>Propensión a la aproximación</b>	Tendencia a asumir que la amenaza es inminente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un individuo propenso a preocuparse está convencido de que será despedido en cualquier momento</li> </ul>

<b>Razonamiento emocional</b>	Suponer que cuanto mayor sea la ansiedad mayor es la amenaza real	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona ansiosa esta aún más convencida de que algo malo ocurrirá porque se siente ansioso</li> <li>- “Volar debe ser peligroso porque siento tanta ansiedad cada vez que vuelo”</li> </ul>
<b>Pensamiento dicotómico</b>	La amenaza y la seguridad se ven de forma rígida, en términos absolutos de presentes o ausentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas con fobia social están convencidas de que si hablan en una reunión sus amigos pensaran que es un bruto</li> <li>- Las personas que han experimentado un trauma pasado están convencidas de que deben de evitar cualquier cosa que le recuerde el incidente pasado</li> </ul>

**Terapeuta:** - Bueno!! Ayleen, ahora que te muestro las distorsiones me gustaría saber qué opinas al respecto?

**Paciente:** - Me he dado cuenta que tengo varias de esas, es como que me anticipo a las situaciones.

**Terapeuta:** - ¿Cuáles has podido identificar qué tienes?

**Paciente:** - La de catastrofización, saltar a conclusiones, visión túnel y la de aproximación.

**Terapeuta:** - Entonces con esto te has dado cuenta que tendemos a adelantarnos a las situaciones y que eso corresponde de una manera u otra a una distorsión cognitiva.

**Paciente:** - Si, entiendo.

**Terapeuta:** - Ahora, lo que vamos a trabajar es una técnica llamada Frases racionales emocionales, está nos va a ayudar por ejemplo cuando en el micro o cuando tengas que exponer un caso en el hospital. Primero vamos a identificar una situación en que te generé demasiada ansiedad. ¿Cuál sería esa situación?

**Paciente:** - El exponer un caso en el hospital.

**Terapeuta:** - Perfecto! ahora juntas hagamos nuestro ABC de esa situación.

Se realizó el ABC con la paciente teniendo el siguiente cuadro:

Situación	Pensamiento	Emoción y conducta
Cuando necesito exponer un caso en el hospital a un doctor	<ul style="list-style-type: none"><li>- Me voy a equivocar</li><li>- Lo que estoy diciendo no tiene sentido</li><li>- No estoy preparada</li><li>- Qué clase de medico soy</li><li>- Que van a pensar de mi</li><li>- Así jamás obtendré la residencia</li><li>- No merezco el lugar que tengo ahora</li></ul>	<p>Ansiedad (9/10)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sudoración</li><li>- Me pongo roja</li><li>- Aceleración del ritmo cardiaco</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro internamente se están burlando de mi</li> <li>- Se están dando cuenta que me estoy poniendo nerviosa</li> </ul>	
--	---	--

**Paciente:** -Lo más raro Alexandra es que luego de ese momento no tengo necesariamente todos esos pensamientos porque yo si me siento preparada y sé que me preparo bien antes pero no sé porque pienso esas cosas.

**Terapeuta:** - Me parece genial que puedas identificar los pensamientos y la disfuncionalidad que estos te generan entonces ahora con lo que me dices vamos a hacer un cuadro similar en donde en la parte del costado pondremos los pensamientos salvavidas que puedes tener.

Se realizó el ABCD con la paciente teniendo el siguiente cuadro:

Situación	Pensamiento	Emoción y conducta	Pensamiento alternativo
Cuando necesito exponer un caso en el hospital a un doctor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me voy a equivocar</li> <li>- Lo que estoy diciendo no tiene sentido</li> <li>- No estoy preparada</li> <li>- Qué clase de medico soy</li> </ul>	Ansiedad (9/10) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudoración</li> <li>- Me pongo roja</li> <li>- Aceleración del ritmo cardiaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Estas preparada</b></li> <li>- <b>Confía en ti misma</b></li> <li>- <b>No tiene nada de malo equivocarse</b></li> <li>- <b>Todos estuvimos en tu momento antes</b></li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que van a pensar de mi</li> <li>- Así jamás obtendré la residencia</li> <li>- No merezco el lugar que tengo ahora</li> <li>- Seguro internamente se están burlando de mi</li> <li>- Se están dando cuenta que me estoy poniendo nerviosa</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ellos también se pueden equivocar</b></li> <li>- <b>No todo te tiene que salir perfecto</b></li> <li>- <b>Hay personas que lo hacen y lo harán peor que tu</b></li> <li>- <b>Que te equivoques no te hace buen o mal medico</b></li> <li>- <b>Todo tu esfuerzo lo ven ellos</b></li> </ul>
--	--	--	--

**Terapeuta:** - Ahora tú crees que si en lugar de los pensamientos que anotamos primero tendríamos los pensamientos salvavidas sentiríamos la misma ansiedad?

**Paciente:** - Definitivamente no.

**Terapeuta:** - Claro! porque los pensamientos son los que nos dan nuestras emociones. Ahora lo que vamos a hacer es copiar estos pensamientos salvavidas en estas tarjetas que te daré. La dinámica es que por lo menos 3 veces al día saques las tarjetas y las leas 3 o 4 veces cada una. Puedes hacerlas en el micro, hospital, antes de dormir, etc.

**Paciente:** - ¡Oh genial!

La paciente comenzó a realizar las tarjetas propuestas evidenciando motivación para el cambio

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que la paciente pudo las distorsiones cognitivas que existen cuando hay ansiedad.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología

Ayleen

Fecha: 16/11/16

26 años

**Sesión 5**

**Objetivos de la sesión:**

- Entrenar en la técnica de Respiración abdominal
- Entrenar en la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson (1 y 2 grupo)

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Respiración abdominal
- Relajación progresiva de Jacobson
- Registro de pensamiento

### **Descripción de la sesión:**

Se inició la sesión programada de la siguiente manera:

**Terapeuta:** - Hola! Ayleen ¿cómo estás?

**Paciente:** - Bien! Alexandra, el fin de semana me fui al matrimonio de una amiga, no conocía a mucha gente porque como es mi amiga del barrio solo la conocía a ella pero eso también me dio un plus porque pude conversar con algunas personas.

**Terapeuta:** - Qué bueno! y ¿qué tal esa experiencia?

**Paciente:** - Bueno, al principio si estuve muy nerviosa porque no sabía, cómo iniciar las conversaciones, pero después comenzó a fluir todo. Pude conversar con un señor, una señora y una chica que son las personas con las que compartía la mesa. También un chico me saco a bailar, pero ahí si me puse muy nerviosa que me sudaban las manos, pero después ya no pude hablar con él porque me dio vergüenza.

**Terapeuta:** - Está bien, pero por lo menos no huiste de la situación, la afrontaste y te felicito por eso, poco a poco comenzaremos a aumentar eso recuérdalo. Bueno, el día de hoy vamos a realizar técnicas de relajación, primero una técnica de respiración y luego una más muscular la cual si nos tomara dos sesiones. Primero comencemos con la de respiración.

Se le explicó la importancia de la respiración en el día a día, indicando que en muchas ocasiones no la empleamos correctamente y por ende nuestro cuerpo no se oxigena totalmente, provocando malestar y agitación. Por lo cual fue conveniente realizar la diferenciación entre la respiración torácica y la abdominal o diafragmática, haciendo énfasis de esta última en el manejo de la ansiedad. Indicándole primero

que existen dos tipos de mediciones, las pulsaciones y las SUB. Es así que se procedió al entrenamiento de la respiración abdominal, de la siguiente manera:

1



2



3



Ubíquese en una posición cómoda con las piernas separadas, los brazos sobre las mismas y una postura erguida

Coloque sus manos sobre su abdomen, ahora tome aire lentamente por la nariz y reténgalo durante 5 segundos, sienta como su abdomen se infla como si fuera un globo

Expulse el aire lentamente durante siete segundos; sienta la respiración... Ahora volvamos a hacerlo...

Después se le explico a la paciente lo que eran las SUB y la importancia de la misma para luego poder registrarlas al igual que las pulsaciones.

	SUB inicial	Pulsaciones iniciales	SUB final	Pulsaciones finales
AYLEEN	5/10	76	2/10	63
ALE	4/10	68	2/10	58

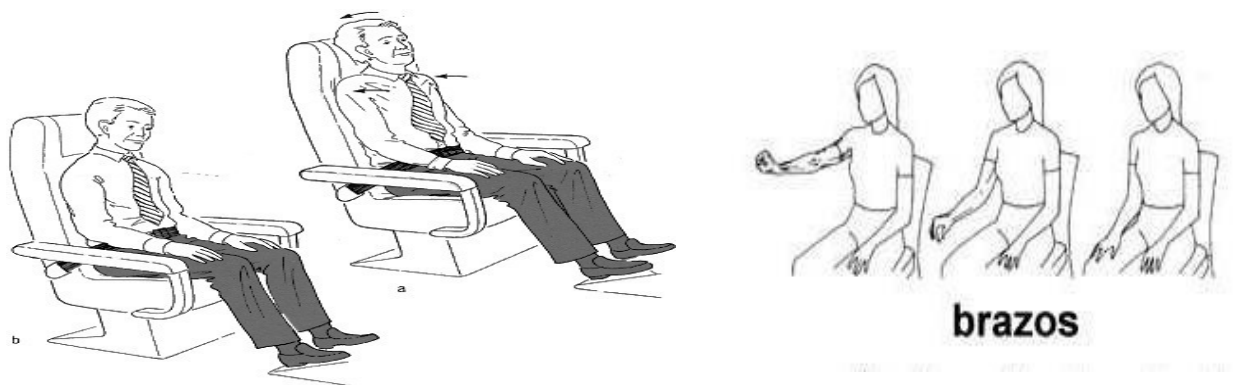
**Terapeuta:** Como te sientes Ayleen

**Paciente:** - Bueno, más relajada pero algo mareada.

**Terapeuta:** - Te comento que es normal que al principio de la técnica nos podamos sentir mareados ya que no es el tipo de respiración que dominamos lo cual como

te digo está bien te puedes tomar unos minutos para estabilizarte y después te sentirás mejor. Ahora empezamos con la siguiente técnica de relajación que te comenté.

Seguidamente se pasó a invitar a la paciente a que se sentara cómodamente en la silla en que se encontraba con las piernas separadas y los brazos sobre las mismas para dar inicio con la relajación del primer grupo muscular. Se comenzó tomando el pulso, preguntando la SUD a la paciente y realizando tres respiraciones abdominales de 5 segundos cada una, en el cual con los ojos cerrados se daban las indicaciones respectivas para aspirar, retener y expulsar el aire a su debido tiempo.



Luego se pasó a realizar el ejercicio de las manos, brazos y bíceps, realizando por 30s cada ejercicio, enfatizando en cada uno de ellos la sensación de tensión y malestar para luego experimentar una nueva sensación de bienestar y de relajación, por medio de la respiración abdominal y mensajes verbales, como “**Siente como se relajan poco a poco los músculos de tu brazo, siente la calma, tranquilidad y cómo vas sintiendo bienestar, tu mente y brazos se encuentran relajados**”, realizándose esto por 60s para cada ejercicio.

Posteriormente se continuó con el segundo grupo (los brazos) viéndose que la paciente podía diferenciar entre un estado de relajación y otro de tensión.

**Terapeuta:** - ¿Cómo te sientes Ayleen?

**Paciente:** - Bien! súper relajada.

**Terapeuta:** - Muy bien! este tipo de técnica, las dos, debes de hacerlas seguido por ejemplo la de respiración 3 veces al día y la muscular una vez al día antes de dormir y me traes para la próxima sesión el registro de estas con un cuadro igual al que hicimos en la pizarra.

**Paciente:** - ¡Está bien!

### **Conclusiones:**

Se lograron los objetivos planteados debido a que el paciente pudo comprender las técnicas de respiración abdominal y relajación progresiva de Jacobson en donde se observó a la paciente relajada y consciente de la ansiedad y las respuestas de su cuerpo en estados ansiosos no solo evidenciándose esto en lo dicho por esta sino por las dos medidas antes descritas.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

Ayleen

Fecha: 23/11/17

26 años

## **Sesión 6**

### **Objetivos de la sesión:**

- Entrenar en la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson (3 y 4 grupo)
- Iniciar la técnica de aproximación sucesiva

### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Relajación progresiva de Jacobson
- Aproximación sucesiva
- Registro de pensamiento

### **Descripción de la sesión:**

Se procedió a realizar lo programado para la sesión:

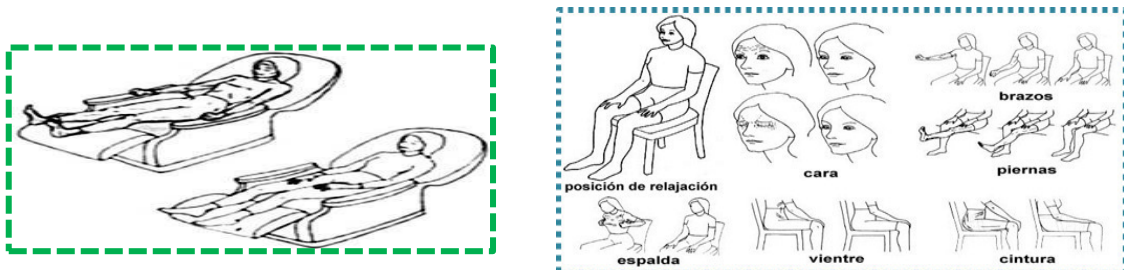
**Terapeuta:** - ¡Hola! Ayleen ¿cómo estás?

**Paciente:** - Bien Alexandra! he estado practicando las técnicas de relajación hasta donde me enseñaste, he podido dormir mejor y la semana pasada he acudido a psiquiatría quien me ha disminuido la dosis de la medicación. La verdad que estoy bastante contenta.

**Terapeuta:** - Me alegro mucho que vayas sintiéndote así. Ahora vamos a continuar con la segunda parte de la técnica de relajación muscular que hicimos la sesión pasada para después continuar con otra técnica.

**Paciente:** - ¡Está bien!

Posteriormente, se pasó a invitar a la paciente a que se sentara en la silla con una postura relajada, con las piernas separadas y los brazos sobre las mismas para dar inicio con la relajación del cuarto grupo muscular. Se comenzó tomando el pulso, preguntando el SUD a la paciente el cual era 6/10 para luego realizar las tres respiraciones abdominales de 4 segundos cada una, en el cual con los ojos cerrados se daban las indicaciones respectivas para aspirar, retener y expulsar el aire a su debido tiempo. Luego se pasó a realizar el ejercicio respectivo primero el tercer grupo con los músculos de la cara y luego el cuarto grupo conformado por los muslos, pantorrillas y pies, haciendo el ejercicio 2 veces por cada parte del cuerpo, enfatizando en cada uno de ellos la sensación de tensión y malestar para luego experimentar una nueva sensación de bienestar y de relajación, además por medio de mensajes verbales, como “Calma, estoy completamente relajada”, “Cada vez me siento más tranquila”.



	SUB inicial	Pulsaciones iniciales	SUB final	Pulsaciones finales
AYLEEN	6/10	83	3/10	60

**Terapeuta:** - Muy bien! Ayleen, te veo relajada.

**Paciente:** - La verdad que sí.

**Terapeuta:** - Entonces, ahora, Ayleen que tenemos la herramienta de como poder relajarnos vamos a comenzar con una técnica conductual esta es llamada



aproximaciones sucesivas y trata de poder exponerte en diferentes situaciones de a pocos para ir manejando los niveles de ansiedad.

**Paciente:** - Ya está bien! Alexandra.

**Terapeuta:** - Lo primero que vamos a hacer es que quiero que vayas a una heladería y que te comas un helado.

**Paciente:** - ¿Un helado? ¿Solo eso?

**Terapeuta:** - Quiero que vayas a tomar un helado y te quedes tomando el helado en la heladería solo eso, no quiero que converses con nadie, solo límitate a observar a la gente que está a tu alrededor y a tomar tu helado. Solo eso. Con el paso de las sesiones iremos incrementando esto, pero necesito un compromiso de tu parte para que podamos realizar los ejercicios.

### **Conclusiones:**

Se lograron los objetivos planteados debido a que el paciente pudo aprender la segunda parte de la técnica de relajación muscular y así también la de aproximaciones sucesivas.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

Ayleen

Fecha: 30/11/16

26 años

## **Sesión 7**

### **Objetivos de la sesión:**

- Explicar lo que significa valía personal

### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa
- Defectos y virtudes
- Y que
- Registro de pensamiento

### **Descripción de la sesión:**

Se comenzó dándole la bienvenida a la paciente y felicitándola por la puntualidad al acudir a la sesión. Se procedió a la explicación de la sesión programada

**Terapeuta:** - Hola! Ayleen ¿cómo has estado esta semana? ¿Te llegó el libro que te mandé?

**Paciente:** - Bien! Alexandra, si claro, he estado leyendo el libro que me mandaste y me ha ayudado a ver más a fondo algunas cosas.

**Terapeuta:** - Cómo qué cosas?

**Paciente:** - Creo que mi problema de fobia también puede estar relacionada con mi autoestima.

**Terapeuta:** - ¿Y qué es la autoestima?

**Paciente:** - Es que me confundo con el significado de valía personal.

**Terapeuta:** - Frecuentemente se confunden con los conceptos de valía personal, autoestima y autoconcepto. Vamos a explicarlos.

**Se le explico la diferencia entre valía personal, autoestima y autoconcepto**

AUTOESTIMA:

Es el significado valorativo. Es aquello que pensamos y sentimos del conjunto de características que poseemos.

Son las actitudes que el individuo tiene hacia, asimismo; es decir, recreamos una imagen de nosotros mismas.

AUTOCONCEPTO:

Es el valor descriptivo de uno mismo.

Es el conjunto de opiniones, hipótesis e ideas que el sujeto tiene sobre sí mismo; independientemente de que sean falsas o verdaderas estas opiniones describen al sujeto.

VALIA:

Es la aceptación y valoración de sí mismo.

Es la parte esencia del autoconcepto.

Es la aceptación de defectos y virtudes

**Paciente:** - Okey ahora lo entiendo mejor.

**Terapeuta:** - Entonces en base a estos conceptos podemos entender mejor el libro que te mande. Este libro habla sobre la valía y que existen indicadores o señales sobre la baja autoestima y estos son:

1. Sentimientos de inferioridad
2. Disculpas frecuentes
3. Miedo al fracaso
4. Conformidad
5. Culpa
6. Timidez
7. Señaladores de errores
8. Estar a la defensiva
9. Posesividad y celos
10. Miedo al rechazo
11. Rechazar cumplidos
12. Tolerancia al comportamiento pervertido

**Paciente:** - Cuando leí esta parte en el libro me identifiqué con bastantes indicadores por lo cual te digo que creo que tengo baja autoestima.

**Terapeuta:** - Bueno yo también tengo algunos indicadores porque como tú sabes no todas las personas somos perfectas pero la idea es que nosotros podamos trabajar en esos aspectos que tenemos bajos. Por ejemplo, para trabajar la valía vamos a trabajar una dinámica de defectos y virtudes. Aquí tengo etiquetas de color naranja y amarillas entonces lo que vamos a hacer cada una es en las etiquetas naranja vamos a poner las virtudes que tenemos y las amarillas los defectos después vamos a pegar estas etiquetas en nuestro cuerpo y vamos a discutir de ellas.

Se procedió a hacer la dinámica recogiendo un breve párrafo siguiente:

**Terapeuta:-** Ayleen ahí en tus defectos dices que eres poco cariñosa, pero como virtud atenta. ¿Cómo es eso?

**Paciente:-** Bueno es que no soy de abrazar o besar mucho a alguien, pero si soy una persona leal con mis amigos y atenta con ellos.

**Terapeuta:** - Después pones impuntualidad y como virtud responsabilidad.

**Paciente:-** Lo que pasa es que soy impuntual porque me demoro, pero responsable con mis cosas

Al terminar la dinámica se procedió a explicar el objetivo de la misma

**Terapeuta:** - Ayleen, ahora que vemos que puede haber una relación entre los defectos y virtudes que uno tiene nos podemos dar cuenta que a veces nosotros decimos: "Yo soy tímida" "Soy poco cariñosa" lo cual hace que de repente no nos sintamos muy bien del todo por tener estos defectos que nos incomodan ¿verdad?

**Paciente:** - Si

**Terapeuta:** - Pero que pasaría si es que nosotros en vez de definirnos con un defecto pondríamos un conector al principio como: Muchas veces, Algunas veces, Casi siempre, Regularmente o Muy poco podemos nosotros no definirnos como un defecto, sino que nuestras conductas hacen ese tipo de defecto.

**Paciente:** - Y al pensar así no vamos a predisponernos a que es imposible el trabajar en esto.

**Terapeuta:** - Claro. Ahora para terminar vamos a hacer otra dinámica, esta se llama Y qué. Se trata de que tú me vas a decir los defectos tanto los que vez aquí como algunas cosas que con el paso de las sesiones me has estado conociendo y yo debo de decir ¡Y qué! Yo tratare de responderte de una manera asertiva para que después cambiemos los roles.

Se procedió a iniciar la temática extrayendo un párrafo a continuación

**Paciente:-** Eres muy olvidadiza.

**Terapeuta:-** Tienes razón en muchos momentos soy olvidadiza, pero trato de apuntar las cosas para no olvidarme tanto y si lo soy ¡y que!

**Paciente:-** Eres una persona muy engreída

**Terapeuta:** ¡Y que! Eso es cierto casi siempre soy engreída, pero así me quieren mi familia y mi pareja

**Paciente:-** Eres muy entusiasta

**Terapeuta:-** Lo que pasa es que creo que las personas pueden hacer siempre mejores y que tiene de malo ser entusiasta

**Posteriormente se inició el debate con la paciente**

**Terapeuta:-** Eres muy tímida

**Paciente:-** ¡Y que! Si es cierto casi siempre soy tímida, pero por eso vengo aquí para que me ayudes a ser mejor

**Terapeuta:-** Y estas segura que puedes acabar con esto porque yo no te creo capaz de hacerlo.

**Paciente:-** Si soy muy capaz porque si es que yo quiero algo lo consigo, ya voy en la cuarta sesión y estoy muchísimo mejor. Yo confié en que puedo hacerlo ¡Y que!

**Terapeuta:-** Así como dijiste que ingresarías al resindentado y no lo hiciste verdad

**Paciente:-** Tienes razón no lo hice, pero el próximo año volveré a postular y estaré más que lista de hacerlo porque sé que soy capaz y tengo los conocimientos necesarios ¡Y que!

**Terapeuta:-** Así como estas sola y no te das cuenta que necesitas estar con un hombre

**Paciente:-** ¡No Alexandra! No necesito estar con un hombre. me austaría sí. pero

**Terapeuta: -** Muy bien! Ayleen, estoy muy contenta porque veo que puedes saber responder a determinadas demandas que se puedan presentar. Como tú sabes en el mundo hay gente que puede decirte cosas buenas o cosas malas, pero nosotros no tenemos el control de quien nos dice esas cosas, pero si tenemos el control sobre lo que nosotros vamos a sentir al escuchar eso. Como nos dice en el libro si

es que nosotros tenemos un autoconcepto muy ligado a lo que nos dicen en la burla vamos a estar también más vulnerables a eso y por ende la emoción puede ser disfuncional.

**Paciente:** - Tienes razón porque si tú me dices algo que yo no creo que lo soy lo tomo sin importancia; sin embargo, si es que me dices algo en que si lo pienso si me dolería.

**Terapeuta:** - Exacto, ahora para la próxima sesión vamos a leer el capítulo 4 y 5 del libro de valía y seguiremos trabajando. También te estoy dejando algunas hojas donde tienes que rellenar según tu historia de vida. Ahora antes de irnos quiero que me digas que tal te fue con la heladería.

**Paciente:** - Bien todo tranquilo, llegue comí mi helado y todo bien.

**Terapeuta:** - Muy bien! no fue tan catastrófico entonces como pensamos.

**Paciente:** - No, porque solo fui, lo pedí, me lo comí y me fui.

**Terapeuta:** - Y cuánto tiempo te habrás quedado?

**Paciente:** - Como unos quince minutos.

**Terapeuta:** - Bueno lo que quiero que hagas ahora es casi lo mismo. Vamos a ir a la heladería, vas a pedir un helado y te vas a sentar, pero te vas a quedar el doble del tiempo entonces eso sería una media hora. No quiero que hables con nadie lo único que vamos a hacer es observar a la gente que está a nuestro alrededor nada más.

**Paciente:** - Bueno, no es tan malo.

**Terapeuta:** - ¡Claro que no! recuerda que tú tienes las herramientas necesarias para poder manejar esa situación.

### **Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que la paciente pudo comprender la definición de valía personal, así como ser más consciente de sus defectos y virtudes

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología

Ayleen

Fecha: 08/12/16

26 años

### **Sesión 8**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Continuar trabajando la valía personal de la paciente
- Continuar trabajando aproximaciones sucesivas

#### **Técnicas:**

- Diálogo expositivo
- Escucha activa
- Aproximación sucesiva
- Biografía
- Registro de pensamiento

#### **Descripción de la sesión:**

Se comenzó dándole la bienvenida a la paciente. Se procedió a la explicación de la sesión programada

**Terapeuta:** - ¡Hola! Ayleen ¿cómo estás?



**Paciente:** - Bien Alexandra! súper cansada, te comenté que he comenzado mis clases para postular el próximo año al residentado.

**Terapeuta:** - Esa sí que es una buena noticia! y ¿cómo así te animaste?

**Paciente:** - Bueno, la verdad es que me estoy sintiendo muchísimo mejor, poco a poco me estoy dando cuenta de que ya no me cuesta hacer tantas cosas por ejemplo antes no daba mi opinión en nada en mi casa ni con mis amigos ahora si lo doy sin importarme que puedan pensar, aunque a veces si me quedo callada. También me voy subiendo al micro, pero como que me da un poco de vergüenza, pero ya no tanto la verdad.

**Terapeuta:** - Bueno lo que haremos ahora es tener que afrontarnos a los miedos, ¿Cómo es eso? Bueno, vamos a ponernos el uniforme que teníamos al trabajar en el hospital e iremos en micro por lo menos una distancia de 45 minutos primero sentadas y después nos pararemos, vamos a sostener las miradas de las personas que lo hagan aplicando la serie de respiraciones y relajación que aprendimos.

**Paciente:** - Ale lo que me pides me va a costar mucho.

**Terapeuta:** - Recuerda que hablamos del hecho de que muchas veces tenemos que salir de nuestra zona confort para vencer nuestros miedos y avanzar un poco. Bueno, comenzamos con la sesión de hoy. Recuerdas que la vez pasada te mande a hacer unos cuadros según unas preguntas de historia de vida.

**Paciente:** - Así es.

**Terapeuta:** - Bueno en relación a eso discutiremos algunas cosas sobre esto y lo que has puesto, además discutiremos algunos aspectos relevantes de la biografía que te mande escribir.

**Paciente:** - Está bien!

De acuerdo a lo llenado por la paciente se pudo dialogar sobre algunas ideas que tenía sobre su niñez, desarrollo y temas que le causaron algún tipo de importancia dentro de su historia de vida.

**Paciente:** - Sé que lo único que hemos hecho es hablar, pero la verdad que me siento bastante liberada y veo que muchas de esas cosas me tenían amarrada al pasado y a mis pensamientos, pero ahora ya no.

**Terapeuta:** - Esa es la idea que poco a poco te vayas sintiendo mejor y agradezco tu sinceridad y confianza para contarme todo eso. Pero te comento que lo que hicimos hoy es parte de la terapia y que tú lo puedes hacer, recuerdas los cuadros que estabas llenando todas las sesiones sobre situación, pensamiento, emoción y conducta. Bueno ahora a ese cuadro sumaremos dos columnas más que será el debate y nuevo pensamiento y la conducta y nueva emoción esto significa que quiero que te fijes bien en el pensamiento que estas teniendo y tú misma comiences a cuestionar ese pensamiento por unos más racionales y veamos que pasa como lo hicimos en el ejercicio que acabamos de hacer. ¿Tienes alguna duda?

**Paciente:** - No está todo bien.

**Terapeuta:** - Perfecto! ahora me gustaría saber ¿cómo te va en el experimento en la heladería?

**Paciente:** - Bueno eso fue un poco más complicado, si lo hice, pero como me quedé más tiempo si sentí que algunas personas me miraban, pero comenzaba a comer y esquivaba algunas miradas.

**Terapeuta:** - Entonces puedo entender que, si te sentiste ansiosa, ¿de cuánto habrá sido esa ansiedad?

**Paciente:** - De unos 5, pero era algo manejable.

**Terapeuta:** - Muy bien! entonces no fue algo tampoco tan catastrófico. Ahora lo que quiero que hagas con eso es que sigas yendo a la heladería, pero ahora si quiero que inicies una conversación con la persona que te atiende, la conversación será breve puedes preguntarle el helado que te recomienda, cual es el que más sale, o alguna cosa del producto o de la tienda, pero si tienes que iniciar el dialogo breve, pero tiene que existir uno aparte de pedir el helado.

**Paciente:** - Bueno, creo que me costará algo, pero lo haré, trataré de manejar la situación.

**Terapeuta:** - Claro que lo harás. Te cambiaré ahora la hoja de registros.

### **Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que se observó en la paciente motivación para el cambio y se vio que está avanzando dentro del proceso terapéutico.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología

Ayleen

Fecha: 15/12/16

26 años

### **Sesión 9**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Enseñar el concepto de aceptación incondicional tanto de sí mismo como de otras personas
- Continuar trabajando aproximaciones sucesivas

### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa
- Aproximaciones sucesivas
- Registro de pensamiento

### **Descripción de la sesión:**

Se comenzó dándole la bienvenida a la paciente. Se procedió a la explicación de la sesión programada

**Terapeuta:** - Hola! Ayleen ¿cómo estás?

**Paciente:** - Bien Ale! he tenido algunos problemas familiares, pero nada que no pueda arreglarse.

**Terapeuta:** - ¿Con quién principalmente?

**Paciente:** - Con mi papá. Te comento, el sufre de diabetes y se lo detectaron cuando yo estaba estudiando medicina. Por eso quise que mi residentado sea en endocrino porque quería ayudarlo. Desde ese momento que le diagnosticaron, yo le aplicaba las inyecciones, le decía que cosas tomar o que dietas seguir, pero él es bien terco y no siento que aprecie lo profesional que yo puedo ser porque no cambia su manera de alimentarse ni se cuida y eso me frustra mucho.

**Terapeuta:** - Entiendo por lo que me dices que eso te frustra ya que va acorde también a cómo te pones, veo que cambia tu expresión facial y tus ademanes para poder expresarte

**Paciente:** - Así es, la verdad que me enoja mucho porque siento que no quiere ni cuidarse y me molesta demasiado.

**Terapeuta:** - Como podrías tu definir a tu papá

**Paciente:** - Bueno él siempre ha sido una persona muy cerrada, de pensamiento bastante egoísta, nada de lo que se le decía lo tomaba en cuenta no solo yo sino también mi mamá o mis hermanos. Hasta su mismo doctor también se queja porque no le hace caso.

**Terapeuta:** - El día de hoy trabajaremos el concepto de aceptación incondicional pero antes de eso vamos a recordar el tema de valía personal.

**Paciente:** - Está bien!

Se volvió a recordar los conceptos de estas 3 palabras

#### AUTOESTIMA:

Es el significado valorativo. Es aquello que pensamos y sentimos del conjunto de características que poseemos.

Son las actitudes que el individuo tiene hacia, asimismo; es decir, recreamos una imagen de nosotros mismas.

#### AUTOCONCEPTO:

Es el valor descriptivo de uno mismo.

Es el conjunto de opiniones, hipótesis e ideas que el sujeto tiene sobre sí mismo; independientemente de que sean falsas o verdaderas estas opiniones describen al sujeto.

#### VALIA:

Es la aceptación y valoración de sí mismo.

Es la parte esencia del autoconcepto.

Es la aceptación de defectos y virtudes

**Paciente:** - Yo he estado pensando en esos conceptos entonces se puede decir que la autoestima es condicional.

**Terapeuta:** - Claro lo que se plantea es que la autoestima es condicional con respecto a que la persona haga bien o mal las cosas lo cual no tiene mucha relación.

**Paciente:** - Claro porque no todas las personas hacen TODO bien o TODO mal. Además, no vas a estar esperanzada en que otra persona te diga que haces bien o mal algo para saber de qué eres bueno.

**Terapeuta:** - Bien dicho, es así. Por eso en cuanto a la aceptación incondicional se puede referir no solo hacia sí mismo sino hacia a los demás también.

**Paciente:** - Y qué es la aceptación incondicional?

**Terapeuta:** - Como su nombre bien lo dice es aceptarse incondicionalmente por cómo es como persona y a los demás.

**Paciente:** - Pero que pasa entonces si a nosotros no nos gusta algo de nosotros mismos

**Terapeuta:** - Tenemos dos opciones o aceptarnos incondicionalmente eso que tenemos o vernos de qué manera se puede modificar sin necesidad de quejarnos como somos. Por ejemplo, tú cuando comenzaste a seguir una terapia viniste por un tema de fobia social, tu nivel de ansiedad era elevado en razón a situaciones sociales verdad

**Paciente:** - Si

**Terapeuta:** - Entonces tú como ser humano tienes la opción de aceptar que tienes una predisposición ansiosa y que en algunos momentos te sentirás más ansiosa que otras personas, puede o no que sigas con la fobia social pero la predisposición

ansiosa la tendrás siempre y tienes que ver de qué maneras o herramientas te vales para poder vivir con ella.

**Paciente:** - Ahí ya entendí entonces no es que yo dejé la ansiedad por completo.

**Terapeuta:** - Claro que no, recordemos que la ansiedad es un proceso continuo que utiliza el cuerpo cuando se siente con amenaza. Es algo tan natural que irracional sería pensar que no lo tendríamos. Lo que si vamos a modificar es la intensidad que tengamos esa ansiedad.

**Paciente:** - Y ahí entra el tema de los pensamientos.

**Terapeuta:** - Así es.

**Paciente:** - Ahhh veo que todo está unido. Me gusta mucho aprender esto.

Se comenzó realizando en la pizarra distintas dinámicas como defectos y virtudes de sí mismo y sus familiares, situaciones en que estos defectos pudieron salvar un día o funcionar como algo positivo.

**Terapeuta:** - Ahora con lo que hemos trabajado en sesión que podemos decir acerca del caso de tu papá.

**Paciente:** - Que bueno yo sé que él es una persona terca y mente muy cerrada, no está bajo mi responsabilidad el que él esté bien de salud ni que se cuide. Yo puedo hacer muchas cosas y decirle también muchas cosas para que lo haga, pero está en su decisión el poder escoger si hacerlas o no. El plan de aceptarlo y poder lidiar con él tal y como es, es un tanto complicado, pero creo que lo resolveré bien.

**Terapeuta:** - Yo también estoy segura de eso. Y ¿cómo te fue en la heladería?

**Paciente:** - Bien, le pregunté sobre un helado y me hice la que no sabía y todo eso. Si sentí que más personas me miraban, pero no era nada alarmante.

**Terapeuta:** - Está bien pero no era nada catastrófico ¿verdad?

**Paciente:** - No, era algo manejable.

**Terapeuta:** - Bueno ahora vamos por un paso más entonces a las aproximaciones. Ahora quiero que cuando estés en la heladería y alguien te quede mirando, deseo que le sostengas la mirada por unos segundos y después la retiras, nada muy elaborado solo retener la mirada y nada más.

**Paciente:** - Bueno eso será un poco más difícil, pero creo que no es algo muy expuesto. Está bien.

**Terapeuta:** - Recuerda que poco a poco vamos acercándonos al paso que queremos dar que es el de socializar. Ahora vamos a ver qué día está disponible para ponerte la próxima cita.

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que se observó en la paciente motivación para el cambio y se vio que está avanzando dentro del proceso terapéutico.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología



Ayleen

Fecha: 20/12/16

26 años

## **Sesión 10**

### **Objetivos de la sesión:**

- Entrenar en la técnica de Imágenes Racionales Emotivas
- Continuar trabajando la técnica de aproximación sucesiva

### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Imágenes Racionales Emotivas
- Aproximación sucesiva
- Registro de pensamiento

### **Descripción de la sesión:**

Se inició la sesión programada de la siguiente manera:

**Terapeuta:** - Hola! Ayleen, ¿qué tal te ha ido?

**Paciente:** - Bien Alexandra! he estado tratando de poner en práctica lo que hablamos la clase pasada sobre la aceptación incondicional y la verdad que me ha servido bastante porque he discutido menos con mi hermano con el cual a veces tengo algunos roces y con mi papá casi nada. Ahora siento que bueno es su decisión estar sano o no, obviamente me duele el que le pase algo, pero si es que él no pone de su parte y se cura yo no puedo hacer nada ya hice mucho por ayudarlo.

**Terapeuta:** - Así es Ayleen.

**Paciente:** - Bueno, te comento que en mis clases me va súper bien he hecho dos amigos nuevos los cuales los veía en mi universidad, pero nunca les hablaba, pero poco a poco voy socializando más.

**Terapeuta:** - Me alegra mucho lo que me comentas. Cuéntame ¿qué tal te fue con el ejercicio de la heladería?

**Paciente:** - Bueno el sostener miradas siempre me ha costado y temía hacerlo, pero recibí una respuesta completamente opuesta a la que esperaba encontrar. La gente me sonreía algunos se ponían más nerviosos que yo. Algunos niños bromeaban y la verdad que me sentí al principio si algo incomoda, pero después bastante confortable. Además, que sentí que lo había podido hacer y lo había logrado y creo que eso también es algo reconfortante personalmente.

**Terapeuta:** - Claro que sí, el que lo logres hace que poco a poco veas que eres capaz de eso y de mucho más. Y porque yo tengo fe en ti vamos a subir la intensidad. Ahora lo que quiero que hagas es que mantengas la mirada en alguien y le sonrías, si es que esa persona te devuelve amablemente la sonrisa bienvenida sea. Después quiero que subamos un poquito más eso y entablemos conversación con dos personas por lo menos, la duración de la conversación va a estar regida por ti, pero si debe de ser por lo menos mayor a 2 minutos.

**Paciente:** - Está bien! antes me ponía ansiosa hasta cuando me lo decías, pero ahora estoy como que a la expectativa porque ya quiero saber la reacción de las demás personas y si podré hacerlo o no. Creo que sí.

**Terapeuta:** - Yo también creo eso. Cuéntame que tal te ha ido con la reestructuración cognitiva.

**Paciente:** - Bien cada vez me cuesta menos el realizar el cuadro. Esto me ayuda mucho porque el pensar de diferente manera me ha ayudado a poder manejar la emoción que puedo sentir.

**Terapeuta:** - Claro ese es el objetivo. Pero te acuerdas las primeras sesiones donde te dije el poder de los pensamientos y que con esto podríamos manejar nuestras emociones, veías tan imposible el poder hacerlo.

**Paciente:** - La verdad que sí, pero conforme íbamos probando la realidad de estos me di cuenta que si era posible. Aunque como tú dices, algunas situaciones de hecho que desembocaran emociones determinadas como la muerte de algún ser querido, los pensamientos harán que pueda controlar la intensidad de esta emoción.

**Terapeuta:** - Claro cómo te comento nosotros no podemos controlar las situaciones o momentos que puedan ocurrir, pero si como nos queremos sentir ante esto. En cuanto a las hojas que te di pudiste identificar a alguien como el mentor que influyo en tu vida

**Paciente:** - A mi mamá, me he dado cuenta que cuanto más la critico yo soy así y la verdad que a veces no puedo imaginarme el hecho de estar sin mi mamá. Ella es una persona muy importante para mí.

**Terapeuta:** - Claro a veces las personas que más criticamos son los que podemos ver más de ellos en nosotros. Aparte de eso has visto características de ella centrándonos en la interacción social que tengas en común con ella.

**Paciente:** - Bueno ella también es un poco retraída y tímida igual que yo supongo que también saqué algo de ella.

**Terapeuta:** - Es que como te comenté al principio también nosotros aprendemos por lo que vemos entonces cuando nosotros hablamos de Fobia Social es algo más amplio; es decir, el nivel biológico, psicológico y social entonces vemos en general el problema lo cual hace que también tengas características de tu mamá en tu personalidad. En cuanto a los monstruos veo que has hecho bien el ejercicio de la lectura poniendo lo que decía la abuelita sabía que sería la reestructuración cognitiva.

**Paciente:** - Si ahora que manejo eso mejor es más fácil el poder trabajarlo y ver qué diría mi parte racional?

**Terapeuta:** - Claro cómo te dije cuando manejas mejor la técnica es más fácil el poder tu misma darte cuenta de esas ideas perturbadoras. Bueno el día de hoy te voy a enseñar una técnica llamada Imágenes Racionales Emotivas la cual tiene como objetivos

1. Ayudarte a identificar las emociones apropiadas y racionales que te gustaría sentir en esa situación problemática
2. Permitirte explorar los mecanismos de aceptación más convincentes y naturales y practicarlos con imágenes emotivas racionales para que estas se den de inmediato en las situaciones de gran tensión

**Terapeuta:** -Ahora lo que quiero es que escojamos una situación social que nos provoque mucha ansiedad.

**Paciente:** - La última vez que expuse un caso con unos médicos, ahí sentí como una ansiedad de 7 o 8. Si me sentí muy ansiosa.

**Terapeuta:** - Muy bien vamos a coger ese recuerdo y quiero que ahora cierres lo ojos y comencemos a narrar ese suceso desde el comienzo. Desde que estabas caminando hacia ellos todo lo que le dijiste, lo que pensaste y como viste que ellos reaccionaron. Quiero que recordemos todo hasta poder experimentar el nivel de ansiedad que tuvimos en ese momento.

**Paciente:** - Okey trataré.

La paciente comenzó a relatar la situación ansiosa dando detalles de esta observándose que con el paso de la narración comenzaba a mostrar su sintomatología ansiosa como el sudor, temblor muscular y el movimiento de manos y pies.

**Terapeuta:** - Ahora Ayleen en cuánto de ansiedad estamos?

**Paciente:** - En 7. No me siento bien.

**Terapeuta:** - Lo estás haciendo muy bien. Ahora quiero que esa ansiedad que tienes de 7 lo vuelvas adaptativa y la bajas a un 3.

**Paciente:** - ¿Y cómo hago eso?

**Terapeuta:** - Ayleen tú ya tienes las herramientas necesarias para lograrlo. Vamos tú puedes, tomate el tiempo que necesites y cuando hayas bajado a 3 me avisas.

**Paciente:** - Está bien!

La paciente demoro unos minutos en cambiar su ansiedad

**Terapeuta:** - Muy bien! Ayleen quiero que me digas como lograste cambiar ese nivel de ansiedad.

**Paciente:** - Bueno comencé a pensar que no tenían los médicos que reírse de mí y que yo estaba preparada para eso y que era tan buen médico como ellos, si bien no puedo tener la experiencia que tiene ellos estoy preparada y no tienen porque asustarme.

**Terapeuta:** - Muy bien! ¿sabes qué proceso has hecho con eso?

**Paciente:** ¿Me reestructure?

**Terapeuta:** - Claro, que hubiera pasado si es que yo te decía ya ahora reestructúrate, de repente lo hubieras hecho bien y en poco tiempo, pero la idea es que tú misma puedas salir de esa situación y así buscar la solución para sentirte mejor.

**Paciente:** - Si, tienes razón.

### **Conclusiones:**

Se lograron los objetivos planteados debido a que el paciente pudo comprender la técnica de imágenes racionales emotivas pudiendo cambiar su ansiedad inadecuada por una más adecuada.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

Ayleen

Fecha: 27/12/16

26 años

## **Sesión 11**

### **Objetivos de la sesión**

- Entrenar en la técnica de ataque a la vergüenza
- Explicar la causalidad circular tanto intrapersonal como interpersonal

### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Ataque a la vergüenza
- Causalidad circular (inter e intrapersonal)
- Aproximación sucesiva
- Registro de pensamiento

### **Descripción de la sesión:**

La sesión se inició de la siguiente manera:

**Terapeuta:** - Hola Ayleen! ¿cómo está?

**Paciente:** - Bien Alexandra, he estado haciendo el ejercicio de las imágenes, pero con diferentes situaciones llegando a la emoción y después bajándola, lo hacía antes de acostarme y si funcionaba. Al principio tenía pesadillas, pero después normal podía tranquilizarme.

**Terapeuta:** - Que bueno me alegro que lo que hagamos en sesión no solo te esté sirviendo, sino que lo vayas practicando para mejorar.

**Paciente:** - Si la verdad que tú sabes cuánto es lo que quiero sanarme y estar bien así que todo lo que venga para eso es bien recibido.

**Terapeuta:** - Me parece perfecto. Ahora si coméntame ¿cómo te está yendo con el ejercicio de la heladería?

**Paciente:** - Bueno como me dijiste sostuve la mirada, sonreí a cuatro personas. Primero a una señora quien me devolvió la sonrisa, después a un señor que reacciono igual, luego paso un chico y como que me miro extraño y se fue caminando rápido y luego otro chico que si me siguió la sonrisa y con él fue el que hice la conversación. Había pensado que sería con la señora, pero como le sonreí y él se me acerco comenzamos a conversar. Me dijo que va al mismo gimnasio que yo, fue una tarde divertida.

**Terapeuta:** - Si veo que la pasaste muy bien y como te sentiste con el chico que no te devolvió la sonrisa.

**Paciente:** - Al inicio dije pucha para que lo intente, pero luego recordé lo que conversamos, de que todas las personas no suelen o tienen que reaccionar como me gustaría o quisiera además pensé en que pensó él al verme así y me dio mucha risa porque me imagino que habrá dicho está loca que hace sonriéndome. No se es raro que de la vergüenza me haya dado risa.

**Terapeuta:** - Justo eso vamos a ver hoy día. ¿Pudiste revisar y ver los videos que te mande sobre shame attack?

**Paciente:** - Si es bien chistoso como dejan la vergüenza de lado y comienzan a hacer cosas locas.



**Terapeuta:** - Exactamente eso quiero que hagas ahora. Tenemos la aproximación sucesiva de la heladería en donde ya hablamos con una persona y logramos poco a poco atrevernos a más cosas dejando la ansiedad de lado y vimos que no era terrorífico ni espantoso hacerlo. Ahora dejaremos eso de lado y vamos a hacer eso, vamos a ir a un lugar acompañada de una amiga, hermana o alguien y vas a tener que hacer tu propio “Ataque a la vergüenza” obviamente para saber que lo realizaste lo vas a tener que traer grabado. Pero quiero que seas lo más sincera posible con este ejercicio, practica la respiración antes del ejercicio, así como la anotación y el registro de pensamiento.

**Paciente:** - Qué vergüenza! Ale en serio ¿quieres qué haga eso?

**Terapeuta:** - Claro que sí! ahora tu misma sabes que eres capaz de eso y de más vamos Ayleen depende de ti.

**Paciente:** - Está bien lo haré!

**Terapeuta:** - Así me gusta toda tu actitud luchadora. Bueno ahora he estado viendo tus registros de pensamiento y quiero que analicemos algunas cosas. Sabes lo que es la causalidad circular.

**Paciente:** - No

**Terapeuta:** - Bueno, es el proceso de entendimiento por el cual nos damos cuenta que todas nuestras acciones tienen consecuencias tanto para nosotros mismos como para los demás. Nuestras acciones desencadenan pensamientos tanto en mí como con las personas de mí alrededor. Es como que un costo de tu conducta. Te lo explico más sencillo.

Se le explicó a la paciente la causalidad circular tanto interpersonal como intrapersonal

**Conclusiones:**

Se lograron los objetivos planteados debido a que el paciente pudo comprender la técnica de ataque a la vergüenza y causalidad circular

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

Ayleen

Fecha: 04/01/17

26 años

**Sesión 12**

**Objetivos de la sesión**

- Realizar la técnica de hipnosis en la paciente

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Hipnosis TREC
- Registro de pensamiento

**Descripción de la sesión:**

Después se procedió a realizar lo programado por la sesión de la siguiente manera:

**Terapeuta:** - Hola Ayleen! ¿Cómo estás?

**Paciente:** - Bien Alexandra! todo ha estado normal en la semana.

**Terapeuta:** - Qué tal te va en tu curso de la universidad?

**Paciente:** - Bien, estoy pensando en que especialidad meterme. El año pasado postule para endocrino, pero ahora en terapia me he dado cuenta que lo hice más bien por los pensamientos de salvadora que tengo y de responsabilidad ya que creía que así cuidaría y le haría ver a mi papá su enfermedad, pero no es lo que realmente me gusta así que estoy viendo a donde postular.

**Terapeuta:** - Claro! lo importante es que puedas escoger algo que te gusta realmente. Y ¿cómo te fue en el ejercicio de shame attack?

**Paciente:** - Hay Ale que vergüenza, me he divertido demasiado. Me fui con una amiga al parque que esta por mi casa que es grande. Me puse unas orejas de conejo, tenía una zanahoria en la mano y mi rabito y la gente me miraba y se mataba de la risa. Al principio si sentí mucha ansiedad, pero después ya dije pucha que voy a hacer ya fue y seguí. Hasta los niños se acercaban para tomarse fotos conmigo.

**Terapeuta:** - ¡Qué gracioso! A ver tu video

Se vio el video que había traído viendo cómo se había divertido y cumplido con la tarea asignada.

**Terapeuta:** - Veo que te divertiste mucho y te das cuenta que no era nada catastrófico como pensaste.

**Paciente:** - Claro que no, es más mi amiga me dijo que ella también lo quería hacer. Me divertí la verdad ya no me importa lo que la gente crea de mí, ni que me vea o piense que soy tonta porque sé que no lo soy.

**Terapeuta:** - Esa actitud me gusta más. Bueno Ayleen el día de hoy vamos a trabajar la hipnosis, ¿sabes qué es?

**Paciente:** - Creo que es cuando te quedas dormida y te hacen regresar al pasado.

**Terapeuta:** - Bueno ese es el cliché que se trabaja como hipnosis, pero en la Trec la hipnosis es un medio por el cual trabajar los pensamientos en el paciente por lo cual quiero pedirte que te acomodes en la silla lo más cómoda posible dejando de lado tus cosas. Cuando estés cómoda me avisas para empezar, es necesario que pongas tu celular en silencio o lo apagues. Además de eso te voy a pedir que especialmente grabes esta sesión ya que este ejercicio vas a tener que realizarlo por lo menos un día a la semana por el lapso de un mes.

La paciente realizó lo pedido, encontrándose cómoda en su asiento. Se inició la hipnosis rescatando el siguiente párrafo que contiene lo expuesto por la terapeuta en donde se construyó en base a los miedos, creencias irracionales y la problemática de la paciente.

Primero afloja los dedos de los pies y después ténsalos. Tensa sólo los dedos de los pies. Ahora relájalos. Relájalos, relájalos. Ahora voy a decirte una serie de ejercicios de relajación parecidos al que acabas de hacer con los dedos de los pies, pero prestando una mayor atención a la segunda parte - concentrándote en la relajación física. Quiero que relajes los dedos de los pies y te centres sólo en relajarlos. Piensa en tus dedos y concéntrate en relajarlos. Relájalos, relájalos, relájalos. Después relaja el resto de los músculos de los pies - todos los músculos del talón, la planta, el tobillo, el empeine. Deja que todos los músculos de los pies se sumerjan en un estado de relajación agradable, fácil, libre. Relaja las plantas de tus pies, los tobillos, talones, todos tus pies. Simplemente relájate, relájate, relájate, relájate.

Ahora relaja las pantorrillas, relájalas, siéntelas libres, cálidas, agradables, sueltas y relajadas. Ahora relaja las rodillas, deja que los músculos de las rodillas estén libres, flexibles, a gusto, calientes, relajados. Ahora los muslos: relaja los músculos de los muslos, concéntrate en ellos, y relájalos, relájalos, relájalos. Relax, relax, relax. Ahora las caderas, deja que se relaje tu cadera, relax, relax, relax. Y ahora volvamos otra vez con los dedos de los pies, relaja los dedos de los pies, los pies, las pantorrillas, las rodillas, los muslos, y la cadera. Siente toda la parte inferior de tu cuerpo relajada, relajada, relajada, relajada, relajada. Ahora los músculos del estómago. Piensa en los músculos del estómago, concéntrate en ellos, relaja todos los músculos del estómago, relájalos, déjalos libres, flexibles, calientes, sueltos.

Y ahora, los músculos del pecho. Respira tranquilamente - dentro y fuera, dentro y fuera, vamos, relaja los músculos del pecho, deja que se relaje todo tu pecho, igual que el estómago, las piernas y los pies, relax, relax, relax, relax. Concéntrate en los músculos de los hombros, y relájalos. Déjalos que se vayan hundiendo, hundiendo, hundiendo. Déjalos que se vayan hundiendo, hundiendo, hundiendo en cualquier sofá, cama o silla en el que estés descansando. Déjalos. Déjalos que se relajen. Y ahora los músculos de la parte de arriba de los brazos, siéntelos sueltos, libres, calientes, relajados. Y los codos, deja que se relajen los codos, relax, relax, relax. Y los músculos de los antebrazos, déjalos, déjalos. Cálidos, libres, sueltos, relajados. Ahora concéntrate en los músculos del cuello. Vamos. Deja que los músculos del cuello, que algunas veces están tensos, se relajen, se relajen, se relajen. Y ahora la mandíbula. Deja la boca entreabierta. Deja que se relajen los músculos de la mandíbula, relax, relax, relax. Incluso puedes relajar los músculos de las mejillas. Puedes dejarlos un poco más flojos y relajados de lo que están normalmente. Y los músculos de la boca, los labios, relájalos, relájalos, relájalos, relájalos.

Y ahora, la parte de arriba de la cabeza, el cuero cabelludo, frunce un poco tu cuero cabelludo y deja que se relajen los músculos, relax, relax, relax. Y en especial los de los ojos que ahora están tensos. Deja esos ojos relajados, relajados. Suelos, libres, y flexibles. Ahora *quieres* que tus ojos se cierren en un estado agradable y relajado. Y te concentras en dejar que tus ojos se relajen, se relajen. Y se te van cerrando. Fácil y libremente, cálidos y relajados. Se van cansando. Ellos *quieren* relajarse y tú *quieres* que se relajen. Junto con el resto de tu cuerpo, tú *quieres* en especial que tus ojos se relajen, déjalos. Se están cerrando, se van cansando más y más, y se van relajando más y más. Y ahora tus ojos se están cerrando, y se van relajando. *Sientes* realmente la relajación en los músculos de los ojos. Se van cerrando, cerrando, relajándose más y más. *Quieres* irte, *quieres* dejarte ir y sentirte completamente tranquila y relajada. *Quieres* hundirte en un estado total, total de relajación.

Tus ojos se van volviendo más y más pesados y *quieres* dejarte llevar, intentas hundirte en un estado de relajación cada vez más profundo, más profundo. *Quieres* que todo tu cuerpo, especialmente tus ojos, se vuelvan *más pesados, más pesados, más pesados*, en un estado de relajación total, libre, agradable, flexible. Y ahora te estás dejando llevar a un estado *más profundo, más profundo, más profundo, más profundo*. *Quieres* relajarte completamente y dejarte llevar a un estado *profundo, profundo, mucho más profundo, más profundo*, un estado de relajación total, total, total. Sólo escuchas el sonido de mi voz, estás concentrada en él, es todo lo que *quieres* oír, el sonido de mi voz, estás concentrada en él, es todo lo que *quieres* oír, el sonido de mi voz. Y vas a hacer lo que yo te diga, porque *quieres*, *quieres* hacerlo. *Quieres* permanecer en este estado de relajación y escuchar mi voz y hacer lo que te diga porque *quieres, quieres* estar relajada. *Quieres* librarte de tu ansiedad y *sabes* que esto te ayudará, relájate y escucha, relájate y escucha, entra en un estado de relajación completo.

Estás concentrada sólo en mi voz y vas a escuchar atentamente lo que te diga. Vas a recordar todo lo que yo te diga. Y después de que despiertes de este estado hipnótico, de relajación, te sentirás muy bien. Porque vas a recordar todo y vas a utilizar lo que oigas, utilizarlo para *ti*. Vas a utilizarlo para eliminar toda tu ansiedad y toda tu ansiedad *por* la ansiedad. Vas a recordar lo que yo te diga y vas a utilizarlo todos los días. Siempre que sientas ansiedad por algo, vas a recordar lo que te estoy diciendo ahora, en este estado de relajación, y vas a concentrarte totalmente en él, vas a concentrarte en él muy bien, y harás exactamente lo que te voy a decir, relájate y elimina la ansiedad, relájate y elimina la ansiedad. Siempre que te pongas nerviosa por algo, te darás cuenta de que la causa de tu ansiedad está en que te dices a ti misma: «*¡Debo* hacerlo bien! *¡Debo* hacer esto, o no *debo* hacer lo otro!». Ves con claridad y aceptas completamente que tu ansiedad proviene de lo que te dices a ti misma. No te viene por las cosas que ocurren. No te viene por las demás personas. *Tu* eres la que te pones nerviosa a ti misma, exigiendo que algo debe ir bien o no *debe* existir. Son *tus* exigencias las que te ponen nerviosa. Siempre eres tú y tu autodiálogo; y, por lo tanto, *tú* lo controlas y tú puedes cambiarlo.

Vas a pensar: «*yo* soy la que me pongo nerviosa. No *tengo* que continuar poniéndome nerviosa, si abandono todas mis exigencias, deberes, obligaciones e imposiciones. Si realmente acepto las cosas como son, o como vienen, no estaré ansiosa. Puedo conseguir estar siempre tranquila o menos tensa si abandono mis exigencias, relajándome - si quiero y deseo las cosas, pero dejo de *necesitar, exigir, e insistir* en ellas». Vas a repetirte: «Puedo *pedir* cosas, puedo *desearlas*. *¡Pero* no las *necesito*, no las *necesitaré* nunca! No hay nada que *deba* tener; y no hay nada que *deba* evitar, incluida mi ansiedad. Me *gustaría* librarme de ella. *Puedo* librarme de ella. *Voy* a librarme de ella. Pero si me digo a mí misma: '*¡No debo* estar ansiosa! *¡Debo* estar tranquila!' entonces estaré ansiosa».

«No hay nada que me mate. La ansiedad no va a matarme. La falta de relaciones sexuales no va a matarme. Hay cantidad de cosas desagradables en el mundo que no me gustan, pero puedo *soportarlas*, no *tengo* que librarme de ellas. *¡Si* estoy nerviosa, pues estoy nerviosa - qué le vamos a hacer! Porque *yo* puedo controlar mi destino emocional, mientras no sienta que *tengo* que hacer algo, que *tengo* que tener éxito con algo. Eso es lo que me destruye - la idea de que *debo* ser sexy o que *debo* tener éxito en las relaciones sexuales. O que *tengo* que librarme de mi ansiedad».

En tu vida diaria, después de escuchar esta cinta, vas a seguir pensando en estas cosas. Siempre que estés nerviosa, vas a observar qué es lo que estás haciendo para *ponerte* nerviosa, abandonarás tus exigencias e imposiciones. Refutarás tu idea de que: «¡*Debo* hacerlo bien! ¡*Debo* gustar a la gente! ¡No *deben* criticarme! ¡Es terrible que me critiquen!» Continuarás preguntándote: «¿Por qué *debo* hacerlo bien? ¿Por qué *tengo* que ser una compañera sexual fantástica? Sería muy *agradable* que yo gustara a la gente, pero nadie les *obliga*. No *necesito* su aprobación. Si me critican, si me echan la culpa, o piensan que soy demasiado sexy o demasiado poco sexy, ¡es su problema! No *necesito* su aprobación. Me *gustaría* tenerla, pero no la *necesito*. También me *gustaría* estar tranquila, pero no hay ninguna razón por lo que *deba* estarlo. Efectivamente, no hay ninguna razón por la que *deba* estar tranquila. Simplemente sería *preferible*. No va a matarme que fracase en cualquier de estas cosas».

«Y cuando muera, algo que sucederá antes o después, ¡pues moriré! La muerte no es horrible. Es un estado de *no* sentir. Es exactamente el mismo estado que antes de nacer. No sentiré *nada*. ¡Así que no hay ninguna necesidad de temerlo!». «Incluso si me pongo muy nerviosa y me vuelvo loca, tampoco es terrible. Si me digo continuamente a mí misma: 'No *debo* volverme loca! ¡No *debo* volverme loca!' ¡Entonces es cuando me volveré loca! Pero incluso si estoy loca, ¡pues estoy loca! Seguiré *viviendo*, aunque me encuentre en un hospital mental. Podré *vivir* sin deprimirme por mi estado. ¡*Nada* es terrible, ni el que no guste a la gente, ni el que me comporte como una estúpida, ni el que me ponga muy nerviosa! ¡*Nada* es terrible! ¡*Puedo* soportarlo! ¡No son más que contratiempos!».

Esto es lo que vas a pensar todos los días. Siempre que te pongas nerviosa por algo, vas a observar qué es lo que te pone nerviosa, vas a darte cuenta de que estás exigiendo algo, diciendo: «¡*Debe* ser así! ¡Las cosas *deben* irme bien! ¡No *debo* hacer nada malo! ¡No *debo* estar nerviosa!» Y vas a pararte y a decir: «No necesito esas tonterías. Si las cosas ocurren de ese modo, pues han ocurrido. ¡No es el fin del mundo! Me *gustaría* no estar nerviosa, me *gustaría* que me fuera bien con la gente, me *gustaría* tener unas buenas relaciones sexuales. Pero si no tengo todo eso, ¡pues *no lo tengo*! No es el fin. Puedo ser una persona feliz a pesar de los fracasos y las desdichas. Si no *exijo*, si no insisto, si no digo: '¡Debo, debo!' Las imposiciones son una locura. Todos mis *deseos* son correctos. Pero, ¡No *necesito* lo que deseo!». Esto es lo que vas a hacer en tu vida diaria. Vas a utilizar tu cabeza, tu capacidad de pensar para concentrarte en eliminar la ansiedad, de la misma forma en que has escuchado y te has concentrado hasta ahora. Tu concentración irá aumentando. Vas a controlar tus pensamientos y sentimientos cada vez más y más. Vas a darte cuenta de que *tú* creas tu ansiedad, *tú* te trastornas, y *tú* no tienes que hacerlo, no tienes por qué continuar haciéndolo. Siempre estás a tiempo de eliminar tu ansiedad. Siempre estás a tiempo de cambiar. Siempre puedes relajarte, y relajarte, y relajarte, y no tomar *nada*, ni a *nadie* demasiado en serio.

Esto es lo que vas a recordar, y en lo que vas a trabajar cuando salgas de este estado de relajación. Vas a tener siempre esta idea en la cabeza; «*Yo* soy la que tengo el control sobre mí misma. No *tengo* que trastornarme por nada. Si me trastorno, mala suerte. Puedo sentirme mal durante un rato, pero eso no va a arruinar mi vida ni a matarme. Y puedo estar nerviosa sin degradarme, sin decir: '¡No debo estar nerviosa!' A veces me pondré nerviosa, pero puedo superar mi ansiedad si no me *exijo* no ponerme nerviosa».

Y vas a ir mejorando y mejorando a medida que vayas pensando de esta forma racional. Y vas a ir controlándote cada vez más. Nunca tendrás un control *total* sobre ti misma, porque nadie está nunca completamente tranquilo. Pero estarás mucho menos nerviosa y podrás vivir con esa ansiedad. Y si vives con ella, al final desaparecerá. Nada es terrible, ni siquiera la ansiedad. Esto es en lo que vas a pensar y meditar hasta que te lo creas realmente. Ahora te sientes muy a gusto, libre, y completamente relajada. Dentro de unos minutos voy a pedirte que salgas de este estado hipnótico y de relajación. Después te encontrarás muy a gusto. Cuando salgas de este estado te sentirás bien. La hipnosis no te hará ningún daño. Vas a acordarte de todo lo que te he dicho y vas a utilizarlo. Y escucharás la cinta todos los días durante el próximo mes. Seguirás escuchándola hasta que te la creas de verdad. Con el tiempo serás capaz de seguir tus instrucciones y hacer desaparecer la ansiedad y la ansiedad por la ansiedad, sin la ayuda de la cinta.

Entonces tu misma podrás librarte de tu ansiedad. Podrás relajarte siempre, y utilizar la técnica contra la ansiedad que has aprendido en la cinta. Siempre podrás aceptarte a ti misma *con* tu ansiedad, y dejarás de repetirme: «¡No debo estar nerviosa! ¡No debo estar nerviosa!» Di simplemente: «No me *gusta* la ansiedad, voy a trabajar para que desaparezca, voy a vencerla. Puedo controlarme a mí misma y controlar mi destino emocional. Puedo relajarme y sentirme libre, a gusto, como me siento ahora, olvidarme de las preocupaciones durante un rato y sentirme tranquila. Pero primero puedo aceptarme a mí misma con mi ansiedad, dejar de luchar desesperadamente contra ella, y dejar de repetirme que es horrible estar nerviosa. Después puedo retomar mi ansiedad original y eliminarla definitivamente rehusando obsesionarme con el fracaso y refutando con intensidad mis creencias irracionales: ' ¡Debo hacerlo bien! No debo ser rechazada.' » Ahora te sientes relajada y muy a gusto, dentro de un par de minutos voy a contar hasta tres y entonces te despertarás y te sentirás con fuerza, tendrás un buen día, y no experimentarás ningún efecto negativo, ni dolores de cabeza, ni malestares físicos. Todo va a salir bien, y tú tendrás un buen día. Te acordarás de todo lo que he dicho, y escucharás la cinta siempre que te sea posible, por lo menos una vez al día. Pensarás y trabajarás cada vez más en todo esto. Podrás controlarte a ti misma y reducir bastante tu ansiedad. Y cuando te pongas nerviosa, aceptarás esa ansiedad, vivirás con ella y rehusarás aterrorizarte por ella. Muy bien, voy a contar hasta tres y cuando diga *tres* vas a despertarte, estarás muy despierta y alerta, y te sentirás de maravilla durante el resto del día. ¡Una, dos, tres!

**Terapeuta:** - Aileen, cuéntame ¿cómo te sientes?

**Paciente:** - Muy bien Alexandra, me siento súper relajada como si no tuviera preocupaciones, me siento como si me hubiera sacado un peso de encima no se me siento rara.

**Terapeuta:** - Bueno la idea es que veas un cambio en esto. Ahora quiero que esta grabación la repitas todos los días por lo menos una vez por el lapso de un mes.



**Conclusiones:**

Se lograron los objetivos planteados debido a que se pudieron realizar las técnicas previstas

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

Ayleen

Fecha: 12/01/17

26 años

**Sesión 13****Objetivos de la sesión:**

- Entrenar en la técnica de video feedback

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Video feedback
- Registro de pensamiento

**Descripción de la sesión:**

Se inició la sesión felicitando a la paciente por la puntualidad al llegar a la sesión.

Después se procedió a realizar lo programado por la sesión de la siguiente manera:

**Terapeuta:** - ¡Hola Ayleen! ¿cómo estás?

**Paciente:** - Bien Alexandra! esta semana he ido a una reunión. Nos reunimos unas amigas porque vino una del extranjero y la pasamos muy bien.

**Terapeuta:** - ¿Y qué tal la ansiedad?

**Paciente:** - Bien todo bien ya siento que no me importa que me puedan juzgar es más el otro día fui en el micro como me dijiste con mi uniforme todo el mundo me miraba y en otro momento si me hubiera dado vergüenza, pero ahora como si nada me reía.

**Terapeuta:** - Así que bueno! entonces digamos que tienes varias herramientas con las cuales poder regular la ansiedad.

**Paciente:** - Ha claro que si, además hace dos días fui al psiquiatra me dijo que por ella ya me retiraría la medicación, pero como ya se acerca dentro de dos meses mi examen del residentado entonces prefieren mantenerme en bajas dosis hasta que termine contigo

**Terapeuta:** - Si claro!! entiendo. Bueno la técnica que veremos el día de hoy se llama video feedback.

Se procedió a la explicación de la técnica en donde se le explico a la paciente que sería grabada por la terapeuta en relación a un tema en específico sabiendo esta que las mayores dificultades están en las exposiciones realizadas a sus superiores. Entonces la paciente debía de imaginarse que le estaba exponiendo a uno de estos mientras seria grabada por la terapeuta para después ver el video



**Terapeuta:** - Bueno Ayleen, como te digo yo te voy a grabar realizando una exposición aquí sentada. Tú debes de imaginarte que yo soy una de los doctores con autoridad que tienes en tu hospital y deberás de hablar por un minuto. Como piensas que lo harás

**Paciente:** - Bueno creo que como eres tú no sentiré mucha ansiedad

**Terapeuta:** - Muy bien! que te parece si utilizamos el sub para esto

### **Se comenzó a realizar la técnica**

**Terapeuta:** - Cuéntame ¿cómo te has sentido?

**Paciente:** - Bueno un poco nerviosa porque temía olvidarme de algo, pero manejable

**Terapeuta:** - Entonces tenemos algo así.

	SUB inicial	SUB final
AYLEEN	5/10	3/10

**Paciente:** - Así es.

**Terapeuta:** - ¿Y cuánto tiempo crees que has estado hablando?

**Paciente:** - Un minuto como me dijiste.

**Terapeuta:** - Bueno te cuento que tu video tiene 3 minutos y medio.

**Paciente:** - Así!! ¡Tanto hablé!!

**Terapeuta:** - Así es. Ahora quiero que te tomes unos minutos para que veas tu video

### **La paciente vio el video tomado**

**Terapeuta:** -Ahora que has visto tu video que te parece?

**Paciente:** - Bueno no fue tan desastroso pensé que lo había hecho peor.

**Terapeuta:** -Te das cuenta que es una interpretación eso.

**Paciente:** - Si tienes razón.

**Terapeuta:** - Bueno entonces como nos quedan algunos minutos como te dije vamos a ir exponiéndonos a ese efecto ansioso que tenemos. Voy a hacer ingresar a dos personas para que te escuchen. Vas a decir exactamente lo mismo que me has dicho a mí, yo estaré aquí grabándote, pero ahora te pararas aquí al frente para que ellas puedan escucharte y después hablaremos de esto.

**Se invitó a pasar a dos colaboradoras y se procedió a realizar el mismo ejercicio**

**Terapeuta:** -Cuéntame ¿cómo te has sentido ahora?

**Paciente:** - Bueno al principio muchísimo más nerviosa porque como no las conozco sentía que se me complicaba más. Pero fue algo manejable porque después me concentre en lo que tenía que decir y fue más fácil.

**Terapeuta:** - Que bueno que hayas podido manejar la situación. Vamos a hacer el cuadro y te enseñare el video.

	SUB inicial	SUB final
AYLEEN	6/10	4/10

**Terapeuta:** - ¿Qué te parece?

**Paciente:** - Ahora que veo el video observo que no lo hice tan mal, pero si como que tenía mis manos estáticas entonces creo que ahí estaba la tensión es cuestión de soltarme más.

**Terapeuta:** - Claro producto de la ansiedad es que puedes estar así, pero es manejable poco a poco lo trabajaremos, pero como inicio es un buen paso. Como te dije vamos a ir incrementando las exposiciones.

**Paciente:** - Está bien! Alexandra.

**Conclusiones:**

Se lograron los objetivos planteados debido a que el paciente pudo comprender la técnica de video feedback

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

Ayleen

Fecha: 18/01/17

26 años

## **Sesión 14**

### **Objetivo general:**

- Enseñar a la paciente componentes de la técnica de habilidades sociales
- Entrenar en los estilos de comunicación

### **Técnicas:**

- Diálogo expositivo.
- Técnica grafica
- Psicoeducación
- Ensayo conductual

### **Descripción de la sesión:**

Se dio inicio a la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole en qué consistirá el proceso psicoterapéutico de la sesión de hoy.

**Terapeuta:** - Bien Ayleen, hoy vamos a hablar sobre las habilidades sociales, antes de poder exponernos a diferentes tipos de experiencias sociales debemos de saber los componentes y los tipos de comunicación que existen ya que cuando salgamos a exponernos ante las situaciones ansiosas vamos a encontrar diferentes tipos de personas las cuales pueden responder de determinada manera.

**Paciente:** - Claro! porque a veces es complicado como abordar a alguien.

**Terapeuta:** - Claro y el modo de contestar de algunas personas no está dentro de mí control, pero si está dentro de mi control la manera en que yo puedo interpretar

esas situaciones y como me quiero sentir con la manera o la forma en la que ellos me responden.

**Paciente:** - Con los pensamientos.

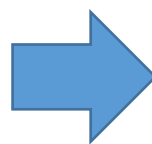
**Terapeuta:** - Claro con los pensamientos que yo tengo puedo controlar la manera en que me voy a sentir. Ahora empecemos...

### HABILIDADES SOCIALES

Es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras reduce la probabilidad de futuros problemas.

**Terapeuta:** - Ahora es importante que sepas la importancia de comunicar lo que nosotros sentimos y la de escuchar lo que nos expresan.

Se le explico al paciente las formas de comunicación:



#### COMUNICACIÓN NO VERBAL:

- La mirada
- La sonrisa
- La expresión facial
- La postura corporal
- El contacto físico
- La apariencia personal



- COMUNICACIÓN VERBAL:**
- Los saludos
  - Las presentaciones
  - Pedir favores y dar las gracias
  - Pedir disculpas
  - Unirse a una conversación
  - Iniciar, mantener y finalizar una conversación


Las habilidades sociales básicas consisten en saber iniciar conversaciones, mantenerlas y finalizarlas, hacer cumplidos y recibirlos, hacer peticiones: pedir un favor y decir que no, hacer críticas y saber recibir estas críticas, así como expresar nuestras emociones.

**Terapeuta:** - Entonces Ayleen hemos observado que la comunicación es tanto de tipo verbal como no verbal, la mayoría de lo que expresamos es no verbal; es decir, lo que nuestro cuerpo manifiesta. Ahora vamos a comenzar con los tipos de comunicación:

**TIPOS DE COMUNICACIÓN**

TIPO DE COMUNICACIÓN	IMAGEN	CONDUCTA VERBAL	CONDUCTA NO VERBAL	EFFECTOS
AGRESIVO		- Impositiva - Con interrupciones - Elevado volumen de voz	- Mirada fija - Gestos amenazantes - Postura tensa	- Crea tensión - No visiona diferentes puntos de vista - Genera rechazo "efecto círculo vicioso" - Conflictos interpersonales



				- Bloquea la comunicación
PASIVO		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tímida</li> <li>- Volumen de voz bajo</li> <li>- Tono inseguro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desvió de la mirada</li> <li>- Movimientos nerviosos</li> <li>- Postura recogida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad para conseguir sus objetivos</li> <li>- No defiende sus derechos</li> <li>- Nivel de autoestima baja, conflictos internos de la persona</li> </ul>
ASERTIVO		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directa</li> <li>- Es firme</li> <li>- Voz sin vacilaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mirada segura y directa</li> <li>- Gestos firmes</li> <li>- Postura relajada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consigue sus objetivos</li> <li>- Satisfecho consigo mismo, defiende sus derechos resuelve problemas planteados</li> <li>- Relaciones interpersonales positivas, es selectiva, sabe decir "no"</li> </ul>

**Terapeuta:** - Bien, entonces ahora ya sabemos cómo expresarnos y que tipo de comunicación es la mejor, eso también nos sirve para expresarnos frente a un público como una exposición o reunión importante.

**Paciente:** - Si, como me dijiste nosotros no podemos medir como las personas nos van a responder a nosotros, pero si como queremos sentirnos hacia como lo hacen ellas.

## **Conclusiones:**

Se lograron los objetivos planteados debido a que la paciente pudo comprender los tipos de comunicación que existen y las formas de la misma, así como lo que incluye las habilidades sociales.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

Ayleen

Fecha: 26/01/17

26 años

## **Sesión 15**

### **Objetivo general:**

- Explicarle a la paciente la Técnica de Solución de Problemas

### **Técnicas:**

- Modelado
- Solución de Problemas
- Registro de pensamiento

### **Descripción de la sesión**

Inicialmente, se le dio la bienvenida a la paciente y se le felicitó por su asistencia y puntualidad.

**Terapeuta:** - Hola Ayleen! ¿Cómo has estado?

**Paciente:** - Muy bien Alexandra! he estado controlando muy bien mi ansiedad y ya no suelo sentirla.

**Terapeuta:** - ¡Qué bueno! Ya se acerca tu examen

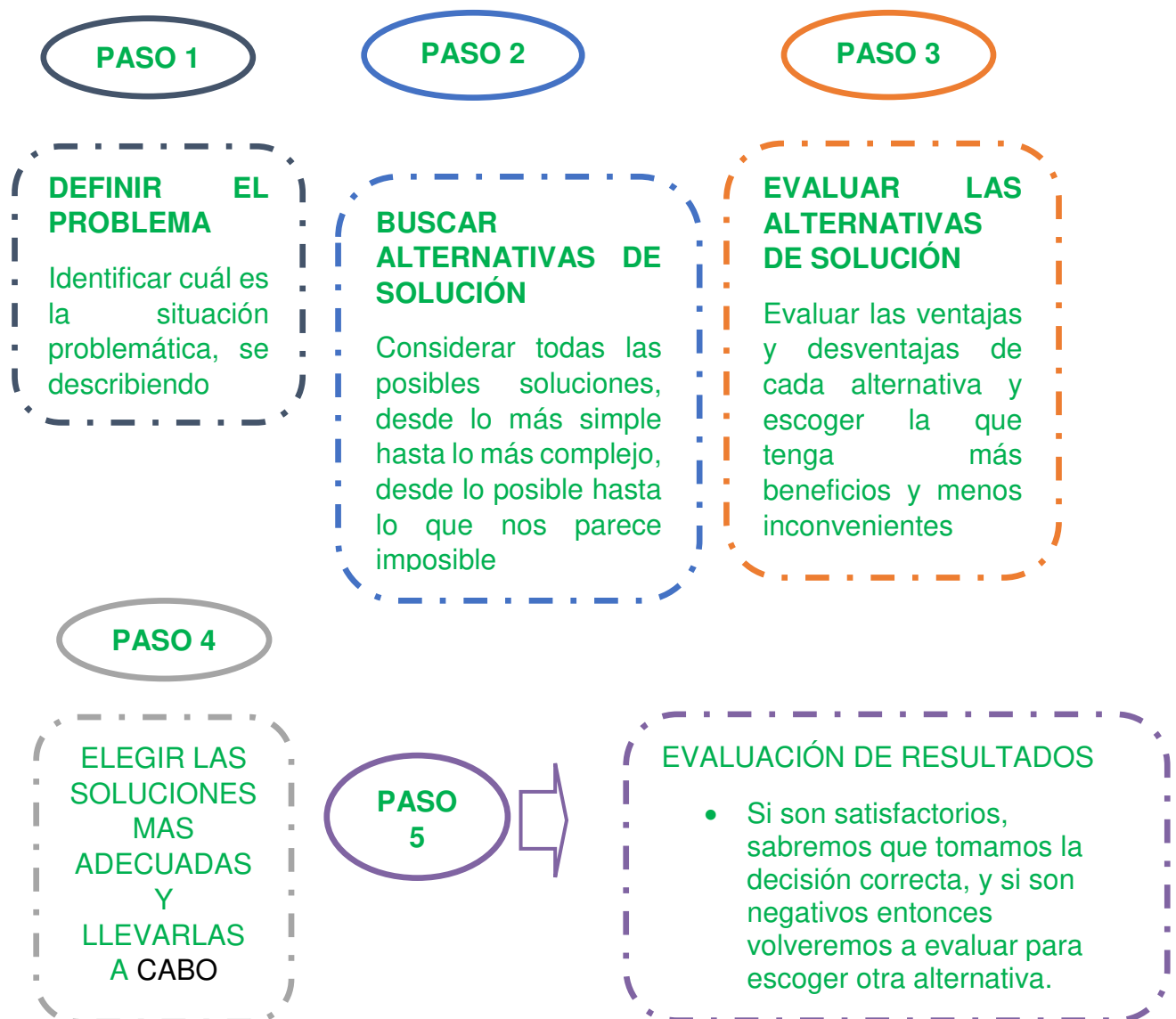
**Paciente:** - Es verdad estoy algo ansiosa, pero es parte del examen.

**Terapeuta:** - Claro que sí. Lo que vamos a trabajar hoy día se denomina la Técnica de Solución de Problemas, esta tiene una finalidad de que pueda resolver exitosamente toda situación que pueda acontecerle en el futuro y que pueda ocasionarle dificultades, como la situación que antes tenías. Comenzaremos definiendo que es un problema.



**Terapeuta:** - Mediante esta técnica se llegará a buscar varias alternativas de solución para resolver un determinado problema, evaluando cual es la más adecuada a través de las ventajas y desventajas de cada alternativa. Todo ello se realiza a través de una serie de pasos.

**Paciente:** - ¿Y cuáles son esos pasos?



Luego de mencionar los pasos de la técnica se pidió a la paciente que refiera una situación que le resulte problemática con la finalidad de poder darle una solución haciendo uso de los pasos ya mencionados:

**Paciente:** - Bueno, actualmente tengo constantes ideas de lo que te comenté de que no sé a qué especialidad irme y me gustaría poder resolver eso.

**Terapeuta:** - Bien, entonces pondremos a prueba los pasos

Según los pasos trabajados se realizó el manejo de resolución de problemas para que la paciente pueda tomar una decisión.

**Terapeuta:** - Bien Ayleen según lo que hemos hecho que decisión tomas. Recordemos que todas las alternativas tienen desventajas, así como ventajas, la decisión es tuya y todo tiene un costo-beneficio.

**Paciente:** - Si es cierto, no existe la solución perfecta, pero por lo que he estado haciendo creo que me voy para Trauma.

**Terapeuta:** - Muy bien entonces esperare el día de hoy la imagen de tu ficha ya enviada para el examen para esa especialidad.

**Paciente:** - ¡Está bien Ale!

**Terapeuta:** - Bueno Ayleen, me gustaría que me digas ¿cómo te has sentido todo este tiempo ya que como te comente la sesión pasada está es nuestra última?

**Paciente:** - Me da mucha pena y nostalgia que sea la última pero la verdad es que me siento mucho mejor. Ya no tengo todo lo que sentía antes, sé que la ansiedad no se ha ido, pero la puedo manejar y poder yo misma reestructurarme cuando mis creencias y pensamientos salen a flote. Tengo mucho que agradecerte.

**Terapeuta:** - Sabes que todo lo logrado ha sido por ti y solo por tu trabajo ya que el mío es mínimo a todo lo que tú has hecho y logrado. Ahora para finalizar te tomare unas pruebas que te tome al inicio de la evaluación y te veo de aquí a un mes.

## **Conclusión**

Se lograron los objetivos planteados para la sesión ya que la paciente se retiró sabiendo con exactitud la técnica de solución de problemas.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II – Psicología

## SEGUIMIENTO

Ayleen

Fecha: 24/02/17

26 años

### Sesión 16

#### Objetivos de la sesión:

- Averiguar respecto los cambios favorables percibidos por la paciente
- Indagar sobre las estrategias aplicadas ante situaciones ansiógenas

#### Técnicas:

- Escucha activa
- Dialogo expositivo

#### Descripción de la sesión:

Se inició la sesión programada de la siguiente manera:

**Terapeuta:** - ¡Hola Ayleen! ¿cómo estás?

**Paciente:** -Muy bien Alexandra y tú ¿cómo has estado?

**Terapeuta:** -Bien gracias, te veo con un semblante diferente.

**Paciente:** -Es que la verdad que me siento muy bien. Hace unas dos semanas fui a psiquiatría, la doctora me suspendió totalmente la medicación y me siento muy contenta por todo lo alcanzado.

**Terapeuta:** -No es para menos ya que te lo has ganado.

**Paciente:** -Gracias

**Terapeuta:** -Bueno hoy día inicia las sesiones de seguimiento como te comentaba vamos a tener tres y el objetivo de estas es que nos demos cuenta cómo te va yendo con respecto a lo que has aprendido.

**Paciente:** -Me parece perfecto por donde empezamos.

**Terapeuta:** -Cuéntame si en todo este mes si has tenido alguna situación que te haya hecho sentir una ansiedad elevada.

**Paciente:** -Bueno con puntuaciones mayores a 7 no ha habido; sin embargo, si tuve algunas que me hacían sentirme algo ansiosa como el día que la doctora me quito la medicación, pero después me di cuenta que es normal sentirme así ya que es algo nuevo que voy a experimentar y dejar algo a lo que estaba acostumbrada.

**Terapeuta:** -Correcto porque de alguna manera u otra también nos sentíamos algo tranquilas al tomarlas.

**Paciente:** -Claro si bien no era la misma dosificación el hecho de saber que ya no las tomaría si me creo algo de inseguridad.

**Terapeuta:** -Y ¿cómo es que combatiste esto?

**Paciente:** -Bueno, primero me di cuenta que venía ligada a una creencia irracional de querer estar bien todo el tiempo y que la realidad es otra y luego vi que pensamientos tenía, como estoy bastante ocupada por mis clases y todo eso me distraigo también lo cual ayudo.

**Terapeuta:** -Perfecto veo que sigues utilizando la reestructuración cognitiva y de eso se trata.

Se procedió a dialogar con la paciente sobre diversas situaciones donde ella debía de poner las soluciones a determinados acontecimientos.



### **Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que se pudo averiguar sobre las situaciones ansiosas que había atravesado la paciente en el primer mes sin el proceso terapéutico viendo que esta seguía utilizando las herramientas propuestas.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología

Ayleen

Fecha: 24/04/17

26 años

### **Sesión 17**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Evaluar el desempeño de la paciente y los niveles de ansiedad a través de situaciones hipotéticas

#### **Técnicas:**

- Escucha activa
- Dialogo expositivo

#### **Descripción de la sesión:**

Se inició la sesión programada de la siguiente manera:

**Terapeuta:** - ¡Hola! Ayleen ¿Qué tal?

**Paciente:** -Bien Alexandra, te comento que di mi examen de especialidad. Quede en el segundo puesto de todos los que postularon para la San Marcos así que me voy al Hospital del Empleado por dos años para Traumatología.

**Terapeuta:** - ¡Guau! Si que es una gran noticia. ¡Te felicito!

**Paciente:** -Muchas gracias, la verdad que estoy muy contenta siento que antes mi vida estaba como que incompleta, desde que he venido aquí todo a comenzado a ser mejor y hasta me pasan tantas cosas buenas que a veces me da miedo que sea un sueño.

**Terapeuta:** -No es eso, sino que ahora tienes también una nueva filosofía de vida que te permite adentrarte en todo lo que desees y no hace que te fijes en lo que te detiene solo en lo que te hace avanzar.

**Paciente:** -Tienes razón Alexandra. En cuanto a mi ansiedad la he podido manejar hasta a veces como por ejemplo en este examen que dimos me encontré con una amiga que estaba conmigo en la universidad, era más una conocida, y la note muy ansiosa así que la ayude a que se tranquilice y practicamos juntas el respirar. Fue muy chistoso porque antes ni me salía ahora siento que lo domino.

**Terapeuta:** -La práctica hace al vencedor. Coméntame cómo te va con el chico con el que salías.

**Paciente:** -Él se queja de que lo dejo muy descuidado, hace dos semanas iniciamos una relación, mi papá no estaba muy de acuerdo porque es mayor que yo, pero creo que ya va haciéndose la idea.

**Terapeuta:** -Me contenta mucho que todo te esté yendo bien. Bueno ahora como parte de la sesión que te parece si es que te poner a prueba en algo, vamos a salir al patio del hospital en donde vamos a iniciar una conversación con alguien de cualquier cosa.

**Paciente:** -Me haces recordar a cuando hacia eso en la heladería.

**Terapeuta:** -Exacto, vamos a hacerlo y yo veré como te vas desarrollando.

Se hizo el ejercicio pactado por la paciente en donde no se evidencio ninguna dificultad ni contratiempo en su desenvolvimiento.

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que se pudo evaluar el desempeño de la paciente y los niveles de ansiedad ante situaciones hipotéticas y reales.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología

Ayleen

Fecha: 19/07/17

26 años

**Sesión 18**

**Objetivos de la sesión:**

- Evaluar el desempeño y mejoría de la paciente a fin de evitar recaídas

**Técnicas:**

- Escucha activa
- Dialogo expositivo

**Descripción de la sesión:**

Se inició la sesión programada:

**Terapeuta:** - ¡Hola! Ayleen

**Paciente:** -Hola Alexandra, después de meses que te veo.

**Terapeuta:** -Si pues ha pasado algún tiempo, coméntame ¿cómo has estado?

**Paciente:** -Bien, me siento algo cansada porque como ya empecé el hospital es agotador y tener un tiempo libre como para mi es complicado.

**Terapeuta:** -Espero que estés durmiendo y comiendo bien recuerda mantener el equilibrio en tu salud.

**Paciente:** -Si no te preocupes por eso solo necesito salir con mis amigas.

**Terapeuta:** -El día de hoy te he traído como una recapitulación de todos los videos y tareas que tengo tuyas para que nos pongamos a verlas. Por ejemplo, estos fueron los primeros registros de pensamiento que tenías.

**Paciente:** -Si recuerdo, y la manera que pensaba ahora me da algo de risa.

**Terapeuta:** -Ahora te voy a enseñar como fuiste avanzando.

Se enseñó a la paciente algunos videos feedback que se tenía de ella al igual que las tareas hechas evidenciándose el cambio en sus pensamientos y en la manera que afrontaba las situaciones.

**Terapeuta:** -Ahora lo que quiero que hagas es escribir una carta para ti, dirigida a Ayleen donde le comentas como te sientes, la felicitas por sus logros o le dices algo que quieres decirle.

**Paciente:** -Esta bien.

La paciente realiza la carta mostrándose emotiva al relatar lo orgullosa que se encontraba con ella misma. Esta se puede encontrar también en los anexos del presente trabajo.

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados ya que se pudo evaluar el desempeño y la mejor en la paciente evidenciando esta motivación para continuar como esta y un proyecto de vida.

---

Alexandra Jordan Romero

Interna II-Psicología

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

- Criterio de la paciente

La paciente afirma: “Alexandra me siento muchísimo mejor, más tranquila, siento que cada vez puedo compartir más con mi familia y adecuarme a mi entorno, en este tiempo que hemos estado trabajando he aprendido no solo a ser consciente de mis pensamientos sino también a vincularme con mi emoción. Me estoy relacionando más con mis compañeros, en mis clases estoy haciendo grupos de estudio donde no me quedo callada con nada, participo, expongo algo que yo creía que sería imposible, pero lo he logrado. Mis amigos han notado mi cambio me lo dicen a cada rato al igual que mis familiares. Me siento segura y me gusta la persona que soy ahora.”

- Criterio del terapeuta

A lo largo de las sesiones trabajadas con Ayleen he podido observar que ha podido interiorizar las técnicas que fuimos poco a poco trabajando lo cual se puede demostrar en la participación de las actividades sociales, el desenvolvimiento y la valía personal que ha podido desarrollar en este tiempo. En situaciones sociales apenas siente un poco de ansiedad y es ahí donde comienza a poder utilizar las técnicas, controlarlo y salir airoso de las situaciones incómodas; sin embargo, también existen situaciones en donde no es necesario esto porque ya las enfrenta considerando todo el aprendizaje previo.

En la última sesión de seguimiento pude observar en ella cambios incluso en su manera de comunicarse, vestirse y socializar presentando así una mayor confianza en sí mismo. La paciente es consciente que aspectos son su debilidad y cuales son su fortaleza; sin embargo, ha tomado la decisión de aceptarse incondicionalmente y trabajar día a día en su nueva filosofía de vida.

- Criterio Funcional

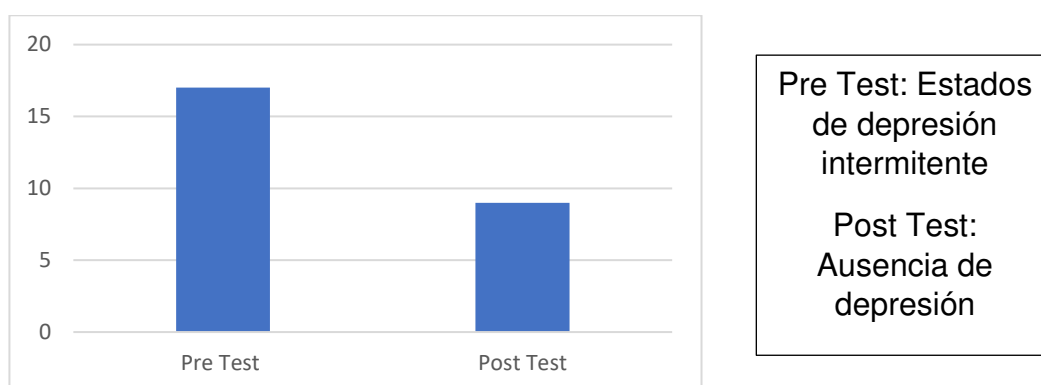
Dentro del análisis funcional se puede observar que Ayleen presentaba temor a aquellas situaciones en las que ella debía hacer contacto social, mostrarse sola frente a un grupo de personas o a recibir cualquier comentario de los demás.

Esos estímulos antecedentes actualmente han sido controlados por la paciente, con esto se puede decir que en todo momento puede lidiar con ellos.

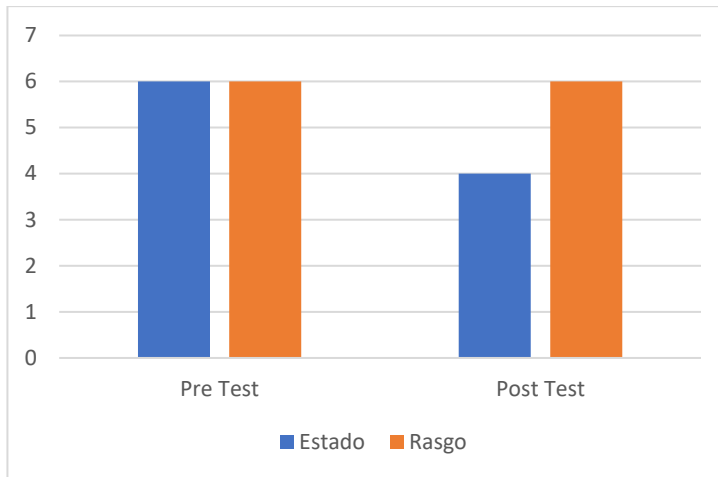
Dentro de los estímulos internos se encontraban recuerdos de aquellas situaciones desagradables que vivió durante su época escolar, pero que actualmente ya no le causan algún grado de malestar porque sabe que fueron parte de su pasado y que ahora ella debe encargarse de su presente como parte de su crecimiento personal.

- Criterio Psicométrico

En cuanto al área afectiva nunca hubo indicadores que mostraran algún tipo de alteración alguna. Durante el tratamiento pudo obtener puntajes más bajos que los considerados en primera instancia, aunque también se puntuó como ausencia de depresión.



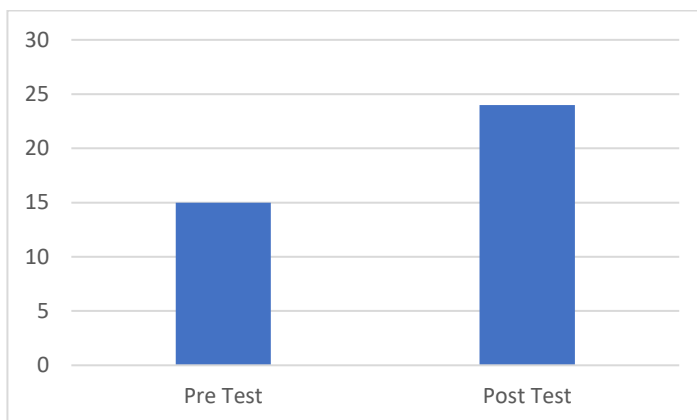
En el área emocional, su nivel estado disminuyó considerablemente principalmente por el control que Ayleen tiene de sus pensamientos y como ella se quiere sentir a partir de ellos. Es capaz de poder relacionarse, exponer y ser el centro de atención sin ningún inconveniente.



Pre Test: Niveles moderados tanto en ansiedad rasgo como ansiedad estado

Post Test: Ansiedad estado Bajo y Ansiedad rasgo Moderado

En lo relacionado con su autoestima, al inicio tenía ideas marcadas de desvalorización, inferioridad y autocondena lo cual hacían que la paciente se sienta mal; sin embargo, en la actualidad presenta una valía personal considerable, aunque tiene consciente de que cada día debe de trabajar con ella principalmente en el autocuidado.



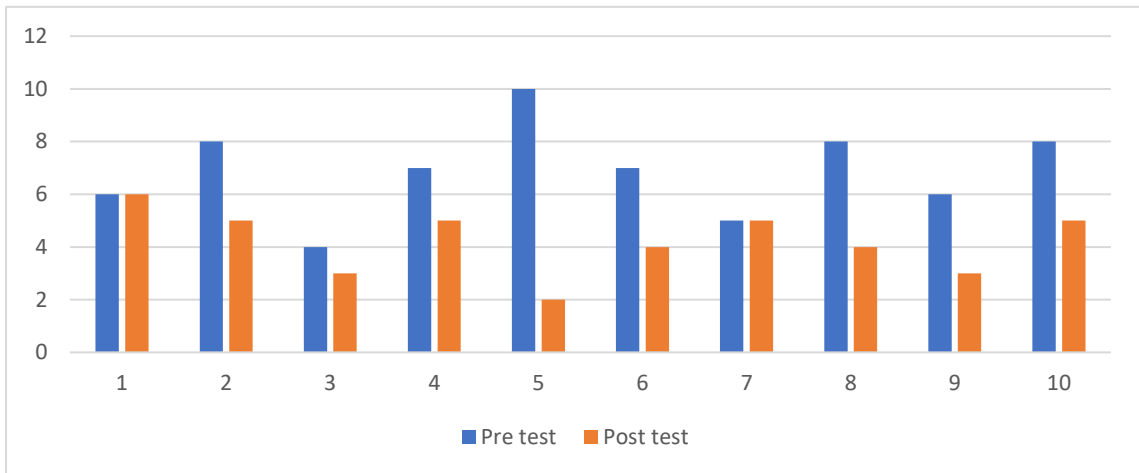
Pre Test: Autoestima Baja

Post Test: Autoestima Normal

Por último, en cuanto a sus creencias irracionales, estas fueron tomando menos importancia a la hora de poder relacionarse y vivir el día a día. Si bien es cierto que existen en ella pensamientos que pueden de alguna manera u otra perturbar algunas situaciones, ya que estos no desaparecen así no más, Ayleen tiene las herramientas necesarias para poder debatirlas y trabajar con ellas todos los días y que estas no sean una fuente de inseguridad.



CREENCIA IRRACIONAL	PRE TEST		POST TEST	
	Puntaje	Descripción	Puntaje	Descripción
1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de los semejantes, familia y amigos	6	No dificultosa	6	No dificultosa
2. Debo de ser indefectiblemente competente y caso perfecto en todo lo que emprendo	8	Dificultosa	5	No dificultosa
3. Cierta clase de gente es vil, malvada o infame y deberían de ser castigadas	4	No dificultosa	3	No dificultosa
4. Es horrible el hecho de que las personas no vayan por el camino que uno quisiera que fueran	7	Dificultosa	5	No dificultosa
5. Los acontecimientos son las causas de la mayoría de desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones	10	Dificultosa	2	No dificultosa
6. Se debe sentir miedo y ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa	7	Dificultosa	4	No dificultosa
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles feliz	5	No dificultosa	5	No dificultosa
8. Se necesita contar con alguien más fuerte y grande que uno mismo	8	Dificultosa	4	No dificultosa
9. El pasado tiene una gran influencia en la determinación del presente	6	No dificultosa	3	No dificultosa
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido	8	Dificultosa	5	No dificultosa



## **CAPÍTULO V**

### **RESUMEN**

El presente caso es sobre Ayleen una mujer de 26 años que vive en el Callao, segunda hija de tres la cual actualmente ha terminado su carrera de medicina postulando por segunda vez al residentado de su especialidad.

Ayleen llegó a consulta por recomendación de su psiquiatra a seguir una terapia cognitivo conductual ya que por varios años tenía problemas al socializar, exponer, conocer gente nueva, ir en micros y hablar con personas de autoridad. Antes del proceso psicoterapéutico se realizó una evaluación psicológica completa que comprendía la medición de las variables de rasgos de personalidad, ansiedad, depresión, autoestima y creencias irracionales. En la evaluación de las pruebas mencionadas se encontró que la paciente presentaba una inclinación hacia una personalidad evitativa y autoderrotista; sin embargo, no cumplía con los criterios para una determinada patología antes citada, también se encontraron una ausencia de depresión y niveles elevados tanto en ansiedad rasgo como estado.

Luego de la evaluación y con los resultados de esta, se planteó un programa de intervención en el cual se tomó como referencia el modelo cognitivo-conductual haciendo uso de las herramientas propuestas por la terapia racional emotiva. El objetivo general de dicha intervención fue reducir los niveles de ansiedad que presentaba la paciente frente a situaciones sociales modificando sus creencias irracionales.

Para el cumplimiento del objetivo general se consideraron diferentes objetivos específicos que contenían como primer punto la psicoeducación acerca de la problemática actual, explicando las variables involucradas, además se planteó explicarle el origen y mantenimiento de la fobia social para luego poder seguir con las demás técnicas tanto cognitivas como la reestructuración cognitiva y el registro de pensamiento, conductuales como

aproximación sucesiva o video feedback y emocionales como ataque a la vergüenza, frases racionales emotivas e imágenes racionales emotivas.

Al finalizar las sesiones de tratamiento se realizaron tres sesiones de seguimiento donde se pudo observar que la paciente ante las diversas situaciones que estaba viviendo continuamente, ponía en práctica las diversas técnicas entrenadas en terapia sobre todo la reestructuración cognitiva y aceptación incondicional de sí misma y de los demás. Todo esto le ha ayudado a poder enfrentar diferentes situaciones que antes evitaba y relacionarse con mayor confianza.

En las últimas sesiones la paciente manifestó haber ingresa en segundo lugar a la especialidad de Traumatología en el Hospital del Empleado, estar saliendo con un chico del gimnasio a donde asistía y sentirse más animada a estudiar otro idioma. Se le animo a escribir una carta para sí misma celebrando los logros alcanzados.

Todo lo logrado en terapia se puede observar de manera cuantitativa en la comparación de los pre test y post test. Con ello se puede concluir que el programa de intervención cognitivo-conductual fue eficaz en la paciente debido a que los resultados cuantitativos y cualitativos lo corroboran.

## CONCLUSIONES

- Cumplir el objetivo general propuesto por el programa de intervención a través del desarrollo de cada uno de los objetivos específicos planteados.
- Tomando en cuenta los resultados obtenidos tanto a criterio clínico y psicométrico se comprueba la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual haciendo uso especial de las técnicas y herramientas brindadas por la Terapia Racional Emotiva en la aplicación de casos de trastorno de fobia social.
- Se consiguió un mejor desempeño social en la paciente mediante el empleo de diversas técnicas cognitivas, conductuales y emotivas a lo largo de las sesiones de tratamiento.
- La paciente posee actualmente la capacidad de poder cuestionar sus creencias irracionales por otras más adaptativas; de igual modo, ha logrado interiorizar la relación causal entre sus pensamientos, respecto a sus emociones y forma de comportarse.
- Ante situaciones que le puedan generar ansiedad, la paciente es capaz de hacer uso no solo de técnicas de relajación sino de todas las herramientas aprendidas dentro del proceso psicoterapéutico especialmente de la reestructuración cognitiva.
- La paciente ha conseguido aplicar a su vida diaria las distintas técnicas enseñadas lo cual se evidencia no solo con la nula sintomatología que presenta sino también la manera en la que soluciona sus problemas.
- En el área emocional, el empleo psicométrico del post test, se evidencia una disminución significativa de los niveles de ansiedad en comparación a los obtenidos en el pre test.
- En lo que respecta al nivel de afectividad, en la evaluación del post test se encontró ausencia de sintomatología depresiva

## RECOMENDACIONES

1. Profundizar en investigaciones acerca de tratamientos eficaces en la fobia social no solo enfocándonos en los de manera individual sino también grupal.
2. Fomentar a los alumnos el poder realizar investigaciones y estudios de caso para el término de su carrera y licenciatura.
3. Baremación de más pruebas psicométricas que ayuden en la formulación de casos a futuro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acevedo, S. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social* (Tesis de maestría en psicología). Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1991). *Psicología diferencial e investigación de la personalidad*. Barcelona: Herder.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (tercera edición). Washington,DC: Autor.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2001). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición Texto Revisado*. Madrid: Masson.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Bados, A. (2009). *Fobia Social*. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Baker, S. & Edelman, R. (2002). Is social phobia related to lack of social skills? Buration of skill-related behaaviours and ratings of behavioural adequacy. *The Brittish Journal of Clinical Psychology*, 41(3), 243-305.
- Beck, A. Rush, J. Shaw, B & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*, (16°Ed.). España: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. & Clark, D. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (6° E.d.). España: Desclee de Brouwer.
- Bornas, X. & Tortella, M. (1998). *Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo conductual*. Barcelona: Mason.
- Brocca, P. & Figueroa, D. (2011). *Técnicas de intervención individual*. Perú: USMP.

Buela, G. & Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca nueva.

Burton, R. (1845). *La anatomía de la melancolía*. Recuperado de <http://www2.uadec.mx/pub/pdf/melancolia.pdf>

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento Cognitivo de los trastornos psicológicos Vol 1*. Madrid: Siglo XXI de España.

Caballo, V. (1999). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V., Salavar, I., & Carrobes, J. (2014). *Manual de psicoterapia y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Clark, D. & Wells, A. (1997). A cognitive model of social phobia. *Psychological Reports*, 36(2), 211-221. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=rXrekuSy2bsC&oi=fnd&pg=PA69&dq=Clark,+D.+%26+Wells,+A.+\(1997\).+A+cognitive+model+of+social+phobia.&ots=gS7I3jw09p&sig=V5jJNbgoiyITSXQRO0c9sFNpayU#v=onepage&q=Clark%2C%20D.%20%26%20Wells%2C%20A.%20\(1997\).%20A%20cognitive%20model%20of%20social%20phobia.&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=rXrekuSy2bsC&oi=fnd&pg=PA69&dq=Clark,+D.+%26+Wells,+A.+(1997).+A+cognitive+model+of+social+phobia.&ots=gS7I3jw09p&sig=V5jJNbgoiyITSXQRO0c9sFNpayU#v=onepage&q=Clark%2C%20D.%20%26%20Wells%2C%20A.%20(1997).%20A%20cognitive%20model%20of%20social%20phobia.&f=false)

Cía., A. (2004). *Trastornos de Ansiedad Social: Manual diagnóstico, terapéutico y de autoayuda*. Buenos Aires: Polemos.

Daniels, D. & Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, 21, 118-121. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=4UHTBwAAQBAJ&pg=PA474&dq=Daniels,+D.+%26+Plomin,+R.+\(1985\).+Origins+of+individual+differences+i](https://books.google.com.pe/books?id=4UHTBwAAQBAJ&pg=PA474&dq=Daniels,+D.+%26+Plomin,+R.+(1985).+Origins+of+individual+differences+i)



[n+infant+shyness&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiwi-6Uv5vWAhXGSSYKHSjCnEQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Daniels%2C%20D.%20%26%20Plomin%2C%20R.%20\(1985\).%20Origins%20of%20individual%20differences%20in%20infant%20shyness&f=false](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7111111)

Duffy, E. (1972). *Activation Handbook of Psychophysiology*. New York: Holt.

Endelman, R. & Chambless, D.L. (1995). Adherence during sesión and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?hl=es&id=b9JrAAAAMAAJ&dq=Endelman%2C+R.+%26+Chambless%2C+D.L.+%281995%29.+Adherence+during+sesi%C3%B3n+and+homework+in+cognitive-behavioral+group+treatment+of+social+phobia.&focus=searchwithinvolume&q=Endelman%2C+R.+%26+Chambless%2C+D.L.+%281995%29.+Adherence+during+sesi%C3%B3n+and+homework+in+cognitive-behavioral+group+treatment+of+social+phobia>.

Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1997). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1999). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Ellis, A. (2004). *Las relaciones con los demás: terapia del comportamiento emotivo racional*. Barcelona: Océano.

Eysenck, H. & Eysenck, M. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum Press.

García, L-J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social* (Tesis doctoral). Recuperado de

<https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/118/1/GarciaLopez.pdf>

Hernández, N. & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Libros en Red.

Hinde, R.A. & Tamplin, A. (1983). Relations between mother-Child interaction and behavior in pre-school children. *British Journal of Developmental Psychology*, 1, 231-257. Recuperado de

[https://books.google.com.pe/books?id=eXZ\\_AAAQBAJ&pg=PA128&dq=Hinde,+R.A.+%26+Tamplin,+A.+\(1983\).+Relations+between+mother-Child+interaction+and+behavior+in+pre-school+children.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiKyfzRwJvWAhWFLSYKHUIoDTToQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Hinde%2C%20R.A.%20%26%20Tamplin%2C%20A.%20\(1983\).%20Relations%20between%20mother-Child%20interaction%20and%20behavior%20in%20pre-school%20children.&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=eXZ_AAAQBAJ&pg=PA128&dq=Hinde,+R.A.+%26+Tamplin,+A.+(1983).+Relations+between+mother-Child+interaction+and+behavior+in+pre-school+children.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiKyfzRwJvWAhWFLSYKHUIoDTToQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Hinde%2C%20R.A.%20%26%20Tamplin%2C%20A.%20(1983).%20Relations%20between%20mother-Child%20interaction%20and%20behavior%20in%20pre-school%20children.&f=false)

Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. París: F. Alcan.

Kazdin, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta: fundamentos experimentales de la investigación actual*. Madrid: Desclee de Brouever.

Lindsey, D. (1951). *Emotion Experimental Psychology*. New York: Wiley.

Mahoney, M. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teorías, investigación y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouever.

- Malmo, R. (1959). Activation: a neuropsychological dimension. *Psychological Review*, 66(3), 367-386. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14420402>
- Mazzoti, G. (2016). *Intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad social* (Estudio de Caso para el título de Licenciatura). Universidad San Martín de Porres, Lima.
- Marks, I. & Gelder, M. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 12(3), 218-221. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=rXrekuSy2bsC&pg=PA159&dq=Marks,+I.+%26+Gelder,+M.+\(1966\).+Different+ages+of+onset+in+varieties+of+phobia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiTk9XCwZvWAhWBcyYKHUzjCqUQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Marks%2C%20I.%20%26%20Gelder%2C%20M.%20\(1966\).%20Different%20ages%20of%20onset%20in%20varieties%20of%20phobia.&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=rXrekuSy2bsC&pg=PA159&dq=Marks,+I.+%26+Gelder,+M.+(1966).+Different+ages+of+onset+in+varieties+of+phobia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiTk9XCwZvWAhWBcyYKHUzjCqUQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Marks%2C%20I.%20%26%20Gelder%2C%20M.%20(1966).%20Different%20ages%20of%20onset%20in%20varieties%20of%20phobia.&f=false)
- 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>
- Moreno, P., Mendez, X. & Sanchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivos-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12 (3), 346-352. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/341.pdf>
- Nichols, K. (1974). Severe social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 47(1), 301-306.

- Placencia, O. (2013). *Terapia cognitivo conductual en un caso de fobia social* (Estudio de caso para el título de Licenciatura). Universidad San Martín de Porres, Lima.
- 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 grado para el título de Psicología Clínica). Universidad San Francisco de Quito, Quito.
- Rapee, R. (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Rapee, R. & Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 741-756. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=VfOdT84WmD8C&pg=PA319&dq=Rapee,+R.+%26+Heimberg,+R.+\(1997\).+A+cognitive-behavioral+model+f+anxiety+in+social+phobia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj227iDwvpWAhUG5SYKHTqIBnkQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Rapee%2C%20R.%20%26%20Heimberg%2C%20R.%20\(1997\).%20A%20cognitive-behavioral%20model%20f%20anxiety%20in%20social%20phobia.&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=VfOdT84WmD8C&pg=PA319&dq=Rapee,+R.+%26+Heimberg,+R.+(1997).+A+cognitive-behavioral+model+f+anxiety+in+social+phobia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj227iDwvpWAhUG5SYKHTqIBnkQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Rapee%2C%20R.%20%26%20Heimberg%2C%20R.%20(1997).%20A%20cognitive-behavioral%20model%20f%20anxiety%20in%20social%20phobia.&f=false)
- Rosenbaum, J., Bredemann, J., Bolduc, E., Farcone, S., Chaloff, J., Hirschfeld, D. & Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review Psychiatry*, 1, 2-16.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. México: Desclee de Brouwer

- Smith, T., Ingram, R. & Brehm, S. (1983). Social anxiety anxious self-preoccupation and recall of self-relevant information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1276-1283. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=lvZrAAAAMAAJ&q=Smith,+T.,+Ingram,+R.+%26+Brehm,+S.+\(1983\).+Social+anxiety+anxious+self-preoccupation+and+recall+of+self-relevant+information.&dq=Smith,+T.,+Ingram,+R.+%26+Brehm,+S.+\(1983\).+Social+anxiety+anxious+self-preoccupation+and+recall+of+self-relevant+information.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2lNwpvWAhUB2yYKHRqKAxkQ6AEIJzAA](https://books.google.com.pe/books?id=lvZrAAAAMAAJ&q=Smith,+T.,+Ingram,+R.+%26+Brehm,+S.+(1983).+Social+anxiety+anxious+self-preoccupation+and+recall+of+self-relevant+information.&dq=Smith,+T.,+Ingram,+R.+%26+Brehm,+S.+(1983).+Social+anxiety+anxious+self-preoccupation+and+recall+of+self-relevant+information.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2lNwpvWAhUB2yYKHRqKAxkQ6AEIJzAA)
- Olivares, J., Rosa, A. & Garcia-Lopez, L. (2002). Mutismo selectivo. En M. Servera (Coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 330-357). Madrid: Piramide.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Salgado, A. (2001). Análisis epistemológico de la terapia cognitivo conductual. *Cultura*, 15(2), 415-482. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/271589224\\_Analisis\\_Epistemologico\\_de\\_la\\_Terapia\\_Cognitivo\\_Conductual](https://www.researchgate.net/publication/271589224_Analisis_Epistemologico_de_la_Terapia_Cognitivo_Conductual)
- Stein, D. & Hollander, E. (2010). *Tratados de los trastornos de ansiedad*. España: LEXUS Editores.
- Turner, S. & Beidel, D. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 411-413. Recuperado de

[https://books.google.com.pe/books?id=x1KTAqAAQBAJ&pg=PA171&dq=Turner,+S.+%26+Beidel,+D.+\(1988\).+Some+further+comments+on+the+measurement+of+social+phobia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwimtYbLw5vWAhWF8CYKHUw\\_ChsQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Turner%2C%20S.%20%26%20Beidel%2C%20D.%20\(1988\).%20Some%20further%20comments%20on%20the%20measurement%20of%20social%20phobia.&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=x1KTAqAAQBAJ&pg=PA171&dq=Turner,+S.+%26+Beidel,+D.+(1988).+Some+further+comments+on+the+measurement+of+social+phobia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwimtYbLw5vWAhWF8CYKHUw_ChsQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Turner%2C%20S.%20%26%20Beidel%2C%20D.%20(1988).%20Some%20further%20comments%20on%20the%20measurement%20of%20social%20phobia.&f=false)