



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA SOCIAL**

**PRESENTADA POR
ROSA MARÍA ACOSTA HUAYAMA**

**ASESORA
GLADYS TORANZO PÉREZ**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor 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/>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE
FOBIA SOCIAL**

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

ACOSTA HUAYAMA, Rosa María

ASESOR:

MG. TORANZO PÉREZ, Gladys

LIMA - PERÚ

2018

*Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana sea apenas
otra alma humana
-Carl Jung*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser guía y luz en mi camino.

A mi mamá, por darme la oportunidad de cumplir mis sueños y, sobretodo, por ser ejemplo de valentía y fuerza.

A mis compañeros de internado, quienes en un año se convirtieron en una segunda familia y porque sólo ustedes saben verdaderamente lo que vivimos y sobrevivimos.

A Mg. Gladys Toranzo Pérez, por contribuir en mi formación no sólo académica sino también humana, lo cual me ha llevado a llegar hasta donde me encuentro.

A Lic. Edith Romero, quien, con su caracterizada exigencia, me demostró que soy capaz de hacer más de lo que pensaba.

Lori, por la oportunidad y la confianza de formar parte de tu desarrollo personal en este proceso terapéutico.

A todos los que creyeron en mí.

ÍNDICE

PORTADA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO 8

1.1.FOBIA SOCIAL 8

1.1.1. Definición8

1.1.2. Situaciones sociales temidas11

1.1.3. Factores de vulnerabilidad 11

1.1.4. Clasificación15

1.1.5. Epidemiología 16

1.1.6. Teorías explicativas 17

1.1.7. Diagnósticos diferenciales 24

1.2.MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL 26

1.2.1. Revisión histórica 26

1.2.2. Principios 30

1.2.3. Características30

1.2.4. Principales representantes 32

1.2.5. Estudios en el Modelo Cognitivo Conductual39

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO 43

| | |
|---|------------|
| 2.1. Datos de filiación | 43 |
| 2.2. Motivo de Consulta | 44 |
| 2.3. Episodios Previos | 44 |
| 2.4. Historia Personal | 45 |
| 2.5. Historia Familiar | 53 |
| 2.6. Examen Mental | 55 |
| 2.7. Informe Psicológico | 56 |
| CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA | 62 |
| 3.1. Justificación | 62 |
| 3.2. Objetivos | 64 |
| 3.3. Metodología | 65 |
| 3.4. Análisis Funcional | 65 |
| 3.5. Procedimiento | 69 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 154 |
| CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES | 161 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 166 |
| ANEXOS | |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis de un caso clínico, el cual tiene como diagnóstico la Fobia Social, la cual es considerada el trastorno de ansiedad más frecuente tanto en población clínica como comunitaria (Piqueras, 2005 cita a Jefferys, 1997). En los últimos 25 años se ha visto un incremento del interés científico por el estudio de todos los aspectos relacionados con este diagnóstico; esto ha sido posible gracias a su inclusión como entidad diagnóstica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1980) y su mantenimiento en posteriores revisiones del manual.

Es por ello que se considera importante la elección de un caso con este diagnóstico, en el presente estudio se describe el cuadro clínico de una paciente con fobia social el cual está caracterizado por interpretación errónea de las situaciones sociales, temor a la crítica y rechazo de los demás; a raíz de esto tuvo que abandonar sus estudios, lo cual la llevó a aislarse de sus amigos.

Para el tratamiento se empleó el modelo cognitivo-conductual, el cual es un procedimiento activo, directivo y estructurado y de tiempo limitado que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías (Beck, 2001), entre ellas la ansiedad, fobias, depresión, etc. Esta teoría se basa principalmente en que los efectos y conducta de un sujeto está determinada en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones se basan en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental y por consiguiente reflejada en sus actos. (Beck, Emery, Rush & Shaw, 2002)

Es así que se usaron diversas técnicas como la psicoeducación respecto a la ansiedad, luego se procedió a identificar y modificar los patrones erróneos de pensamiento para optar por unos más adaptativos, posteriormente se enseñó técnicas de relajación y se entrenó en habilidades sociales.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 FOBIA SOCIAL

1.1.1 Definiciones

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.

Ellis (1999) separa dos tipos de ansiedad, la normal o sana y la patológica o malsana. La primera ayuda al ser humano a preservar su vida, le da el control de sus propias emociones y le ayudara a manejar situaciones difíciles o peligrosas de forma eficiente. Implica un sistema de precaución y vigilancia para preservar al sujeto a posibles daños potenciales.

Por otro lado, la ansiedad patológica o malsana es destructiva y perjudicial para el sujeto e interfiere en las necesidades básicas del mismo. Esta ansiedad patológica cumple una función contraria de la normal ya que hace que el sujeto pierda el control que necesita para poder afrontar los problemas en los que se encuentra. Este tipo de ansiedad es entendida como terror, fobia u horror creando así estados de shock, entumecimiento y diversas reacciones físicas y psicósomáticas que lo van a alertar contra posibles peligros. Esta ansiedad hace que el sujeto tome medidas que interfieran en el manejo de las situaciones dándole en muchas ocasiones una manera incorrecta de actuar.

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 pasar 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 irreales o irracionales, según este autor menciona que esto sucede porque el sujeto toma una pequeña probabilidad de que, algo que no es probable que ocurra, sí 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.

Asimismo, Beck (2010) enumera cinco criterios para identificar la ansiedad normal de una desadaptativa:

- i. **Cognición disfuncional:** Miedo y ansiedad anormales se derivan de una valoración errónea de peligro en una situación (Beck et al., 1985). La activación de las creencias disfuncionales sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados provoca un miedo o ansiedad notable y excesiva que es incoherente con la realidad objetiva.
- ii. **Deterioro del funcionamiento:** Interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida, y en general en el funcionamiento de la persona. En consecuencia, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2000), señala que la “interferencia significativa con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento ocupacional o con actividades sociales y relacionales” es uno de los criterios diagnósticos claves para la mayoría de los trastornos de ansiedad.
- iii. **Persistencia:** En estados clínicos, la ansiedad persiste mucho después de lo que podría

esperarse normalmente. En consecuencia, la persona puede sentir una sensación aumentada de aprensión subjetiva con sólo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de que llegue o no a materializarse.

- iv. Falsas alarmas: Barlow (2002) define como “miedo o pánico visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido”. La presencia de angustia intensa, en ausencia de señales de amenaza o de la más mínima provocación de amenaza, sugiere la presencia de un estado clínico.
- v. Hipersensibilidad a los estímulos: En los estados clínicos el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inofensivas por los individuos no afectados (Beck & Greenberg, 1988). Del mismo modo, los individuos con trastorno de ansiedad interpretarían una serie mucho más amplia de situaciones como amenazantes que los individuos sin trastorno de ansiedad.

Bados (2009) la nombra 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.

El DSM IV define la fobia social como el “temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás; por lo que el sujeto teme actuar de alguna manera (o mostrar síntomas de ansiedad) que pueda ser humillante o embarazosa” (APA, 2001).

En el DSM V menciona que este trastorno comúnmente se asocian características

personales como la híper susceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; además existe dificultad para autoafirmarse, y baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

En relación al curso, suele aparecer a mediados de la edad adulta, en ocasiones con antecedentes de timidez en la infancia; la aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante o de forma lenta e insidiosa; por lo que acostumbra a ser crónico o continuo. (APA, 2013)

1.1.2 Situaciones sociales temidas

Caballo cita a Hazen y Stein, 1995a; Hope, 1993; Schneier et al., 1991; Turner et al, quienes recopilan las situaciones sociales más frecuentes temidas por los sujetos que tienen fobias sociales, entre los cuales se incluye:

- Iniciar y/o mantener conversaciones
- Asistir a una fiesta
- Hablar con personas con autoridad
- Hacer y recibir cumplidos
- Hablar en público
- Actuar ante otras personas
- Ser el centro de atención
- Comer/beber, escribir, trabajar delante de otros, firmar en público
- Trabajar mientras es observado, entre otros

1.1.3 Factores de vulnerabilidad

También, se considera que los factores de vulnerabilidad ayudan a entender por qué una situación es percibida como amenaza por unos y no por otros; o el por qué algunos desarrollan

un trastorno mental y otros no (García, 2000 cita a Bados, 2009), es así que se toma en cuenta los siguientes elementos:

- Influencia de los iguales:

La Greca (2001) menciona que la fobia social podría ser una consecuencia de relaciones pobres con los iguales como experiencias negativas o incluso exclusión; así también los sentimientos producidos pueden inhibir la interacción social positiva que son necesarias para un adecuado desarrollo social y emocional. Además; Strauss, Frame y Forehand (1987) encontraron que los niños con ansiedad social son menos aceptados por sus compañeros y resultan menos atractivos para el sexo opuesto. Es así que el ser ignorado o rechazado por sus pares puede ser un factor predisponente para el desarrollo de la fobia social tanto en adolescentes como en adultos (Beidel y Turner, 2005), lo que llevaría al individuo a evitar el contacto con los demás lo cual ocasionaría la pérdida de nuevas oportunidades para interactuar con otras personas (Rubin et al., 1990) y, esto puede contribuir al mantenimiento de la fobia.

- Variables de personalidad:

Aunque no se ha investigado lo suficiente sobre el papel que juega los componentes de la personalidad en el trastorno; actualmente se puede verificar la relación entre la fobia social y algunas variables como el alto nivel de neuroticismo y la baja extraversión (Beidel y Turner, 2005)

- Habilidades sociales.

Caballo (1999) define a las habilidades sociales como el producto de una serie de conductas, las cuales tienen inicio desde la recepción adecuada de los estímulos interpersonales relevantes como el saludo, después sigue el procesamiento flexible de los estímulos para poder generar y evaluar las posibles respuestas, finalmente se

selecciona la mejor de ellas, para emitir la respuesta elegida.

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

Por lo tanto, se puede decir que un déficit de estas habilidades sociales sería producto 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 en un futuro a un factor de vulnerabilidad decisivo para la fobia social. Asimismo, una vez desarrollado el diagnóstico de fobia social, el déficit de las habilidades sociales puede ser uno de los factores de mantenimiento de la misma, junto con 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 un resultado positivo en las futuras conductas sociales (García, 2000)

- Actitudes y patrones de conducta en los padres.

García (2000) recopila diversos tipos de investigaciones donde indagan principalmente sobre el papel que juegan las actitudes de los padres y los patrones de conducta dentro del ambiente social de sus hijos. Es así que, Parker (1979) citado por García (2000) refiere 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 suelen caracterizarse por ser más controladores, así como restrictivos

en el momento de expresar su afecto, en contraste con los padres de hijos sin ningún tipo de trastorno.

En cuanto a las relaciones afectivas de padres a hijos, se puede afirmar que el originarles a los hijos un ambiente de seguridad y la misma seguridad sobre ellos mismo, traía como consecuencia que los niños establecieran en el futuro relaciones interpersonales positivas (Putallaz & Heflin, 1990, citado por García, 2000). De igual modo, se encontró que el afecto y el comportamiento de la madre hacia el niño estaba positivamente relacionado con la conducta pro social que tendría el hijo con sus pares (Hinde & Tamplin, 1983). Además, Rapee (1995) indica que la sobreprotección de la madre sería un factor de vulnerabilidad mucho más importante y crucial, a comparación de la falta de cariño que la misma tenga con sus hijos.

Sin embargo, también existen estudios donde recalcan la importancia de la influencia que tienen las conductas de los padres en las relaciones sociales de sus hijos. Es así como Mac Donald (1987) citado por García (2000) resaltan la conducta del padre como un posible factor de vulnerabilidad; ya que, los padres con hijos con diagnóstico de 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 citado por Jordán, A, 2017).

Finalmente, García (2000) cita a Beidel & Turner (1998), quienes mencionan 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, facilitando una vulnerabilidad a

poder presentar ansiedad,

(2) la limitación que crean los padres a las capacidades que puede tener el hijo para poder acceder a situaciones sociales estableciendo patrones de aislamiento y evitación social en sus hijos

(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.

1.1.4. Clasificación.

Falloon, Lloyd y Harpin (1981) citado por García (2000) propusieron una distinción entre fobia social específica la cual se da ante una situación determinada, y la fobia social generalizada que es cuando este temor se exploya a muchas situaciones sociales por ejemplo la primera sería exponer en el salón de clases del colegio y la generalizada sería el exponer en cualquier lugar público.

Sin embargo, la introducción de estos subtipos fue discutida 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).

Jordán (2017) cita a Edelman y Chambless (1995) quienes mencionan también que existen dos tipos de fobia social, afines a los anteriores antes citados; el subtipo generalizado que es el miedo a la gran mayoría de las situaciones sociales como los diálogos con personas nuevas, exponer ante cualquier tipo de público o ir a cualquier tipo de reunión social; y el otro subtipo es el específico en el que se caracteriza por que las personas temen a situaciones delimitadas y específicas como el hablar, comer, escribir o firmar en público.

Bados (2001) menciona que el 60-70% de los pacientes diagnosticados con fobia social que llevan un tratamiento, pertenecen al subtipo generalizado ya que muchos de ellos, comienzan con el subtipo específico agudizándose así el cuadro hasta convertirse en uno generalizado. Cuando el paciente ya llega a encontrarse en el subtipo generalizado es donde busca una ayuda ya que le genera un malestar notablemente significativo en las distintas esferas de su vida.

Este autor también señala que a diferencia de los pacientes que presentan el subtipo específico, los de subtipo generalizado suelen presentar niveles de ansiedad más marcados y mayor cantidad de veces de evitación social de las situaciones ansiógenas; así como también más miedo a la 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, en su mayoría no están casados ni mantienen un empleo, una historia personal más frecuente de timidez infantil, menor apoyo emocional por parte de la familia y un deterioro en su vida personal, social, académica y laboral.

1.1.5 Epidemiología

Por otra parte, según los estudios epidemiológicos que menciona el DSM V han puesto en evidencia una prevalencia que oscila entre el 3 y el 13%, además entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, un 10 – 20% presenta algún tipo de fobia social. Sin embargo, Caballo menciona que Weiller halló porcentajes superiores en Francia (14,4%), y porcentajes inferiores en Estados Unidos (2,6%) y en Puerto Rico (1%). Por otro lado, no se ha visto diferencias significativas en la distribución por sexos en las muestras clínicas.

A nivel de nuestro país, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” a lo largo de los estudios epidemiológicos, encontraron que los trastornos de

ansiedad son los más comunes, seguidos por los trastornos del humor y del control de impulsos.

Asimismo, en Lima, en 1983 se encontró una prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad de 11,1 % y una prevalencia a seis meses de 8,1 % en el 2006 existe una prevalencia de 3.0 %, siendo la prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad de 16.9% y la anual de 3.3%. En el 2002, en Lima y Callao se encontró un 6.0 % de prevalencia de la fobia social; mientras que en el 2006 en ciudades de la costa se encontró un 3.0% de prevalencia del mismo diagnóstico. Por otro lado, en el 2012, hallaron que la población entre 18 a 44 años ha pasado por más episodios de fobia social, con una prevalencia en los adolescentes de 2.9 % y en la población adulta de 2,2% en total, 2.0% del sexo masculino y 2.4% del femenino.

La media de la edad de inicio de la fobia social es 16.42%, llegando a tener una extensión promedio de seis años, aunque es uno de los trastornos clínicos que demanda menos atención médica (0.9%) junto con el uso perjudicial y dependencia de alcohol (3.1%) y la agorafobia (6.7%), existe una prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en general de 10.5% (8.1% del sexo masculino y 12.6% del sexo femenino)

1.1.6 Teorías explicativas

- Teoría biológica

Fink, M. et al (2009) mencionan que la fisiopatología de la fobia social aún no ha sido investigada lo suficiente para dar una explicación exacta a este diagnóstico, sin embargo, recientes hallazgos de genética y neuroimagen han dado nuevos resultados que pueden dar nuevas luces para la mejor comprensión del trastorno. En el 2004, Gelernter et al. sugirieron la vinculación de rasgos de personalidad heredable como baja extroversión y; en otros estudios relacionado con cierto polimorfismo del β 1-gen del receptor adrenérgico (ADRB1) (Fink, M. 2009 cita a Stein et al, 2004), el cual estaría relacionado directamente con la susceptibilidad de

las reacciones fisiológicas de los individuos con fobia social.

Por otro lado, Fink M. 2009 cita a Smollen et al (2005) quienes encontraron una fuerte asociación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y la inhibición del comportamiento, el cual es un antecedente temperamental de ansiedad en los niños que posteriormente podrían desarrollar ansiedad social. También, Furmark et al (2009) mencionan que parece estar relacionado con una mayor activación de la amígdala, cuya región es crítica para el procesamiento del miedo.

- Modelo de O. H. Mowrer

Según la Teoría bifactorial propuesta por O. H. Mowrer, plantea que la conducta de evitación se explica por dos factores: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento instrumental. El primero sucede inicialmente a manera de miedo o impulso adquirido ante la señal del estímulo aversivo o evento temido de forma primaria. Luego del condicionamiento clásico, viene el condicionamiento instrumental que consiste en un reforzamiento negativo, en el que la consecuencia de la conducta de evitación es la reducción del impulso adquirido (Pérez-Acosta & Pérez, 1999)

- Modelo de Seligman y Johnston

Por otro lado, Pérez-Acosta (2005) menciona que la teoría cognoscitiva de la evitación propuesta por Seligman y Johnston (1973) se planteó como una alternativa superior con respecto a las explicaciones tradicionales basadas en el condicionamiento (Mazur, 1994). La teoría cognoscitiva parte del concepto de expectativa; ésta puede ser de tres tipos: 1. positiva: la presentación de un evento se correlaciona positivamente con la presentación de otro; 2. negativa: la presentación de un evento correlaciona negativamente con la presentación de otro; 3. “cero”: dos eventos son independientes.

Seligman y Johnston (1973) propusieron que el individuo en una situación de evitación va formando dos expectativas de tipo negativo:

- Sobre las consecuencias de su respuesta ante la señal de amenaza, y
- Sobre las consecuencias de no responder ante esa señal.

Según estos autores, una vez que esas dos expectativas se hayan formado, la conducta del individuo no cambiará hasta que una o las dos perspectivas se rompan ante modificaciones que experimente el paciente, ya sea en una situación experimental o terapéutica.

- Modelo Rapee & Heimberg

Rapee y Heimberg sostienen que la ansiedad ante las situaciones sociales es originada por la percepción de una potencial audiencia crítica, por lo que el individuo desarrolla una imagen mental de sí mismo tal como sería percibido por esa audiencia, donde refleja recuerdos de experiencias similares, evaluación de su estado físico combinado con la evaluación negativa de las señales dadas por la audiencia. Esta representación mental de sí mismo es comparada con la predicción de las expectativas de la audiencia, es decir, se cuestiona si está cumpliendo lo que otros esperan de él; este juicio lleva a pensar negativamente sobre los síntomas físicos que puede estar experimentando (sudoración, taquicardia, tensión muscular, etc) y el comportamiento ansioso (tono de voz bajo, poco contacto visual, etc). Estos síntomas fortalecen la percepción crítica de su imagen mental y retroalimentan la creencia que su rendimiento y desempeño ante la audiencia es malo.

- Modelo Beck, Emery & Greenberg

Beck, Emery & Greenberg (2012) postulan tres categorías de creencias disfuncionales en los sujetos que padecen fobia social: reglas excesivamente rígidas de actuación en situaciones

sociales, creencias condicionadas acerca de la evaluación de los demás y las creencias disfuncionales acerca de sí mismos. Cuando el individuo se desenvuelve en una situación social experimenta respuestas de ansiedad frente a este estímulo que es evaluado como amenazador; esta ansiedad les hará creerse incompetentes y empezarán a centrarse en las señales internas de ansiedad lo que interfiere en su habilidad para responder ante las señales sociales, lo que puede ocasionar que se altere negativamente el comportamiento de los otros, lo que confirmaría los miedos de la persona con fobia social. Incluso si no ocurriera una alteración en el comportamiento de la audiencia, el individuo sesgaría las señales para reafirmar la creencia de críticas hacia él, aunque éstas no se produjeran en la realidad.

- Modelo Olivares & Caballo

Olivares & Caballo (2003) plantean un modelo que presupone que la alteración de las respuestas generadas por la asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables biológicas, da lugar al conjunto de respuestas desadaptativas conductuales, cognitivas y fisiológicas; su propuesta está estructurada en tres fases:

- Génesis: Fobia social entendida como resultado de una o más formas de aprendizaje que pueden intervenir de forma aislada o combinada, los cuales median la interacción entre el contexto social negativo y los síntomas ansiosos, lo cual tendría como efecto la delimitación de un patrón de respuestas que inicialmente surgiría como una reacción adaptativa ante una situación vivida como una amenaza para la integridad del individuo, pero que, posteriormente se transforma a desadaptativa porque se consolida por la intensidad o el número de ensayos empleados. Dicho aprendizaje puede producirse, en un primer caso, por ensayo único o un número reducido de ensayos, donde la intensidad de la respuesta desencadenada es altamente aversiva;

aquí intervienen los condicionamientos clásico e instrumental y, en menor medida el modelado. En el segundo caso, las respuestas generadas son escasamente aversivas, por lo que depende de la constatación reiterada de los efectos que genera esas situaciones en la persona, los procesos que intervienen sería modelado, transmisión de información y el condicionamiento instrumental. Beidel et al (2005) mencionan que esto ocurre con más frecuencia entre los 14 y 16 años, asimismo hipotetizan que esto se debe a: incremento de las demandas sociales, aumento de la consciencia de la diferencia entre cómo se ven y cómo los ven los demás, sometidos a evaluación continua por su grupo de pares, necesidad de establecer un lugar en la sociedad distinto al de su familia y el miedo y vergüenza a no responder como creen que deben hacerlo

- **Desarrollo:** Se activa el estado de alerta ante una situación social probablemente amenazante y la aparición de la sintomatología fisiológica, cognitiva y motora. Asimismo, en la medida que aumente la generalización situacional y temporal, se incrementará la incertidumbre ante la posibilidad de recibir una respuesta negativa de la audiencia. El nivel de incertidumbre es menor en fobias específicas o circunscritas donde la persona puede controlarlo con respuestas de escape o evitación, lo cual disminuye la sintomatología ansiosa; en cambio, cuando el individuo teme a eventos que tienen que ver con la relación, la incertidumbre no se reduce porque no sólo incluye la posibilidad de que no se descontrolen las respuestas propias, sino que también incluye las respuestas de los interlocutores, que pueden preguntar, cuestionar, criticar, etc. Por otro lado, la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas de ansiedad se verán influidas por diversas variables relacionadas con: dimensiones propias de la situación (número de personas, duración de la

situación, etc.), características de los interlocutores (sexo, edad, grado de autoridad) y, el modo en que se va a llevar a cabo la relación o actuación (sentado o parado, en público o privado). Cabe resaltar que hay dos fases definitorias donde primero se reduce la atención a la tarea y se focaliza en las señales de peligro internas y de la situación y, segundo, aparecen respuestas defensivas que surgen para eliminar o reducir la ansiedad que genera la situación temida; una vez que esto ocurre, según el modelo se habrá iniciado la siguiente fase.

- **Mantenimiento:** Ya no sólo la exposición a la situación temida desencadena la respuesta ansiógena, sino que ahora sólo el hecho de imaginarla también produce respuestas similares, lo cual interfiere con la producción de respuestas apropiadas lo que aumenta la insatisfacción con el propio comportamiento que cree que da hacia los demás. Otro elemento importante es la sustitución del escape por las respuestas de evitación; por lo que llega al aislamiento el cual es entendido como un estado de evitación pasiva, éste a su vez incrementa la intensidad del miedo a la exposición y deteriora las relaciones sociales del individuo

- Modelo Clark y Wells

Clark & Wells (1995) establecen un modelo en el que ponen como variable crucial en el mantenimiento de la fobia social, el procesamiento negativo de la información centrada en uno mismo, es decir, que al enfrentar una situación social dirigen su atención sobre sí mismos lo que lleva a percibirse como el centro de atención. Es así que esta focalización sobre sí mismo, las elevadas expectativas que tienen para considerar una actuación adecuada y las creencias negativas sobre su potencial, activan los supuestos disfuncionales. Según los autores, el procesamiento distorsionado de la información se produce en tres fases:

- **Procesamiento anticipatorio:** Previamente a la situación temida los individuos revisan todos los detalles de lo que creen que podría pasar, esto activa los síntomas fisiológicos propios de la ansiedad y establecen una predicción negativa acerca de su desenvolvimiento en esa situación social; si en caso no logran modificar o detener los pensamientos negativos tendrán que enfrentar la situación teniendo la ansiedad elevada; por lo que la persona estaría centrada ante el hecho de que los demás puedan percibir esas respuestas de ansiedad. Asimismo, para prevenir esta situación, se prefiere tener una respuesta de evitación, lo cual reduce las posibilidades de cuestionar y contrastar sus creencias negativas con la realidad, agudizando la sintomatología del trastorno
- **Procesamiento durante la situación social:** El individuo con fobia social suele verse a sí mismo “desde fuera” por lo que construyen una “perspectiva del observador” donde construyen una imagen distorsionada tomando en cuenta el procesamiento de la información centrado en sí mismo; es así que, aunque existan respuestas positivas del entorno social, éstas no serán tomadas en cuenta
- **Procesamiento de la información tras concluir la situación de la relación social:** Luego que ha pasado la situación, la persona la recuerda y analiza lo que piensa que ha acontecido y las consecuencias que podrían haber presentado; valorando más negativamente de lo que en realidad pudo pasar; haciendo que incluso desee retroceder el tiempo para modificar la forma en que actuaron. Es así que, aunque a un inicio el sujeto podía sentirse satisfecho con su desempeño en la situación social, este procesamiento de recordar hace que maximice los eventos negativos y minimice los positivos.

1.1.7 Diagnósticos diferenciales

Diagnóstico diferencial con los Trastornos del Eje I, como la Agorafobia con o sin trastorno de pánico, Piqueras (2005) cita a Heckelman y Schneier (1995) quienes mencionan que la confusión con este trastorno se puede deber a que las personas con agorafobia también muestran miedo y evitación a las situaciones sociales, pero éste surge por el temor a experimentar un ataque de pánico en situaciones sociales donde sea difícil escapar, mientras que las personas con fobia social evitan esas situaciones por el temor a la crítica y ser el centro de atención. García, E. (2012) cita a Amies, Gelder y Shaw (1983) quienes encontraron que las situaciones que provocan ansiedad a las personas con fobia social eran: el ser presentado, dirigirse o estar con personas que tengan posición de autoridad, hablar por teléfono, recibir visitas en casa y ser observado mientras realiza alguna actividad; en cambio, en las personas con el diagnóstico de agorafobia las situaciones más temidas eran: estar solo, estar en lugar desconocidos, cruzar calles o usar el transporte público. Asimismo, en cuanto a las respuestas fisiológicas, en la fobia social prima el rubor, sudor o temblor; mientras que en la agorafobia son más frecuentes las dificultades en la respiración, taquicardia, mareos o dolor de cabeza.

En comparación con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), éste se caracteriza por la preocupación irracional relacionado con un amplio número de situaciones como dinero, familia, salud, etc; mientras que en la fobia social los temores se centran en torno a la evaluación negativa que puede percibir de las personas a las que se ve expuesta. Asimismo, García (2012) cita a Camero et al. (1986) quienes encontraron que las personas con fobia social presentan más síntomas fisiológicos como sudor y rubor; en cambio en el TAG hay mayores quejas de dolores de cabeza acompañado de pensamientos relativos al miedo a morir y dificultades para conciliar el sueño.

Por otro lado, en los trastornos del eje II encontramos que el Trastorno de personalidad por evitación se manifiesta como características a lo largo de la vida del individuo, mientras que, en la fobia social puede existir un antecedente de personalidad introvertida, pero la conducta de evitación surge a partir de un evento desencadenante, el cual es significativo para el sujeto. Por otro lado, García (2012) llega a las siguientes conclusiones, de acuerdo a la evidencia empírica disponible:

- El trastorno de personalidad por evitación es 3 veces más en personas con fobia social generalizada a diferencia de las que tienen fobia social específica
- En sujetos con ansiedad social y trastorno de personalidad evitación suele haber una menor proporción de casados, menor nivel socioeconómico y mayor severidad de las respuestas ansiógenas y por ende mayor interferencia en su desenvolvimiento en las distintas esferas de su vida.
- No existe diferencias significativas en los sujetos con fobia social y trastorno de personalidad evitativo con los pacientes con fobia social, pero sin el trastorno del eje II.
- En cuanto a los síntomas fisiológicos, Hofman, Newman, Ehlers y Roth (1995) encontraron diferencias significativas en el ritmo cardíaco entre los pacientes con ansiedad social y trastorno de personalidad por evitación con los que sólo tienen fobia social; sin embargo, Turner et al (1992) no halló estas diferencias, pero esto puede deberse a las discrepancias metodológicas en el procedimiento
- Asimismo, tanto el Trastorno de personalidad por evitación como la Fobia social no obtienen buenos resultados a las técnicas de inundación en vivo o en imaginación por la poca tolerancia a las respuestas fisiológicas durante la aplicación de estas técnicas; por lo que es más eficaz la exposición gradual combinado con el

entrenamiento en habilidades sociales. (Gracia cita a Beidel y Turner, 1998)

Los pacientes con diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, se caracterizan por ser perfeccionistas y mantener normas rígidas sobre su propia conducta (Antony, Purdon, Huta y Swinson, 1998), pero a diferencia de los pacientes con fobia social no se atribuyen a sí mismo el fracaso de la situación social, sino que suele responsabilizar el problema a otras personas o al ambiente.

Por otro lado, algunos familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno de personalidad por evitación, pueden acudir a tratamiento psicológico porque pueden estar preocupados por la escasa relación social que esta persona puede tener; la diferencia radica en que los pacientes con Trastorno esquizoide de la personalidad prefieren estar solos antes que relacionarse, además no experimentan activación fisiológica ante las situaciones sociales, sino que prefieren no relacionarse con esas actividades

1.2 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

El tratamiento se abordará de forma integral con el modelo cognitivo conductual, el cual ha sido una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en los años recientes, además de cobrar importancia en los últimos cuatro decenios del siglo XX y los primeros años del siglo XXI (Hernández, 2007).

1.2.1 Revisión histórica

Dentro de la historia del modelo cognitivo conductual existen dos tipos de antecedentes: los filosóficos y los psicológicos.

- a) Orígenes filosóficos.

Hernández y Sánchez (2007) mencionan que la filosofía estoica (350 a.C.-180 d.c) da un inicio tradicional a la influencia cognitiva; así también, lo hicieron el Budismo y el Taoísmo en su época, quienes afirmaban que las emociones estaban basadas en las propias ideas del ser humano.

La filosofía estoica, según estos autores mencionados, tiene su origen con Zenón de Citio, quien daba importancia a la ciencia, cuyo fin de está, mencionaba, 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 diversos períodos por las cuales se debía de pasar antes de alcanzar a esta felicidad y una de ellas era tener el autodomínio sobre nuestros estados emocionales tanto los intensos o pasionales.

Epícteto, fue de vital importancia dentro de los aportes, ya que 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.

Además, como ya fue mencionado, la cultura Oriental realizó importantes 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 Liebniz. Estos autores afirmaban que la fuente principal del conocimiento era el razonamiento deductivo el cual estaba basado en elementos evidentes.

Por otro lado, Jordán, A. (2017) refiere que los autores más representativos del empirismo son Francis Bacon y John Locke; quienes hablaban que la fuente de conocimiento estaba relacionada con la percepción que la persona tiene de los eventos. John Locke afirmaba que todo conocimiento va a provenir de la experiencia del mundo interno o externo y que no se va a poder tener un conocimiento verdadero del mundo físico, porque el conocimiento del ser humano que tiene sobre lo físico está relacionado con los errores de los sentidos de los mismo.

Por último, en la corriente Fenomenológica y Existencial, tienen a los representantes 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. (Hernández y Sánchez, 2007)

b) Orígenes psicológicos.

Dentro del ámbito psicológico hubo varias vertientes que contribuyó a dar inicio al modelo cognitivo conductual, una de ellas es la contribución de la escuela soviética en los cuales se enfatiza la intervención de Pavlov, quien, con su estudio experimental de condicionamiento,

mencionó que los llamados estímulos neutros podían obtener propiedades para generar diversas respuestas. Watson, en su “Manifiesto Conductista”, promovió 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 (Placencia, 2013)

Ruiz et al. (2012) mencionan la importante participación de Thorndike y su conexionismo para la creación del modelo conductual y más adelante del cognitivo-conductual. Los autores mencionados, refieren que Thorndike desarrolló dos leyes básicas del aprendizaje las cuales fueron la ley del efecto y la ley de la práctica. La primera explicaba el cómo se puede adquirir una respuesta mientras que el segundo explicaría la eficacia del aprendizaje como tal. También plantea que el aprendizaje va a estar en función a la asociación que se hará entre estímulo y respuesta.

Los trabajos realizados por Thorndike dieron inicio al condicionamiento operante de Skinner, el cual planteó la existencia de dos tipos de condicionamiento en cuanto al tipo de respuesta que se obtendría de cada uno. Habló sobre el condicionamiento respondiente, el cual estaba alineado con lo explicado por Pavlov y el condicionamiento operante que se daba en función de la ley del efecto de Thorndike. (Ruiz et al., 2012). Skinner afirmaba 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).

En los años sesenta, Bandura postula el aprendizaje social afirmando que las personas aprenden mediante la observación de la conducta de un modelo y que las consecuencias de estas se van a obtener en función a dicho comportamiento. (Placencia, 2013).

En 1958 Wolpe realiza una publicación llamada “Psicoterapia de inhibición recíproca”

donde investiga que la ansiedad condicionada podía ser inhibida. Esto se hizo en experimentos realizados con gatos para luego buscar respuestas humanas que pudieran usarse para recondicionar 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 (Brocca & Figueroa, 2011)

1.2.2. Principios.

Al ser considerado un modelo estructurado, existen una serie de principios los cuales fueron planteados por Mahoney (1977), estos 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. Características

Esta psicoterapia postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos (Beck, 1976); es decir las situaciones por sí mismas no determinan directamente cómo se sienten y actúan las personas, sino que su respuesta emocional y conductual está mediada por su interpretación de la situación, y por lo que piensan, perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro.

Además, hace énfasis en lo científico, aunque no llega a ser anti humanista; por lo que apunta a una autoevaluación realista frente a la distorsionada, para esto, se trabajan las emociones perturbadoras para el sujeto y su base cognitiva.

Asimismo, el enfoque de Beck tiende a ubicarse en el modelo educativo en el cual se destaca la idea de aprendizaje de nuevas formas de conocimiento que permitan adquirir nuevas conductas más apropiadas o útiles para lograr las metas personales (Pollini, 2009 cita a Obst Camerini, 2005)

Actualmente, la terapia cognitivo-conductual es entendida como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos; donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas.

Estas están sujetas al análisis lógico y comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia su conducta (Clark, 1995, citado por Caro, 2002).

La Terapia Cognitivo-Conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones tiene hoy en día; numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones (Pérez, 2008)

Baeza (2014) también recopila los factores asociados a los resultados de la Terapia Cognitivo Conductual, entre ellos encontramos la gravedad de la sintomatología antes del tratamiento (Otto et al., 2000), satisfacción por las tareas asignadas para casa (Leung y Heimberg 1996), frecuencia de los pensamientos negativos en el desarrollo de la interacción social y, finalmente se considera la expectativa de los resultados de la intervención (Chambles et al. 1997).

1.2.4 Principales representantes

A) Aaron Beck

Fue un 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 para tratar diferentes alteraciones de tipo psiquiátricas. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2002)

Este autor presenta estas principales características:

- El empirismo colaborativo: el terapeuta estará constantemente en una continua actividad e interacción con el paciente. Mientras que el paciente, a su vez, participará y colaborará con el terapeuta.
- Terapia centrada en las problemáticas actuales, es decir, se prestará poca atención a la infancia, excepto 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 de intervención.
- Existe una importancia en la investigación empírica de los pensamientos, pues son relevantes a las experiencias internas, sentimientos, deseos, actitudes, etc.
- Se trata de dar una explicación a la creación de ideas y creencias distorsionadas que tiene el paciente sobre sí mismo, sus experiencias y su futuro en forma de hipótesis; de esta forma, la terapia se centra en encontrar o comprobar la validez de las mismas de forma ordenada.

Por otro lado, esta terapia se basa en el supuesto teórico que la conducta del individuo y

los efectos que tiene la misma van a estar determinados por el modo que tiene la persona de estructurar su mundo. La manera en que se forma esta estructuración origina las cogniciones, las cuales se van a basar en actitudes o esquemas que se desarrollan a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias pasadas como “todo me tiene que salir bien”, a futuro su pensamiento puede estar dominado por el esquema de “si no me sale todo bien soy un fracaso como persona”, esto hará que experimente diferentes tipos de emociones cuando realmente ocurra ya que la probabilidad de que todo le salga bien siempre va a ser nula (Beck et al, 2002).

El término de esquema es definido por el mismo autor como “organizaciones conceptuales complejas que están compuestas de unidades más simples que contienen la forma en se organiza y se estructura el ambiente” (Safran, Vallis; Segal & Shaw, 1986, citado por Beck, et al, 2002).

Entonces bajo este modelo, se plasmaron distintas técnicas cognitivas y conductuales, las cuales tienen el objetivo de identificar y modificar los pensamientos distorsionados y los esquemas que derivan a estas cogniciones. El paciente, durante la terapia, va a aprender a resolver problemas y situaciones que pudo haber considerado con anterioridad insuperables; y el terapeuta, a su vez, lo ayuda a pensar y actuar de un modo más adaptativo en relación con los diferentes problemas que se suscitan en su contexto, reduciendo o eliminando así sus síntomas que le estén causando 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. Jordán, A. (2017) menciona que la manera más sencilla de hacerlo es probando la realidad de las ideas o pensamientos que tiene el paciente; sin embargo, es importante enseñarle 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 pensamiento 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; éstos últimos son los que surgen de una manera inmediata, son veloces y breves por lo cual la persona no es muy consciente de estos pensamientos, sólo de la emoción que genera a partir de ellos.

Beck et al. (2002) refiere que en nuestra infancia comenzamos a construir, en base a la experiencia que vivimos, determinadas creencias relacionadas con nosotros mismos, las demás personas y el mundo que nos rodea. Estas creencias que vamos formamos son llamadas también creencias centrales, las cuales se caracterizan por ser ideas profundas que se dificultan el poder expresarse. La persona cree que estas creencias con verdades absolutas y consideran que la forma en que piensa y mira las cosas es la correcta.

Por último, Beck et al. (2002) presenta los errores en el procesamiento de la información o también llamados errores cognitivos, éstos 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.

B) Albert Ellis

Es el 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, es decir, que las personas no reaccionan de forma emocional o conductualmente ante los acontecimientos que surgen en su vida, sino que las personas crean sus propias reacciones en relación a la forma en que interpretan o valoran estos eventos.

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 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; es decir, las cogniciones van a estar sujetas a las emociones y al comportamiento y, de igual forma cada una de ellas a las mismas.

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).

Ellis (1997) postula 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, 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 creen 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 esta situación activadora. Es verdad que los acontecimientos externos pueden contribuir, en parte, a una reacción del individuo, pero no serán los causantes de C sino la manera en que esta persona interpreta la situación.

Esta teoría es la misma que se maneja de forma general en el modelo cognitivo conductual, sin embargo, Ellis propone dos componentes más el cual es el debate o discusión

(D) y la nueva respuesta emocional o conductual (E) del sujeto.

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 generó. Este debate es una discusión interna entre las creencias irracionales con las creencias 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).

Por otro lado, 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 racionales se diferencian de las irracionales porque las primeras 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”; es decir contienen dos aspectos: son relativas y no van a impedir el logro de objetivos (Ellis, 1989). Mientras que las irracionales son absolutas por naturaleza y por lo tanto van a provocar emociones negativas que así van a interferir en la persecución y obtención de sus metas. Estas se van a expresar con expresiones como “Tengo que”, “Debo”, “Estoy obligado a” o “Debería”.

Es así que al principio Ellis (1997) propuso 13 creencias irracionales; posteriormente, se redujeron a 11, las cuales son:

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 conmociono 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.

Ellis (1989) centra estas 11 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 mi”

- 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”

Asimismo, existen también creencias irracionales derivadas de las primarias, que serían las secundarias, las cuales 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

También, el tercer escalón propuesto por Ellis (1989), son las distorsiones cognitivas o errores inferenciales del pensamiento; éstas son evaluaciones cognitivas que serán ligadas a situaciones específicas, mas no se encuentran centradas como las creencias irracionales.

1.2.5 Estudios en el Modelo Cognitivo Conductual

Mosquera-Gallego (2018) obtuvo resultados favorables en una niña de 11 años, donde luego de la intervención psicoterapéutica orientada en el modelo cognitivo conductual, con una duración de aproximadamente 3 meses se lograron los objetivos terapéuticos planteados, los cuales estaban enfocados para la paciente y para los compañeros de aula. Al inicio la paciente tenía una ansiedad muy elevada, síntomas depresivos, baja autoestima y sufría acoso escolar;

luego de la intervención se consiguió disminuir la ansiedad y eliminar la ansiedad social, disminuyó el estado de ánimo disfórico y se incrementó la autoestima y autoconcepto; esto mediante el uso de técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva y, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. Los resultados de la intervención grupal lograron una disminución global del acoso mediante la concientización y sensibilización de la misma; así como el incremento de habilidades sociales y solución de problemas

También, Fullana (2011) realizó una revisión entre enero del 2003 y julio de 2010, donde se logró comparar la eficacia de la Terapia cognitivo-conductual en los trastornos mentales no psicóticos más frecuentes respecto a otros métodos terapéuticos como tratamiento farmacológico, TCC más psicofármacos y efecto placebo; se tuvo como resultado que la TCC es superior en todos los trastornos en que hay información disponible. Sin embargo, aunque se conoce el beneficio de sus efectos a largo plazo, los cuales evitan recaídas a diferencia de otros tratamientos como el farmacológico, no se encontraron datos consistentes de los mismos. Además, específicamente en la fobia social en la población adulta, se recogieron datos que muestran superioridad al placebo farmacológico y el psicológico; por otro lado, en la población de niños y adolescentes, en los trastornos de ansiedad (Fobia social, TAG y Trastorno de ansiedad por separación) se recogieron datos que muestra menor eficacia frente al tratamiento combinado y los mismos resultados que el tratamiento farmacológico; sin embargo la TCC muestra superioridad frente al placebo farmacológico y psicológico.

Además, Labrador & Ballesteros (2011) realizaron un estudio con 71 pacientes, los cuales tienen como características sociodemográficas: una media de edad de 27 años; el 63,4% son mujeres y el 36,6% son hombres; asimismo el 80,3% son solteros, 18,3% casado y el 1,4% separados/divorciados; también el 59,2% son estudiantes, el 32,4% trabajadores/empresarios y

el 8,4% tienen otra profesión; finalmente el 45,1% son licenciados universitarios, 16,9% diplomados universitarios, 31% tiene estudios secundarios y sólo el 7% tiene estudios primarios completos o incompletos. Posteriormente a la intervención terapéutica el 64,1% de los pacientes alcanzaron el alta. Labrador, F y Ballesteros, F. (2011) citan a Taylor (1996), quien informa que entre un 12,2-18% de los pacientes que inician un tratamiento no lo terminan.

Asimismo, Amodeo & Quintana (2010) mencionan que el tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social es más eficaz frente a otras alternativas, donde entre el 60% y 80% de los pacientes mejoraron y mantuvieron los resultados hasta las sesiones de seguimiento que se realizaron luego de 5 años. Es así que obtuvieron resultados favorables en la intervención de un paciente varón de 48 años, donde el programa terapéutico tomó en cuenta los siguientes componentes: conceptualización del problema, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, exposición gradual y entrenamiento en habilidades sociales. Al finalizar el tratamiento, el paciente es capaz de mantener relaciones sociales sin experimentar niveles de ansiedad elevado, disminuyó la sintomatología depresiva, dejó de darle importancia a la percepción que pueden tener los demás sobre él y, finalmente, empezó una relación amorosa.

Por otro lado, Goldin et al. (2014) realizó un estudio donde identificó los cambios funcionales y morfológicos a nivel cerebral tras la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad; en el caso de la fobia social se usó principalmente las técnicas de reestructuración cognitiva, exposición y relajación. Se tomaron en cuenta cinco estudios donde se usó resonancia magnética funcional, excepto en uno donde emplearon electroencefalografía; es así que los resultados de los primeros cuatro arrojaron que existe un aumento de la activación del córtex prefrontal medial durante la autoevaluación negativa, asimismo hay un aumento de la actividad en estructuras prefrontales en las situaciones de reestructuración cognitiva de las creencias,

además en el estudio de Mansson et al. (2013) se evidencia una disminución de la activación en la amígdala izquierda ante estímulos potencialmente amenazantes; finalmente en el trabajo de Miskovic et al. (2011), el grupo clínico mostró ondas delta-beta mucho más elevado que el grupo de sujetos sin la fobia social, esta diferencia se eliminó luego de la intervención terapéutica.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 Datos de filiación

| | | |
|----------------------|---|--|
| Nombre | : | Lori |
| Edad | : | 21 años |
| Sexo | : | Femenino |
| Fecha de nacimiento | : | 18 de mayo 1996 |
| Lugar de Nacimiento | : | Callao |
| Lugar de residencia | : | Callao |
| Grado de instrucción | : | Secundaria completa |
| Número de hermanos | : | Ninguno |
| Vive con | : | Ambos padres |
| Ocupación | : | Estudiante de Técnico de contabilidad |
| Estado civil | : | Soltera |
| Religión | : | Ninguna |
| Informante | : | El paciente |
| Referente | : | Psiquiatría |
| Examinador | : | Rosa María Acosta Huayama |
| Fecha de evaluación | : | 06/07/2017, 17/07/2017, 15/08/2017, 26/08/2017 |

2.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta y refiere “Vengo a consulta porque he abandonado el ciclo del instituto donde estaba estudiando Técnico de contabilidad, porque hace 1 año cuando me preguntaron si había tenido enamorado, sentí que me estaban criticando y que nuevamente se burlarían de mí por lo que mis temores se agravaron; por lo que comencé a evitar hacer preguntas al profesor , apenas tocaba la campana salía corriendo del salón para no tener que hablar con mis compañeros por temor a que me sacaran el tema a colación o no saber qué responderles; cuando tenía que exponer hablaba con el profesor para aplazar la fecha o faltaba ese día y, si ya no tenía otra alternativa procuraba exponer lo más rápido posible; es por esto que preferí retirarme del ciclo porque mis notas eran muy bajas, debido a que no tenía notas de exposición, exámenes orales y tenía muchas faltas a clases, que igualmente iban a hacer que reprobara. Actualmente, suelo estar nerviosa ante cualquier situación en la que me sienta expuesta, cuando me invitan a reuniones pongo excusas para no asistir o llego tarde a mis compromisos y permanezco callada la mayor parte del tiempo. A raíz de todo esto, creo que el problema que tengo me ha vuelto inútil, pienso que tengo la culpa de lo que me pasa por no pedir ayuda antes, siento que he perdido confianza en misma; me preocupa no poder retomar mis actividades con normalidad”.

2.3 Episodios previos

- Cuando estaba en 5ª secundaria y tenía 17 años sus compañeros empezaron a molestarla diciendo que era homosexual esto a raíz de que había rechazado salir con algunos chicos del colegio y sus compañeros le cuestionaron por qué no había tenido enamorado, cada vez que se tocaba algún tema relacionado con eso, se burlaban de ella con apodos como

“leca” o “lesbi”, gestos obscenos dando a entender la inclinación sexual e incluso una vez cuando estaba exponiendo le gritaron “gay” y todos se rieron de ella; sintió que se sonrojaba mucho, le sudaban las manos y le oprimía el pecho; pensaba que se seguirían burlándose de Lori, que buscarían cualquier oportunidad para reírse otra vez; lo que hizo que sintiera miedo a que vuelva a pasar eso; a partir de esto empezó a tener mucho miedo a estar en situaciones sociales como hablar con personas desconocidas por temor a que sus compañeros hicieran comentarios hirientes y asistir a fiestas o reuniones, ya que pensaba que podían volver a burlarse o la criticarían por cualquier error que cometiera; estas situaciones hacían que le tiemblen y suden las manos, , se le aceleraba el corazón y se mordía las uñas; por esto empezó a evitar toda situación en la que pueda ser el centro de atención como hablar de temas personales ante su grupo de amigos y, como haciendo esto evitaba que se burlaran o la criticaran, ya no se sentía tan ansiosa y continuó haciéndolo. Esto cesó cuando terminó la secundaria y empezó a trabajar, pues no estaban las personas que la molestaban.

2.4 Historia personal

2.4.1 Desarrollo de embarazo

La paciente refiere que ella fue planificada y deseada por ambos padres, su madre asistió a todos sus controles médicos; durante el embarazo no hubo molestias y se desarrolló sin complicaciones, sin embargo, menciona que se presentaron antojos relacionados con cítricos como naranjas y mandarinas, y dulces como chocolates. Asimismo, menciona que su madre aumentó alrededor de 8 kilos.

2.4.2 Perinatal

Refiere que ella nació en Lima, en el Hospital Carrión a los 9 meses de gestación por parto natural, fue atendida por médicos y tenía buena apreciación general; además no hubo complicaciones en el mismo por lo que asume que no utilizaron ningún instrumento como fórceps y tampoco tuvo que estar en incubadora; nació con 3.300 kg y una talla de 49 cm, los médicos dijeron que era una niña saludable por lo que le dieron de alta al día siguiente. Asimismo, no refirió la puntuación del APGAR porque no conocía esa información.

2.4.3 Postnatal

En cuanto al desarrollo psicomotor, sostuvo la cabeza a la edad de 2 meses, se sentó a los 4 o 5 meses aproximadamente, asimismo se paró a los 11 meses y caminó a la edad de 1 año aproximadamente; cabe resaltar que su madre no dejó que gateara porque la vivienda en la que estaban tenía un tipo de piso que podía causarle heridas en las rodillas y manos, por lo que trataba de mantenerla en el corral o la cama; es así que cuando empezó a pararse y tratar de caminar siempre la supervisaban para que no se cayera ni se lastimara.

Asimismo, menciona que tomó leche materna desde el primer día y que su madre dejó de darle de lactar a los 10 meses y fue de manera progresiva utilizando leche artificial en el biberón como alternativa. Además, la ablactancia se dio a partir del sexto mes mediante la inclusión de papillas de frutas y verduras en su alimentación, posteriormente se fue agregando sólidos como verduras cocidas.

También, en cuanto a su lenguaje menciona que se desarrolló con normalidad y

su primera palabra fue “mamá”, la cual la dijo a la edad de 11 meses aproximadamente ya que antes solamente emitía balbuceos.

Además, sus primeros dientes aparecieron a los 6 meses aproximadamente, por otro lado, en relación al control de esfínteres, refiere que controló la vejiga a la edad del primer año y 10 meses, y el control del intestino a los 2 años aproximadamente; sin embargo, menciona que, durante el proceso de aprendizaje, en algunas ocasiones mojó la cama y su madre la castigaba quitándole algún juguete por un plazo de unos días o no la dejaba ver televisión ese día.

Asimismo, no sufrió molestias ni enfermedades graves, tampoco se enfermaba con facilidad; sin embargo, cuando empezó el colegio, a la edad de 5 años, tenía constantes dolores de cabeza, los cuales eran producto del esfuerzo que realizaba para poder ver la pizarra, por lo que a partir de eso empezó a utilizar lentes, lo que hizo que las cefaleas cesaran.

Finalmente, le han comentado que le gustaba ver televisión y solía jugar con otros niños que vivían cerca a su casa, compartía sus juguetes y podía seguir las normas y turnos de los juegos en los que participaba; por otro lado, no recuerda haberse chupado el dedo, tampoco le han comentado si tenía algún tic o hábito inusual.

2.4.4 Escolaridad

- Inicial

Al ingresar al sistema educativo menciona que el primer día lloró al separarse de su mamá por lo que la profesora le dijo que se quede un tiempo adicional hasta que Lori se calme, además la docente encargada logró tranquilizarla haciendo que juegue con otros niños del aula, es así que llega a adaptarse adecuadamente y el

resto de días se queda sin hacer berrinches, esto es llorar, gritar, tirarse al suelo y saltar sobre su lugar; ni mostrar resistencias. Asimismo, menciona que siempre fue tímida y, aunque le fue sencillo relacionarse con sus profesores y compañeros, se caracterizaba por no hablar mucho y tener pocos amigos, ya que formó rápidamente un grupo pequeño bastante unido con el que compartía casi todo el tiempo tanto en clase como en el recreo, sin embargo, se llevaba bien con el resto de sus compañeros con los que no era tan cercana.

- **Primaria y Secundaria**

En primaria, tenía un grupo cercano de amigas con las que solía hacer trabajos y visitar sus casas, sin embargo le era difícil iniciar nuevas amistades ya que era un poco insegura con respecto a si podía encajar en otros grupos, además a lo largo de los años mantuvo a la mayoría de sus amigas que se encontraban en su grupo que había formado desde su educación inicial; por eso no necesitó tener un relación amical tan cercana con el resto de sus compañeros de clase, sin embargo se llevaba bien con todos.

Además, menciona que en primaria era muy marcado el distanciamiento entre varones y mujeres, en los primeros años solía hablar con sus amigas de cuál era el chico que les parecía más atractivo o más inteligente pero ninguna había iniciado una relación; entre quinto y sexto grado de primaria los varones empezaron a mostrar interés por las chicas de su salón por lo que recibían cumplidos y piropos, sin embargo el chico que le gustaba a Lori no mostraba interés por ella, es así que esperaba que él la invitara a salir pero nunca pasó y, en el último año él se cambió de colegio.

Asimismo, recuerda que su rendimiento escolar era promedio, no tuvo dificultades con ningún curso y le gustaba mucho las clases de Ciencia, Tecnología y

Ambiente, Formación Cívica y Comunicación Integral porque las clases eran muy dinámicas y le gustaba las lecturas, pero no le agradaban las clases de Educación Física porque se cansaba mucho y sentía que no era buena en los deportes y tampoco le gustaban las clases de Historia ni Religión porque eran muchos datos para memorizar y tenía que dedicar más tiempo para estudiar esas materias.

En secundaria tenía un grupo de amigas muy cercanas, algunas de ellas eran de primaria y otras que se habían acoplado en los primeros años de secundaria; asimismo tenía amigos varones con los que compartía trabajos escolares y salidas grupales como a centros comerciales, cines, etc.; sin embargo a mediados del 5° año empezaron a hacerle “bullying” diciendo que era homosexual porque nunca había estado en una relación y no aceptaba salir con algunos chicos de su salón que la invitaban, incluso en una ocasión le gritaron “gay” mientras estaba exponiendo en un curso, ocasionando las risas de sus compañeros e incluso de la profesora que sólo se limitó a pedir que guarden silencio; esto hizo que se sintiera avergonzada por las burlas, apodos y gestos que le hacían sus compañeros, es así que su rendimiento bajó pero no reprobó ningún curso, por todo esto empezó a evitar exponerse a cualquier oportunidad que tenía de ser el centro de atención o de llamar la atención de sus compañeros por lo que evitaba salir a las reuniones sociales que organizaban y algunas exposiciones; haciendo esto se dio cuenta que las bromas disminuyeron por lo que siguió haciéndolo hasta salir del colegio.

- Técnico

Al salir del colegio, intentó empezar a prepararse para ingresar a una universidad nacional pero la academia era muy costosa y sus papás no podían costearla y, además, requería mucho tiempo por lo que, luego de ahorrar trabajando

durante un año y medio en una cafetería y un estudio contable, empezó a estudiar Técnico de contabilidad en un instituto en el segundo semestre del 2014 cuando tenía 18 años; al inicio le fue difícil relacionarse con sus compañeros porque aún recordaba las burlas por las que pasó en el colegio pero con el paso de las primeras semanas logró integrarse a un grupo pequeño de amigos que estaba conformado principalmente por mujeres.

Además, un par de chicos la invitaron a salir y mostraban interés por ella, Lori aceptó salir con ellos una vez, pero luego sentía que regresaba el temor a que la molestaran como en el colegio y que eso llegue a sabotear la relación además consideraba que ninguno era el indicado para iniciar una relación, por lo que dejó de salir con ellos.

Sin embargo, no tenía dificultades para realizar exposiciones y participar sólo lo necesario en clase, por lo que sus notas eran promedio pero no reprobó ningún curso; hasta inicios del segundo semestre del 2015 en que le preguntaron si había tenido enamorado, por lo que sintió que podían empezar a burlarse nuevamente de ella, es así que sus temores se agravaron, dejó de participar en clase, no asistía a clases y se perdía exámenes escritos y orales; por todo esto decidió abandonar el ciclo porque iba a reprobador varios cursos por no presentar los trabajos y sus faltas reiterativas; a raíz de esto es que empieza a sentirse frustrada y un poco triste ya que pensaba que su futuro estaría arruinado por no continuar con sus estudios, temía no poder recuperarse nunca e incluso volverse loca.

2.4.5 Enfermedades y accidentes

La paciente refiere que sólo tuvo enfermedades comunes como gripes, infecciones, etc.; pero no pasó por ningún accidente significativo.

2.4.6 Adolescencia

Menciona que, durante esta etapa, los cambios en su cuerpo y la aparición de la menstruación los llevó con normalidad ya que la habían informado en el colegio y en casa, además los atravesó a la par de sus compañeras de aula por lo que todas compartían sus experiencias.

Asimismo, empezó a sentirse interesada en el sexo opuesto desde los 13 años aproximadamente porque le gustaba un chico de su colegio, pero él no mostraba interés en ella y tampoco Lori mostró su interés por él; además cuando estaba en 5° secundaria algunos chicos la invitaban a salir, pero ella no se sentía atraída por ellos, por lo que no salió con nadie hasta que asistió al instituto.

2.4.7 Relaciones sexuales y de pareja

Lori refiere que su interés por el sexo opuesto empezó en la adolescencia, alrededor de los 13 años, sin embargo, no salió con ninguno de sus compañeros del colegio ya que no le gustaba ninguno de los pretendientes que tenía y el único chico que le atraía no mostraba interés por ella y posteriormente se cambió de colegio.

Además, no ha tenido enamorado hasta la fecha, sin embargo, ha tenido citas con dos chicos del instituto, pero no llegó a formalizar una relación con ninguno ya que ella pensaba que sus dificultades para relacionarse y el temor a que la vuelvan a molestar, iban a sabotear su relación.

Asimismo, nunca ha mantenido relaciones sexuales, pero si se ha masturbado

desde los 16 años aproximadamente.

2.4.8 Vida laboral

La paciente refiere que, saliendo del colegio, empezó a trabajar en una cafetería para poder ahorrar dinero para solventar una academia; sin embargo, menciona que su relación con sus compañeros no era tan cercana, pero trataba de participar en las conversaciones o bromas que se hacían, pero nunca asistió a las reuniones sociales que realizaban.

Luego de aproximadamente 1 año, en el 2014 cuando tenía 18 años, dejó de trabajar porque su tío, la ayudó a conseguir trabajo como asistente en un estudio contable donde se dedicaba a ordenar papeles y hacer presupuestos; además, su relación con sus compañeros era cordial ya que su labor no le exigía relacionarse tan estrechamente con los mismos, además que la mayoría del personal era mayor que ella y Lori pensaba que posiblemente no iban a compartir los mismos gustos o temas de conversación; sin embargo logró hacerse muy amiga de dos chicas que eran secretarias. No obstante, renunció cuando ingresó al instituto ya que prefería concentrarse en sus estudios.

Sin embargo, cuando dejó el ciclo en el 2015 regresó a trabajar en abril del 2016, en el mismo estudio contable y en el mismo puesto ya que aún mantuvo contacto con su jefa, a quien le había comentado de forma superficial su problemática y al entenderla, decidió volver a contratarla para apoyarla; la relación con sus compañeros es un poco más distante ya que no se encuentran todo el personal que laboraba cuando ella trabajaba antes. Hasta la actualidad mantiene este trabajo.

2.4.9 Entretenimiento y deportes

Lori menciona que le gusta leer novelas de fantasía, ficción y suspenso; ver películas de comedias, ciencia ficción y algunas de terror; y ver programas en televisión como novelas, documentales y series; ya que cree que la ayudan a desestresarse y son actividades que puede realizar tanto sola como con sus amigos cercanos. Además, le agrada salir con sus mejores amigas a comer o pasear, pero no pueden realizar esas actividades muy seguido porque ellas están estudiando y es difícil que coincidan en los horarios.

Por otro lado, durante un tiempo le agradaba salir a correr, pero dejó de hacerlo cuando inició el instituto porque tenía que levantarse más temprano y le daba flojera, además cuando intentó trasladar esa actividad para realizar por las tardes, no le daba tiempo por los trabajos y tareas que le dejaban.

2.5 Historia familiar

2.5.1 Madre

Nombre: Juana

Edad: 47 años

Ocupación: Ama de casa

Características: Suele ser muy protectora con Lori, fue la primera persona a la que acudió por problemática. Tiene un carácter muy calmado y tranquilo la mayor parte del tiempo, por lo que se muestra comprensiva ante las dificultades o problemas que hay y trata de buscar una solución a todo.

Enfermedades: Ninguna enfermedad significativa, sin embargo, en varias ocasiones se

queja de dolores de cabeza, pero no ha asistido al médico ya que se automedica y logra que cesen.

Relación con el paciente: La relación que mantiene es cercana porque suele pasar tiempo con ella cuando está en casa, además fue la primera persona a la que le contó sobre su problemática y fue quien le sugirió que asista a psiquiatría. Además, le pidió a que hable con su papá para poder retirarse del ciclo, ya que temía que no fuera tan comprensivo porque iba a dejar los estudios.

2.5.2 Padre

Nombre: Eduardo

Edad: 48

Ocupación: Contador

Características: Estricto, crítico, perfeccionista y comprensivo con la problemática.

Tiene un carácter un poco duro, suele estar serio y parece estar siempre estresado por el trabajo, pero cuando no tiene tantas responsabilidades suele ser muy divertido y hace muchas bromas en casa.

Enfermedades: Ninguna enfermedad significativa

Relación con el paciente: No es tan cercana porque siempre ha sido exigente en el área académica y eso hacía que sienta presión por siempre sacar buenas calificaciones, es por esto cuando decidió que quería retirarse del instituto, le pidió a su madre que le diga porque temía que se moleste porque iba a perder el ciclo, sin embargo cuando le contó sobre las dificultades que tenía se mostró comprensivo y le brindó su apoyo, por lo que luego de esto se hicieron más cercanos y ahora siente que se interesa más por ella.

2.6 Examen mental

Porte: Paciente de sexo femenino, tez trigueña, aparenta edad cronológica, 1.60 m. de estatura y un peso de 60 kilos aproximadamente, de biotipo normosómico. Presenta adecuado aseo y aliño personal, viste acorde a su edad, género, estación y nivel socioeconómico.

Comportamiento: Ingresa a consulta con una marcha lenta, adopta una postura encorvada, presenta movimientos de piernas y manos, facies de intranquilidad, mantiene poco contacto visual y se cubre la boca con su mano para no mostrar todos sus dientes ya que considera que son muy grandes.

Actitud: Muy colaboradora durante las sesiones ya que cuenta sus experiencias y responde a todas las preguntas con detalles.

Orientación: La evaluada se encuentra orientada en tiempo ya que sabe el día y la hora aproximada; en espacio porque sabe el lugar dónde se encuentra y en persona porque sabe quién es.

Conciencia: Lori se encontraba lúcida, por lo que comprendía la información claramente, mostraba una adecuada focalización y dirigía sus funciones psíquicas sobre un objeto.

Atención: Presenta una atención sostenida y flexible, ya que respondía de manera coherente a las preguntas que se le formulaban.

Percepción: No presenta alteraciones en ninguna de las áreas.

Pensamiento: Es de nivel abstracto, en relación al curso no presenta alteración, sin embargo en cuanto al contenido se evidencian constantes preocupaciones en relación al área académica y su futuro, además es fóbico, por el temor que presenta hacia la crítica y ser el

centro de atención, lo que ocasiona que presente síntomas fisiológicos que sólo se van cuando se retira de la situación; hay contenido de ruina y culpa porque considera que no posee las herramientas necesarias para sobreponerse a las dificultades que atraviesa y que éstas son consecuencias de algo malo que pudo hacer en el pasado, además que cree que no pidió ayuda a tiempo.

Lenguaje: Presenta tono de voz adecuado durante la entrevista y tiene fluidez verbal adecuada.

Afectividad: No muestra indicadores de alteración patológica en esta área

Inteligencia: Apareta un CI promedio

Conciencia de enfermedad: Tiene conciencia de su enfermedad ya que asistió a psiquiatría y psicología por voluntad propia.

2.7 Informe psicológico

I. DATOS DE FILIACIÓN

| | |
|----------------------|------------------------------|
| Nombres y apellidos | : Lori |
| Edad | : 21 años |
| Fecha de Nacimiento | : 18/05/1996 |
| Lugar de Nacimiento | : Callao |
| Lugar de Residencia | : Carmen de la Legua Reynoso |
| Estado civil | : Soltera |
| Grado de Instrucción | : Secundaria |

Ocupación : Sin ocupación

Referente : Psiquiatría

Motivo de evaluación : Área de Personalidad, Afectiva y Emocional

Evaluada : Rosa Acosta Huayama

Supervisión : Mg. Gladys Toranzo Pérez

Fechas de Evaluaciones : 06/07/2017, 17/07/2017, 24/07/2017,
15/08/2017, 26/08/2017

Fecha de Informe : 08/09/2017

Técnicas Utilizadas : Observación y Entrevista Psicológica

Instrumentos Utilizados : Cuestionario sobre la historia de la vida de
Lazarus

Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Escala de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta derivada de psiquiatría y refiere: “Vengo a consulta porque he abandonado el ciclo del instituto donde estaba estudiando Técnico de contabilidad, porque hace 1 año cuando me preguntaron si había tenido enamorado, sentí que me estaban criticando y que nuevamente se burlarían de mí por lo que mis temores se agravaron; por lo que comencé a evitar hacer preguntas al profesor , apenas tocaba la campana salía corriendo del salón para no tener que hablar con mis compañeros por temor a que me sacaran el tema a colación o no saber qué responderles; cuando tenía que exponer hablaba con el profesor para aplazar la fecha o faltaba ese día y, si ya no tenía otra alternativa procuraba exponer lo más rápido posible; es por esto que preferí retirarme del ciclo porque mis notas eran muy bajas, debido a que no tenía notas de exposición, exámenes orales y tenía muchas faltas a clases, que igualmente iban a hacer que reprobara. Actualmente, suelo estar nerviosa ante cualquier situación en la que me sienta expuesta, cuando me invitan a reuniones pongo excusas para no asistir o llego tarde a mis compromisos y permanezco callada la mayor parte del tiempo. A raíz de todo esto, creo que el problema que tengo me ha vuelto inútil, pienso que tengo la culpa de lo que me pasa por no pedir ayuda antes, siento que he perdido confianza en misma; me preocupa no poder retomar mis actividades con normalidad”.

III. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Paciente de sexo femenino, tez trigueña, aparenta edad cronológica, 1.60 m. de estatura y un peso de 50 kilos aproximadamente, de biotipo normosómico. Presenta adecuado aseo y aliño personal, viste acorde a su edad, género, estación y nivel socioeconómico. Ingresa a consulta con una marcha normal, adopta una postura erguida, presenta movimientos de piernas y manos,

facies de intranquilidad y mantiene poco contacto visual, sin embargo, su actitud es colaboradora durante la sesión. Se encuentra lúcida y orientada en cuanto a persona, espacio y tiempo. La atención es flexible, respondiendo a todas las preguntas de la examinadora. La memoria se ve conservada puesto que puede evocar información respecto a cómo era en el pasado y los temores que presentaba. No se evidenció alteraciones en la percepción ya que no refiere oír voces ni ver cosas. El pensamiento es de nivel funcional, con contenido catastrófico y pesimismo, por otro lado, el curso no presenta alteración. Se expresa con lenguaje coherente, fluido, ritmo lento y tono de voz bajo. Finalmente, en cuanto a la afectividad se observa que la paciente se muestra preocupada e impaciente dándose una congruencia entre las expresiones faciales y su discurso.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el Área de Personalidad, la evaluada se ha caracterizado por ser una persona reservada, que no ha tenido muchos amigos cercanos, porque siempre se ha considerado una persona un poco tímida; asimismo considera que solía ser insegura porque en su casa su papá solía ser estricto con ella y constantemente creía que no iba a hacer las cosas bien o que no iba a poder cumplir las expectativas de los demás, lo cual hacía que, en ocasiones, dudara sobre las decisiones que tomaba. Asimismo, suele preocuparse por cumplir las expectativas de los demás, pone mucho empeño en sus actividades, por lo que se considera una persona responsable, confiable y autoexigente consigo misma; es por esto que en el colegio tenía buenas calificaciones y, sus compañeros con los que tenía más afinidad y pertenecían a su grupo más cercano, solían tener buenas calificaciones también por lo que hacía su grupo de trabajo con ellos; sin embargo sus responsabilidades no la aislaban de sus actividades sociales como salir a pasear o a reuniones. También, es sensible a la crítica, por lo que suele filtrar los comentarios, quedándose sólo con la parte negativa sobre su trabajo o actividad que haya realizado y; cuando

esto pasa, se siente un poco ansiosa.

En el Área Afectiva, en la actualidad, Lori presenta leve perturbación del estado de ánimo, el cual está principalmente caracterizado por inquietud e irritabilidad en algunas ocasiones como cuando recuerda las burlas de sus compañeros o cuando piensa en que se retrasó en sus estudios por el problema que tiene, también refiere problemas para concentrarse lo cual se evidencia cada vez que intenta estudiar, ya que siente que las personas pueden estar mirándola o juzgándola, así mismo, suele sentirse culpable por no buscar ayuda antes; sin embargo, no llora o se siente triste todo el tiempo porque aún tiene esperanza de recuperarse, tampoco ha perdido el apetito o el disfrute de sus actividades.

En el Área Emocional, la paciente presenta un nivel moderado en cuanto a la ansiedad estado, manifestando principalmente tensión y preocupación por lo que podría pasarle ahora que comiencen sus clases, además de poca confianza en sí misma. Por otro lado, en cuanto a la ansiedad rasgo, la evaluada evidencia un nivel de ansiedad severo, el cual se presenta con preocupaciones constantes sobre la probabilidad de no llegar a mejorar y que no pueda afrontar las situaciones sociales como esperaba lo cual no le permitiría regresar al instituto y desarrollarse como ella quiere; además suele sentir tenso sus músculos, presenta dolores de cabeza y, en algunas ocasiones, dificultad para conciliar el sueño o concentrarse.

V. CONCLUSIONES

- En el Área de Personalidad, Lori se caracteriza por ser introvertida y un poco tímida, por lo que no tiene dificultades para interactuar, pero su círculo de amigos era pequeño.
- En el Área Afectiva, evidencia altibajos considerados normales, afectando ligeramente las áreas sociales. familiar y académico.
- En el Área emocional, presenta una ansiedad estado moderada y una ansiedad rasgo

severo, por lo cual las áreas personal, familiar, social y académico se ven seriamente afectados, impidiendo su normal desenvolvimiento.

VI. RECOMENDACIONES

- Terapia Cognitivo Conductual

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

3.1 Justificación:

De acuerdo con la información recopilada durante el proceso de evaluación, la paciente presenta dificultades significativas a nivel cognitivo, conductual y emocional ya que interpreta de forma negativa y distorsionada diversas situaciones en las cuales debe ser el centro de atención, sobre todo ante exposiciones y reuniones sociales ya que tiene miedo a hacer el ridículo y que se burlen de ella, esto le genera altos niveles de ansiedad acompañada de respuestas fisiológicas tales como sudoración palmar, temblor de extremidades, aumento del ritmo cardíaco y molestias estomacales, lo cual genera en ella conductas de evitación y escape para reducir los niveles de ansiedad que le generan estos eventos; además cada vez que piensa en esas situaciones se muerde las uñas de las manos. Todo ello repercute notablemente en su nivel de funcionabilidad personal, académica y social.

Bunge, Gomar y Mandil (2008), refieren que las emociones y conducta son influenciados por los pensamientos, siendo los esquemas de sí mismo, del mundo y de su futuro quienes guían la interpretación de sus experiencias, origina síntomas de algún síndrome clínico; así mismo Beck, Emery & Greenberg (2012) postulan que estén tres categorías de creencias disfuncionales en los sujetos que padecen fobia social: reglas excesivamente rígidas de actuación en situaciones sociales, creencias condicionadas acerca de la evaluación de los demás y las creencias disfuncionales acerca de sí mismos; en el caso de Lori posee la creencia que debe de actuar de forma perfecta y su conducta debe de ser aceptada por los demás, en caso esto no suceda, se califica a sí misma como una persona tonta, poco interesante e incluso inútil.; esto la lleva a tener sintomatología fisiológica como sudoración y taquicardia; finalmente, su ansiedad

se mantiene por las conductas de evitación y la atención selectiva a las amenazas.

Por lo mencionado, se considera conveniente llevar a cabo un proceso de intervención psicoterapéutica a través del modelo cognitivo – conductual, lo que permitirá que la paciente identifique y modifique sus patrones erróneos de pensamientos y así brindarles un nuevo significado a estos, ello se logrará por medio de la técnica de reestructuración cognitiva; la cual además permitirá la identificación de pensamientos automáticos y la búsqueda de evidencias a favor o en contra de estos. También se buscará que entienda y equilibre sus niveles de ansiedad haciendo uso de la identificación de los síntomas para luego emplear técnicas para un mejor manejo como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Se utilizará la técnica de inoculación al estrés para pueda enfrentar las situaciones sociales temidas, adquiriendo además pensamientos de afronte que le permitan controlar sus niveles de ansiedad, para luego realizar la exposición gradual en vivo.

Por último, se considera importante realizar el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas para que así la paciente pueda desenvolverse de forma adecuada en su medio personal y social.

3.2 Objetivos:

3.2.1 Objetivo general:

Identificar y modificar los pensamientos distorsionados instaurando nuevas formas de pensar, esto es más racionales, objetiva y flexible que le permitan una mayor adaptación.

3.2.2 Objetivos Específicos:

- Explicar la problemática del paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual.
- Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para que logre entender cómo la manera de pensar influye en su forma de sentir y actuar
- Lograr que el paciente pueda identificar sus estados de tensión y ansiedad para posteriormente llegar a la fase de relajación.
- Entrenar a la paciente en el manejo de respiración abdominal,
- Entrenar a la paciente en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Modificar los pensamientos irracionales para reemplazarlos por pensamientos más adaptativos.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales.
- Entrenar a la paciente en técnicas de solución de problemas.

3.3 Metodología:

Se estableció un contrato terapéutico comprometiéndose ambos a tener una participación activa durante el proceso, esperando de tal forma la ayuda por parte del terapeuta explicando y llevando a cabo las diversas técnicas, así como la participación de la paciente 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 18 sesiones, las cuales duraron 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicaron las diversas técnicas Cognitivo – Conductuales para lograr el objetivo propuesto.

3.4 Análisis funcional

| ANTECEDENTE | RESPUESTA | CONSECUENCIA |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;"><u>EXTERNO</u></p> <p>Estar en el salón de clases</p> <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Pensar que pueden pedirle que participe o le hablen personas nuevas</p> | <p>Cognitivo</p> <p><u>Pensamiento Automático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Se van a dar cuenta que me pongo nerviosa” <p><u>Creencia intermedia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si me pongo nerviosa, se reirán de mí” • “Que se rían de mí es algo terrible” • “Se ríen de la gente tonta e incompetente”. <p><u>Creencia Nuclear</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Soy tonta e incompetente” | <p style="text-align: center;"><u>EXTERNO</u></p> <p>No asistir a clase</p> <p>Fingir que está enferma y retirarse temprano de clase</p> <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Pensar que falta poco para retirarse de clase</p> |

| | <p>Afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (9/10) • Tristeza (2/10) <p>Fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tensión muscular <input type="checkbox"/> Sudoración <input type="checkbox"/> Taquicardia <p>Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud motora <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Latencia: Inmediato ➤ Frecuencia: Diario ➤ Intensidad: 9/10 | <p>Imaginar que esta fuera del aula.</p> <p>Pensar que al haber muchos compañeros de clase no hay probabilidad de que le hablen.</p> |
|--|--|--|
| ANTECEDENTE | RESPUESTA | CONSECUENCIA |
| <p><u>EXTERNO</u></p> <p>Exponer en clase</p> <p><u>INTERNO</u></p> <p>Pensar en sus compañeros riéndose</p> | <p>Cognitivo</p> <p><u>Pensamiento Automático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Se van a reír de mí” <p><u>Creencia intermedia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si se ríen de mí, es porque no soy buena en lo que hago” | <p><u>EXTERNO</u></p> <p>Falta el día de la exposición</p> <p>Habla con el profesor para reprogramar la fecha</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • “Deberían de ser buena en lo que hago” • “Las personas inútiles, no son buenos en lo que hacen” <p><u>Creencia Nuclear</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Soy inútil” <p>Afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (8/10) <p>Fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tensión muscular <input type="checkbox"/> Sudoración <p>Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morderse las uñas <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Latencia: Inmediata ➤ Frecuencia: Cada vez que tiene que exponer ➤ Intensidad: 8/10 | <p><u>INTERNO</u></p> <p>Pensar que tendrá otras oportunidades</p> <p>Pensar que la nota no pesaba mucho en su promedio</p> |
| ANTECEDENTE | RESPUESTA | CONSECUENCIA |
| <p><u>EXTERNO</u></p> <p>Cuando la invitan a una fiesta</p> | <p>Cognitivo</p> <p><u>Pensamiento Automático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Nadie querrá hablar conmigo” | <p><u>EXTERNO</u></p> <p>No asiste a la fiesta</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Imaginar que está en la fiesta y nadie le habla</p> | <p><u>Creencia intermedia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si nadie quiere hablar conmigo es porque no soy interesante” • “Debería ser más interesante para ser feliz” • “Las personas aburridas no son felices”. <p><u>Creencia Nuclear</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “No soy feliz” <p>Afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (8/10) • Tristeza (4/10) <p>Fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tensión muscular <input type="checkbox"/> Cefalea <p>Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morderse las uñas <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Latencia: Inmediata ➤ Frecuencia: Cada vez que la invitan a fiestas ➤ Intensidad: 7/10 | <p>Inventa excusas para no ir</p> <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Pensar que esa fiesta no es tan importante</p> <p>Pensar que hay más fiestas a la que podrá asistir</p> |
|---|---|---|

3.5 Procedimiento

SESIÓN 1

09/09/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Fortalecer la alianza terapéutica
- Explicar a la paciente el concepto de ansiedad
- Psicoeducar a la paciente sobre su problemática

TÉCNICAS

- Alianza terapéutica
- Psicoeducación
- Diálogo expositivo

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente. Se procedió a explicar su problemática para mayor comprensión

T: Buenas tardes, Lori, ¿cómo te encuentras hoy?

P: Mas o menos, ayer tuve que ir a mi instituto para ver algunos trámites para poder reincorporarme el próximo ciclo y tenía miedo de encontrarme con algún compañero y se dé cuenta que me estoy atrasando

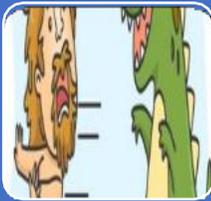
T: Entiendo, hablaremos de eso un poco más adelante ¿te parece? Como sabes, hoy empezaremos el tratamiento psicoterapéutico, por lo que vamos a iniciar explicando que es la ansiedad

P: De acuerdo

Se pasó a explicar a la paciente en que consiste la ansiedad y los tipos inmersos en la misma



- Sistema de alerta ante situaciones consideradas amenazantes



Ansiedad Adaptativa

- Aquella respuesta emocional que se genera ante situaciones de peligro



Ansiedad Desadaptativa

- Reaccion emocional intensa ante situaciones en las que no existe un peligro real que la justifique

T: Bien, Lori, con esta explicación ¿Qué vas entendiendo?

P: Creo que la ansiedad es una señal de alarma ante situaciones que considero amenazantes; además existen dos y en mi caso creo que es desadaptativa cuando estoy en situaciones sociales

T: Muy bien, ahora te voy a explicar los componentes de la ansiedad para que logres identificarlos en tu caso y luego pasaremos a explicar tu problemática propiamente

COMPONENTES DE LA ANSIEDAD:

SITUACION: “Tener un examen”

- **COGNITIVO**
Evaluación amenazante o peligro
Evaluación negativa
“Seguro lo voy a desaprobar”
- **FISIOLOGICO**
Síntomas Físicos
“Tension muscular”
“Sensacion de ahogo”
“palpitaciones en el pecho”
- **CONDUCTUAL**
Todo lo que hacemos y es observable
“Escape o Evitación”

P: Ya me va quedando claro, pero ¿por qué me pasa esto sólo en algunas situaciones como exponer o en reuniones sociales?

T: Bien, pasaré a explicarte sobre la fobia social

FOBIA SOCIAL: Miedo a la evaluación de los demás, a hacer el ridículo en situaciones como hablar en público, reuniones sociales, etc

| BIOLÓGICO | PSICOLÓGICO | SOCIAL |
|---|--|--|
| <p>Herencia (familiares directos como padres, tíos, abuelos)</p> <p>Alteraciones en neurotransmisores</p> | <p>Modelo cognitivo conductual: <i>“Los acontecimientos no nos generan males en sí mismo, sino la evaluación que hacemos de los mismos”</i></p> <p>Ejm: Exponer no genera miedo, la forma en cómo interpretamos la situación hace que sintamos temor</p> | <p>Acontecimientos estresantes (como las constantes burlas que pasaste en el colegio)</p> <p>Déficit en las habilidades sociales</p> |

P: Todo eso coincide conmigo y ahora entiendo mejor que es lo que tengo

T: Perfecto, ¿Hasta aquí tienes alguna duda?

P: Todo está claro y ahora entiendo mejor que es lo que me pasa

CONCLUSIÓN

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 2

23/09/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la problemática de la paciente
- Explicar la relación existente entre pensamiento – emoción – conducta

TÉCNICAS

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Columnas paralelas

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente explicándole los objetivos de la sesión

T: Buenas tardes Lori ¿cómo has estado?

P: Buenas tardes, he estado bien, pero ahora que estaba leyendo mientras esperaba en la sala de espera, empecé a pensar que los que estaban ahí podían juzgarme por leer muy lento o que podrían saber sobre mi problema; pero ¿cómo lo puedo controlar?

T: Entiendo, lo que te ha pasado nos va a servir para poder entender mejor los objetivos de hoy, pero primero quiero mostrarte la importancia que tienen nuestros pensamientos y la relación con nuestras emociones y conducta

PERSONA A

| SITUACION | PENSAMIENTO | CONDUCTA | EMOCION |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Está sola en su casa y de pronto cae un jarrón en medio de la oscuridad | <ul style="list-style-type: none">• "Seguro un ladrón entro en la casa" | <ul style="list-style-type: none">• corre a esconderse• llama a la policía | <ul style="list-style-type: none">• Miedo 10/10 |

Luego, se le pasó a explicar que normalmente creemos que nuestra emoción va a determinar nuestra conducta y pensamiento, por ejemplo, la persona A sintió mucho miedo cuando escucho la caída del jarrón, por eso corrió a esconderse para poder llamar a la policía, todo porque creyó que un ladrón había ingresado a su casa.

PERSONA B

| SITUACION | PENSAMIENTO | CONDUCTA | EMOCION |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Está sola en su casa y de pronto cae un jarrón en medio de la oscuridad | <ul style="list-style-type: none">• "Seguro dejé la ventana abierta" | <ul style="list-style-type: none">• Va a verificar si la ventana esta abierta• sigue durmiendo | <ul style="list-style-type: none">• Miedo 2/10 |

Observas que ambas personas han pasado por la misma situación, pero la persona B ha sentido menos intensidad de miedo, luego de observar ambos cuadros quiero que tú me digas ¿cuál es la diferencia entre la persona A y B?

P: Los pensamientos son diferentes, es por eso que la persona B se siente más tranquila.

T: Bien Lori, ahora quiero que lo hagas tú sola con la situación que experimentaste en la sala de espera mientras leías

| SITUACIÓN | PENSAMIENTO | CONDUCTA | EMOCIÓN |
|----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <i>Leer en la sala de espera</i> | “Van a pensar que leo muy lento” “Me van a juzgar” | Cerrar el libro y dejar de leer | Ansiedad (8/10) Miedo (7/10) |
| | “Cada uno está concentrado en sus cosas” “No leo tan lento” | Seguir leyendo | Ansiedad (4/10) Miedo (3/10) |

T: Muy bien, ahora te das cuenta la importancia que tienen nuestros pensamientos y cómo estos van a determinar nuestra forma de actuar y pensar

P: Sí, aunque creo que tendré que esforzarme por cambiar mi forma de pensar

T: Muy bien, recuerda que hay que tomarlo con calma, es un proceso y para ir mejorando debemos de trabajar cada día.

CONCLUSIÓN

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 3

07/10/2017

OBJETIVOS DE LA SESION:

- Afianzar lo aprendido durante las sesiones anteriores.
- Disminuir los niveles de ansiedad a través del entrenamiento en la técnica de relajación progresiva, centrándonos en el primer grupo.
- Retroalimentar la sesión anterior

TECNICAS:

- Diálogo expositivo
- Escucha Activa
- Relajación progresiva

DESCRIPCION DE LA SESION

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente explicándole los objetivos de la sesión, posteriormente se prosiguió con el desarrollo del contenido.

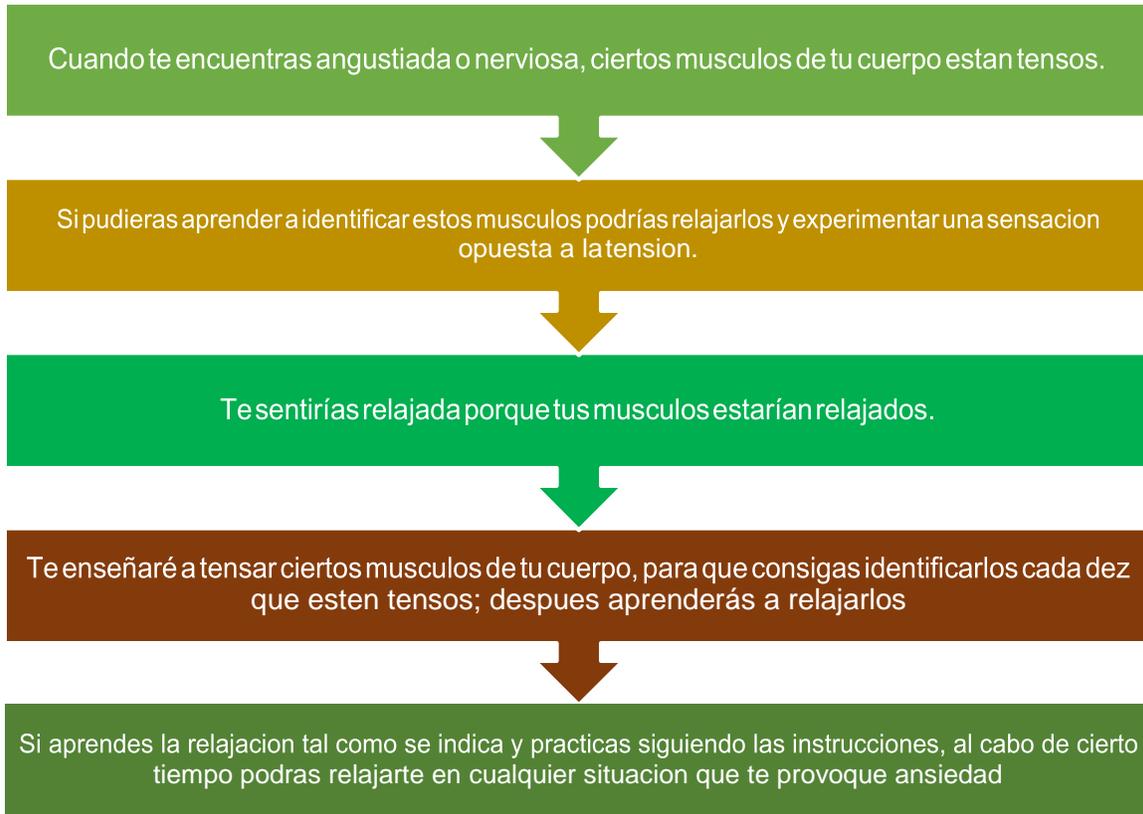
T: Buenas Tardes Lori ¿Cómo has estado?

P: Buenas tardes, la verdad que he estado regular, porque estuve viendo los papeles que tengo que presentar en el instituto y eso me ha hecho que esté muy ansiosa y tensa, hasta me duele la espalda.

T: Entiendo, es por eso que he programado para hoy el entrenamiento y práctica de la relajación progresiva.

Se pasó a realizar la relajación progresiva de la siguiente manera:

Explicación:



En otras palabras, usted va a usar la relajación como una técnica de autocontrol para el resto de tu vida, *antes* de una situación que te produzca ansiedad, *durante* la situación, *mientras* estés ansiosa, y *después* de una situación ansiógena

La posición de relajación

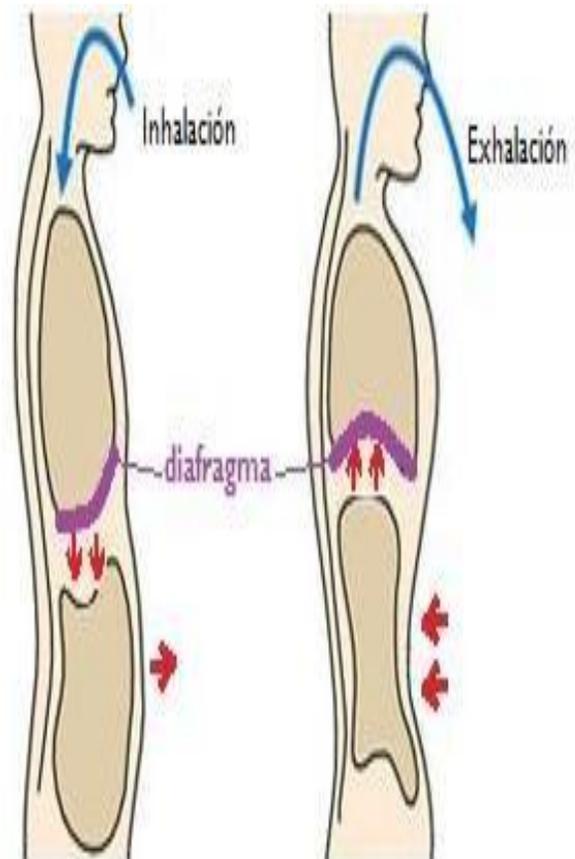
Siéntate en la silla lo más cómoda que puedas. Mantén la cabeza recta sobre los hombros, no la inclines ni hacia adelante ni hacia atrás. Tu espalda debe estar tocando el espaldar de la silla. Coloca adecuadamente las piernas sin cruzarlas y apoya totalmente los pies en el suelo.



RESPIRACION DIAFRAGMATICA

- Se basa en el movimiento del diafragma, que al bajar hacia el vientre succiona aire a los pulmones y al subir hacia éstos expulsa el aire.

1. Antes de empezar, expulsa el aire de tus pulmones varias veces, si quieres haciendo algunos suspiros, con el fin de vaciarlos bien de aire residual, lo cual provocará necesidad de inspirar más profundamente.
2. Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inspira llevando el aire "hacia tu abdomen" (como si quisieras empujar las manos posadas en él). Mientras más profundo respires, más se "hinchará" tu vientre.
3. Retén unos instantes el aire en tus pulmones
4. Cuando sientas la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre (este se "desinflará" y las manos bajarán con él). Y al final de la exhalación expulsar todo el aire residual.
5. Quédate un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo te vas relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hazlo profunda y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube.



Tensar y relajar grupos de músculos

La secuencia es la siguiente:

1. Tensar los músculos en su grado máximo (5 segundos)



2. Notar en todos los músculos la sensación de tensión



3. Relajarse



4. Sentir la agradable sensación de la relajación (10 segundos)

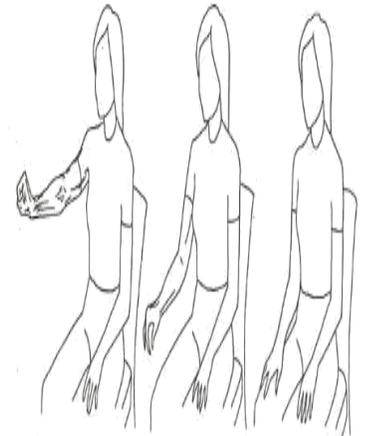


T: Empezaremos por el primer grupo que son los puños y brazos

Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejerce tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Comprueba cómo incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y dedos.

Gradualmente relaja y baja el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Ahora comprueba cómo estos músculos están apagados, perdidos y relajados. Experimenta la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez.

Repite el mismo ejercicio 3 veces y luego pasaremos con el brazo izquierdo.



T: Listo, ¿Cómo te sientes?

P: La verdad que mucho más tranquila, me siento mucho más relajada

T: Recuerda que tienes que practicar la relajación 2 veces al día, todos los días. Debes de ubicar un lugar tranquilo, sin ruidos y con la luz tenue, además de vestir ropa cómoda.

Se culminó la sesión recordándole la importancia de practicar la relajación para dominarla.

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN N° 4

14/10/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ❖ Retroalimentar la sesión anterior
- ❖ Disminuir los niveles de ansiedad a través del entrenamiento en la técnica de relajación progresiva, centrándonos en el segundo y tercer grupo.

TÉCNICAS

- ❖ Escucha activa
- ❖ Dialogo expositivo
- ❖ Retroalimentación
- ❖ Relajación progresiva

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente explicándole los objetivos de la sesión, posteriormente se prosiguió con el desarrollo del contenido.

T: Buenas tardes Lori ¿Cómo estás?

P: Creo que mejor, he empezado a trabajar en un estudio contable como asistente y, aunque igual me siento nerviosa y con miedo a algunas situaciones como a hacer mal el trabajo o que noten mi problema; he intentado usar la respiración que me enseñó y eso me ayuda a relajarme y sentirme más tranquila.

T: Muy bien Lori, recuerda que todo lo que vamos realizando aquí tienes que ir llevándolo a las situaciones de tu vida diaria. ¿Haz practicado en casa la relajación?

P: Sí, aunque no lo he podido a la misma hora.

T: Hay que tratar que sea siempre a la misma hora.

P: Sí, por eso voy a tratar de organizar mis horarios para dedicarle un tiempo a la relajación.

T: Muy bien. Vamos a comenzar con lo que practicamos la sesión anterior y luego con los siguientes grupos de músculos que nos restan.

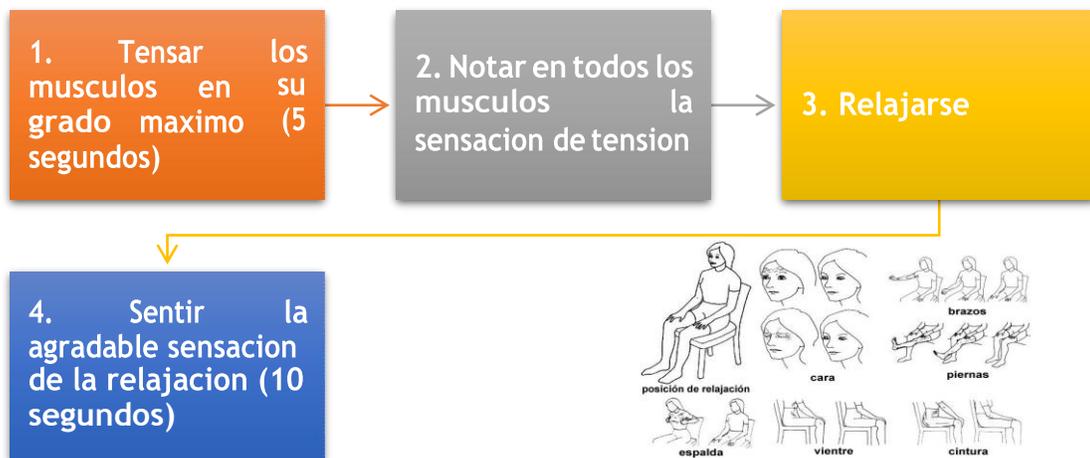
P: Está bien doctora.

¡RECUERDA!



Vas a usar la relajación como técnica de autocontrol para el resto de tu vida, *antes* de una situación que te produzca ansiedad, *durante* la situación, *mientras* estés ansiosa, y *después* de la misma

La secuencia en la siguiente:

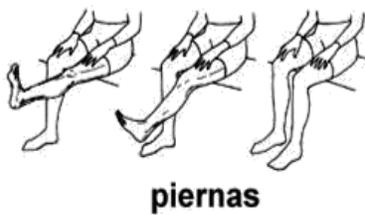


Luego de practicar la relajación del primer grupo de músculos y la corrección de la postura para la relajación se pasó a entrenar en la relajación del segundo y tercer grupo.

La posición de relajación



Siéntate en la silla lo más cómoda que puedas. Mantén la cabeza recta sobre los hombros, no la inclines ni hacia adelante ni hacia atrás. Tu espalda debe estar tocando el espaldar de la silla. Coloca adecuadamente las piernas sin cruzarlas y apoya totalmente los pies en el suelo.



PIERNAS

Extiende tu pierna derecha como si tu pie quisiera alcanzar o apuntar algo frente a ti. Comprueba cómo incrementa la tensión en tu pantorrilla, muslo y alrededor del tobillo.

Gradualmente relaja y baja la pierna hasta que descansa en el sillón. Ahora comprueba cómo éstos músculos están relajados. Experimenta la diferencia entre el estado de relajación y la sensación de tensión y rigidez

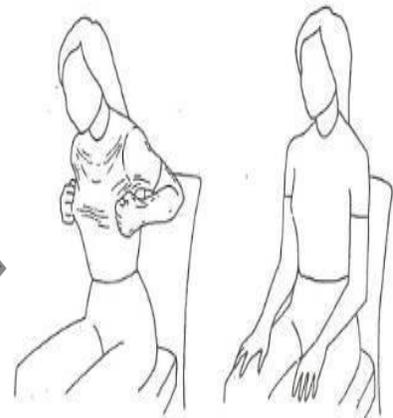
Repetiremos el mismo ejercicio 3 veces y luego pasaremos con la pierna izquierda

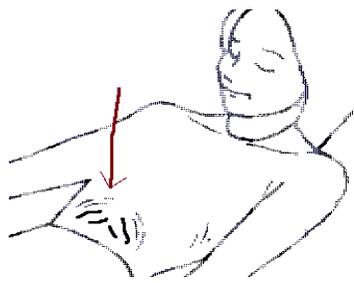
ESPALDA

Inclina hacia adelante tu cuerpo en la silla. Eleva los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia delante. Nota donde sientes particularmente la tensión.

Relájate gradualmente llevando de nuevo tu cuerpo hacia la silla buscando la posición original y vuelve a poner los brazos sobre los muslos en posición de relajación. Ahora nota y siente como se ha perdido la tensión en todos estos músculos.

Repetiremos este ejercicio 3 veces





ESTOMAGO

Tensa fuertemente los músculos de tu estómago, comprimiéndolos hasta que los pongas tan duros como una tabla. Nota dónde sientes la tensión. Relájalos gradualmente, hasta que tu estómago regrese a su posición original.

Repetiremos el mismo ejercicio 3 veces

T: Listo Lori ¿Cómo te sientes?

P: La verdad que me siento mucho más tranquila.

T: ¿Has tenido alguna dificultad mientras practicabas la relación?

P: No, solo que me he relajado tanto que, si no fuera por tu voz guiándome, me quedaba dormida.

T: Es normal que al inicio tengas estas sensaciones. Por otro lado, recuerda que tienes que practicar la relajación dos veces al día, todos los días. Debes de ubicar un lugar tranquilo, sin ruidos y con la luz tenue, además de vestir ropa cómoda.

Se culminó la sesión felicitando a la paciente por su participación y recordándole la importancia de practicar la relajación para que llegue a dominarla.

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN N° 5

21/10/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ❖ Retroalimentar la sesión anterior
- ❖ Disminuir los niveles de ansiedad a través del entrenamiento en la técnica de relajación progresiva, centrándonos en el cuarto grupo.

TÉCNICAS

- ❖ Escucha activa
- ❖ Dialogo expositivo
- ❖ Retroalimentación
- ❖ Relajación progresiva

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente explicándole los objetivos de la sesión, además se recalcó la importancia de la puntualidad ya que llegó 10 minutos tarde, posteriormente se prosiguió con el desarrollo del contenido.

T: Buenas tardes Lori ¿Cómo estás?

P: Mucho mejor, ahora si pude organizarme mejor y estuve practicando la relajación todos los días y siento que me relajo más rápido que al comienzo.

T: Muy bien Lori, recuerda hay que tratar que sea siempre a la misma hora. Ahora vamos a realizar todo el procedimiento completo y te enseñaré a relajar el último grupo de músculo

P: Está bien

NO OLVIDES...

Tensar los músculos en su grado máximo

Notar en todos los músculos la sensación de tensión

Relajar

Sentir la agradable sensación de la relajación

T: Ahora te vas a colocar en la posición de relajación.

P: De acuerdo.

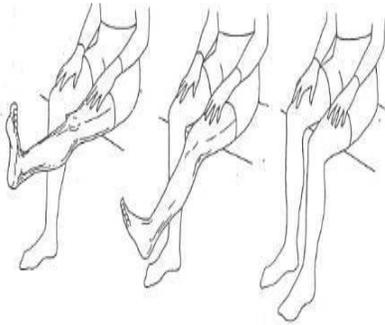
Siéntate en la silla lo más cómoda que puedas. Mantén la cabeza recta sobre los hombros, no la inclines ni hacia adelante ni hacia atrás. Tu espalda debe estar tocando el espaldar de la silla. Coloca las piernas sin cruzarlas y apoya los pies en el suelo.



Tensar y relajar grupos de músculos

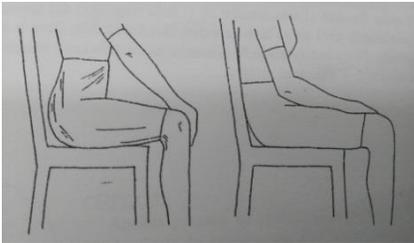
Brazos

Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Realiza el máximo de tensión. Comprueba cómo se incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y dedos. Gradualmente relaja y baja el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa. Experimenta la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez. Repite el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.



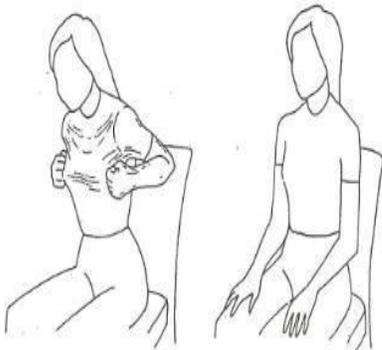
PIERNAS

Levanta horizontalmente tu pierna derecha arqueando el pie derecho hacia atrás en dirección a la rodilla. Comprueba donde sientes la tensión. Relaja lentamente. Disfruta la situación. Repite el mismo ejercicio con la otra pierna.



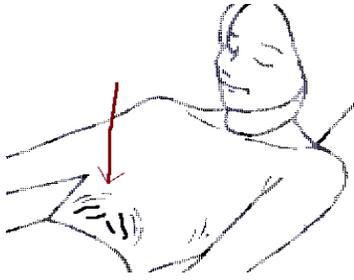
DEBAJO DE LA CINTURA

Tensa todos los músculos que están debajo de tu cintura, incluyendo las nalgas y muslos. Debes sentir como si te elevaras del sillón. Debes notar que también se tensan los músculos de las piernas un poco. Relaja gradualmente y vuelve a recostarte sobre la silla en la posición original.



ESPALDA

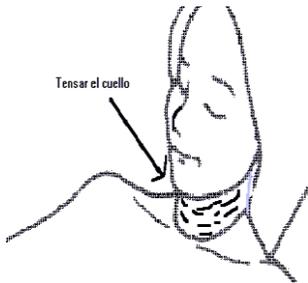
Inclina hacia adelante tu cuerpo en la silla. Eleva los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia delante. Nota donde sientes particularmente la tensión. Relájate gradualmente llevando tu cuerpo hacia la silla buscando la posición original y vuelve a descansar los brazos en posición de relajación. Ahora siente como se ha perdido la tensión.



ESTOMAGO

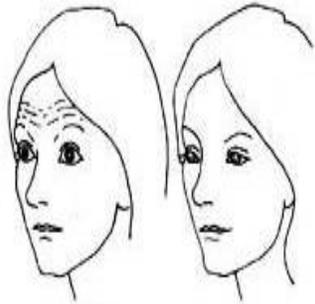
Tensa fuertemente los músculos de tu estómago, comprimiéndolos hasta que los pongas tan duros como una tabla. Nota dónde sientes la tensión. Relájalos gradualmente, hasta que tu estómago regrese a su posición original.

T: Ahora comenzaremos con el último grupo de músculos



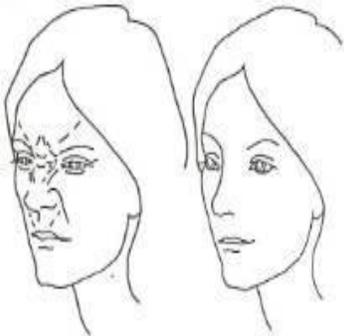
CUELLO

Aprieta y tensa tu cuello. Comprueba dónde sientes la tensión (a cada lado del cuello, así como en la nuca). Concéntrate en las zonas que ahora están tensas. Relaja poco a poco tu cuello. Nota cómo los músculos pierden la tensión y se relajan paulatinamente.



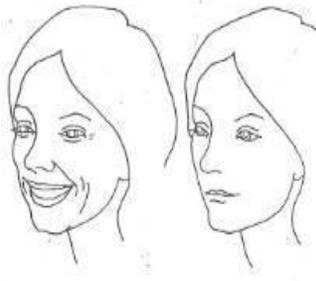
FRENTE

Arruga tu frente subiéndola hacia arriba. Ahora relájala muy despacio poniendo especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas. Tomate unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos.



Ojos y nariz

Cierra los ojos apretándolos fuertemente a la vez que arrugas tu nariz. Debes sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, el puente y los orificios de la nariz. Pon especial atención en todas las zonas que están tensas. Poco a poco relájalos tanto como puedas. Nota las diferencias entre las sensaciones.



BOCA

Juntar los labios y apretados fuertemente, dirigirlos hacia fuera de la boca, deja que vuelvan a su posición de reposo.

Juntar los labios y apretarlos, dirigirlos hacia dentro de la boca, dejar que vuelvan a su posición de origen.

Presionar con la lengua el paladar superior, dejar que descansa en el paladar inferior.

Apretar fuertemente la mandíbula, dejar que la mandíbula inferior caiga Permitiendo que los labios queden separados.

T: ¿Qué tal Lori? ¿Cómo te sientes?

P: Bien, más relajada, aunque debo de reconocer que me daba un poco de vergüenza hacer los ejercicios de la cara.

T: Es entendible que nos dé un poco de vergüenza, pero recuerda que estás en un ambiente de confianza y, además te traerá muchos beneficios. Te voy a pedir que por favor lo practiques en casa, dos veces al día todos los días. Procura que sea siempre a la misma hora.

P: Está bien.

T: ¿Tienes alguna duda?

P: No, todo está claro

T: Listo, entonces pasaremos a sacar una nueva cita

Se culminó la sesión felicitando a la paciente por su participación y recordándole la importancia de practicar la relajación para que llegue a dominarla.

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN N^ª 6

04/11/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ❖ Retroalimentar la sesión anterior
- ❖ Explicar la técnica de Inoculación al estrés
- ❖ Realizar la jerarquía de situaciones ansiógenas

TÉCNICAS

- ❖ Escucha activa
- ❖ Dialogo expositivo
- ❖ Inoculación al estrés

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente y se le explicó los objetivos de la sesión:

T: Buenas tardes Lari ¿Cómo has estado?

P: Mejor doctora, estuve practicando la relajación completa como me dijo y siento que cada vez lo hago más rápido

T: Muy bien, te felicito por estar cumpliendo la tarea que acordamos; esa técnica nos ayudará a empezar con una que se llama Inoculación al Estrés

P: Está bien, ¿y de qué trata?

Inoculación al estrés: Técnica orientada a enfrentar poco a poco situaciones que generen ansiedad (de menos a mayor grado)

| | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Primero: Mediante la imaginación | Luego: Las enfrentaremos en vivo | Herramientas que usaremos: *Técnica de relajación (la que haz estado practicando) y *Frases de aliento |
|----------------------------------|----------------------------------|--|

T: Hasta ahí, ¿alguna duda?

P: No, pero me da un poco de miedo enfrentarme a esas situaciones, siempre hago algo mal

T: Es normal sentir miedo, recuerda que vamos a ir haciéndolo de forma progresiva y ya has avanzado un gran paso que es dominar la relajación que has estado practicando estas semanas

P: Entiendo

T: Muy bien, ahora vamos a hacer una lista de situaciones que te producen ansiedad, yendo de menor a mayor.

P: Está bien, aunque en general me dan miedo las situaciones sociales o donde pueda llamar la atención de los demás

Conjuntamente con el paciente se elaboró la siguiente jerarquía:

| SITUACIÓN ANSIÓGENA | UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD (U.S.A.) |
|--|---|
| Iniciar una conversación | 10/100 |
| Que le presenten a una persona desconocida | 20/100 |
| Contar una broma a grupo de amigos | 30/100 |
| Recibir una crítica de un profesor | 40/100 |
| Invitación a una fiesta | 50/100 |
| Invitación a salir | 60/100 |
| Participar en clase | 70/100 |
| Profesor le hace una pregunta directamente | 80/100 |
| Exponer en clase sabiendo bien el tema | 90/100 |
| Exponer en clase sin saber bien el tema | 100/100 |

T: Muy bien, te voy a dejar de tarea que vayas avanzando con los pensamientos de afronte, para lo cual te daré el siguiente ejemplo

P: Está bien, pero ¿para qué momento son esos pensamientos?

T: Es para 4 momentos: para prepararnos para la situación, confrontar la situación antes de empezarla, afrontar la activación emocional y el reforzamiento del éxito. A continuación, te daré algunos ejemplos:

| PREPARACIÓN PARA SITUACIÓN | CONFRONTAR SITUACIÓN | AFRONTAMIENTO DE ACT EMOCIONAL | REFORZAMIENTO DEL ÉXITO |
|---|---------------------------------|---|------------------------------------|
| No hay motivo para preocuparse | Voy a mantener control | Ahora me relajo, respira | Lo conseguí |
| Ya lo resolví antes | Yo puedo | Respira | Lo hice |

T: ¿Ahora, está más claro?

P: Sí, ¿cuántas tengo que hacer?

T: Las que tú desees, recuerda que tienen que ser pensamientos que te ayuden a disminuir la ansiedad y te refuercen; la próxima sesión empezaremos a trabajar imaginariamente las situaciones que hemos planteado y revisaremos la lista de pensamientos que hagas.

P: Sí, está bien

T: Quería proponer que coloquemos como una última situación a tratar una situación donde alguien te cuestione sobre tu sexualidad

P: Está bien, ahora me da un poco ansiedad pensar en eso porque me hace recordar todo lo que pasé en el colegio, pero creo que lo manejaría mejor

T: ¿Qué te molestaba en realidad, el tema de tu sexualidad o tal vez los comentarios ofensivos?

P: Me molestaba que lo dijeran como si fuera algo ofensivo, o sea si tuviera esa orientación lo hubiera aceptado e incluso lo hubiera contado, pero que usen eso para molestarme o reírse de mí me hacía sentir mal

T: ¿Crees que tendría algo de malo ser homosexual?

P: No

T: ¿El hecho de no haber estado en una relación amorosa quiere decir que eres homosexual?

P: No, incluso conozco personas que han tenido su primer enamorado después de los 20

T: ¿Por qué te molestaba tanto, entonces, si me dices que no tiene nada de malo y que el hecho de no tener enamorado, no quiere decir nada?

P: Ahora que lo pienso, lo que me generaba malestar era pensar que se iban a burlar de mí, independientemente si me decían gay o me hubieran dicho gorda, fea, etc creo que me molestaría las burlas y la forma despectiva como lo hacían

T: ¿Qué dice de ti si los demás dicen comentarios ofensivos?

P: Si se burlan de mí, quiere decir que nadie me quiere.

T: Si lo ponemos de forma objetiva, ¿cuántas personas eran las que decían los comentarios?

P: Mmm... creo que 4 aprox

T: ¿Y eran tus verdaderos amigos?

P: No, sólo eran mis compañeros que incluso molestaban a otras personas, pero como yo no decía nada, me seguían molestando

T: Entonces, ahora qué piensas sobre lo que dijiste de “nadie me quiere y por eso se burlan de mí”

P: Creo que no es correcto, sólo eran algunas personas las que me molestaban; además lo más probable es que no era personal porque también molestaban a otras personas.

T: Y si una persona que no conoce por el “bullying” que pasaste, te preguntara si has tenido enamorado, ¿qué pensarías?

P: Pensaría que sólo es una pregunta, no se está burlando ni me está diciendo nada ofensivo.

T: Muy bien

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN N^a 7

18/11/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ❖ Retroalimentar la sesión anterior
- ❖ Iniciar el avance en la jerarquía de situaciones ansiógenas.

TÉCNICAS

- ❖ Escucha activa
- ❖ Dialogo expositivo
- ❖ Debate socrático
- ❖ Inoculación al estrés

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente y se le explicó los objetivos de la sesión:

T: Buenas tardes Lori ¿Cómo has estado?

P: Buenas tarde doctora, he estado mejor, incluso hace unos días tuve que ir a la cafetería en la que trabajaba para solicitar unos documentos y no me querían atender, y cuando sentí que empecé a poner muy ansiosa, traté de practicar la relajación que me enseñó y eso hizo que estuviera más tranquila y hablar adecuadamente.

T: Que bueno, Lori. La idea es ir practicándolo para que puedas aplicarlo a estas situaciones donde más lo necesitamos. Bien, ¿pudiste hacer la lista de pensamientos que acordamos la anterior sesión?

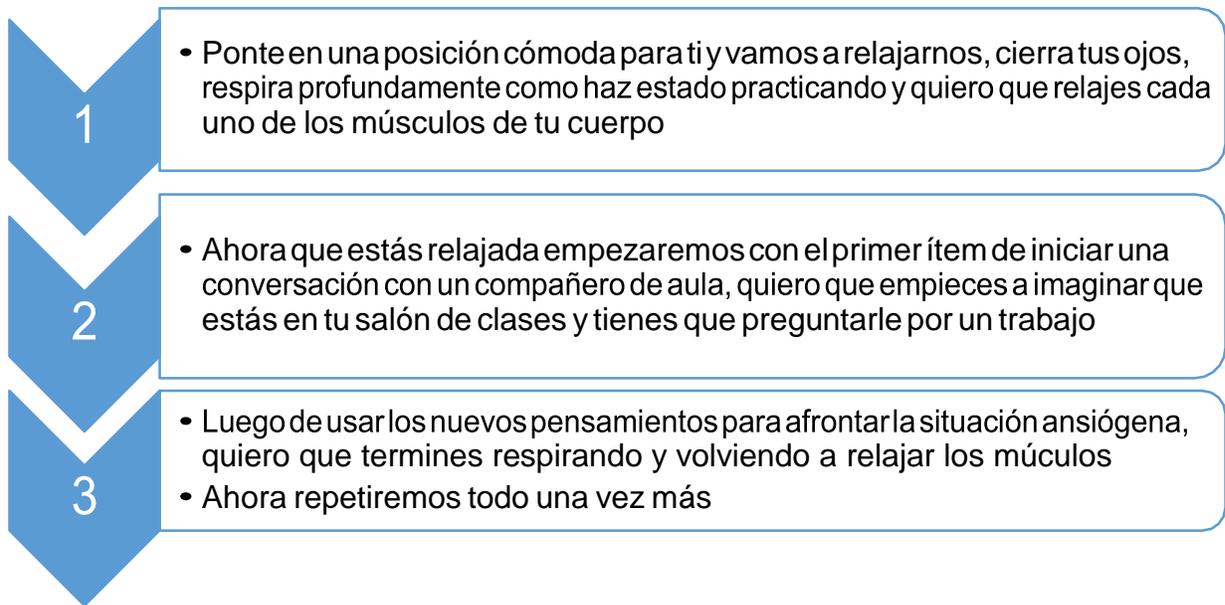
P: Sí

| PREPARACIÓN PARA SITUACIÓN | CONFRONTAR SITUACIÓN | AFRONTAMIENTO DE ACT EMOCIONAL | REFORZAMIENTO DEL ÉXITO |
|---|---------------------------------|---|------------------------------------|
| No hay motivo para preocuparse | Voy a mantener control | Ahora me relajo | Lo conseguí |
| Ya lo resolví antes | Yo puedo | Respira | Lo hice |
| No es tan malo | | Cada vez me relajo más rápido | Cada vez es más sencillo |

T: Perfecto, ahora lo que vamos a hacer es empezar a imaginar cada una de las situaciones y vas a ir usando estos nuevos pensamientos para poder afrontarlas, acompañándolos de la relajación que ya hemos practicado

P: Está bien, ¿y cuántas veces repetiremos la escena?

T: Hasta que ya no te genera tanta ansiedad, que más o menos es 2 o 3 veces. Entonces empecemos.



T: Muy bien Lori, ¿cómo te has sentido?

P: Al inicio estaba bastante ansiosa porque me recordó a una vez que quise hablarle a un chico, pero creo que hablé tan bajo que se fue y eso me dio mucha vergüenza, pero ahora me imaginaba que si lograba hacerlo y me sentí mucho mejor

T: La idea es que lo repitamos hasta que no genere ansiedad. ¿Alguna duda?

P: ¿Y luego voy a tener que hacerlo en vivo?

T: sí, pero aún nos falta para llegar a ese paso. Para la próxima sesión quiero que vayas avanzando por los otros ítems hasta donde puedas, recuerda que no tienes que sobreexigirte y si en caso vez que en el tercer intento no disminuye la ansiedad te quedas hasta ahí para poder desglosarlo aquí en consulta ¿de acuerdo?

P: Está bien

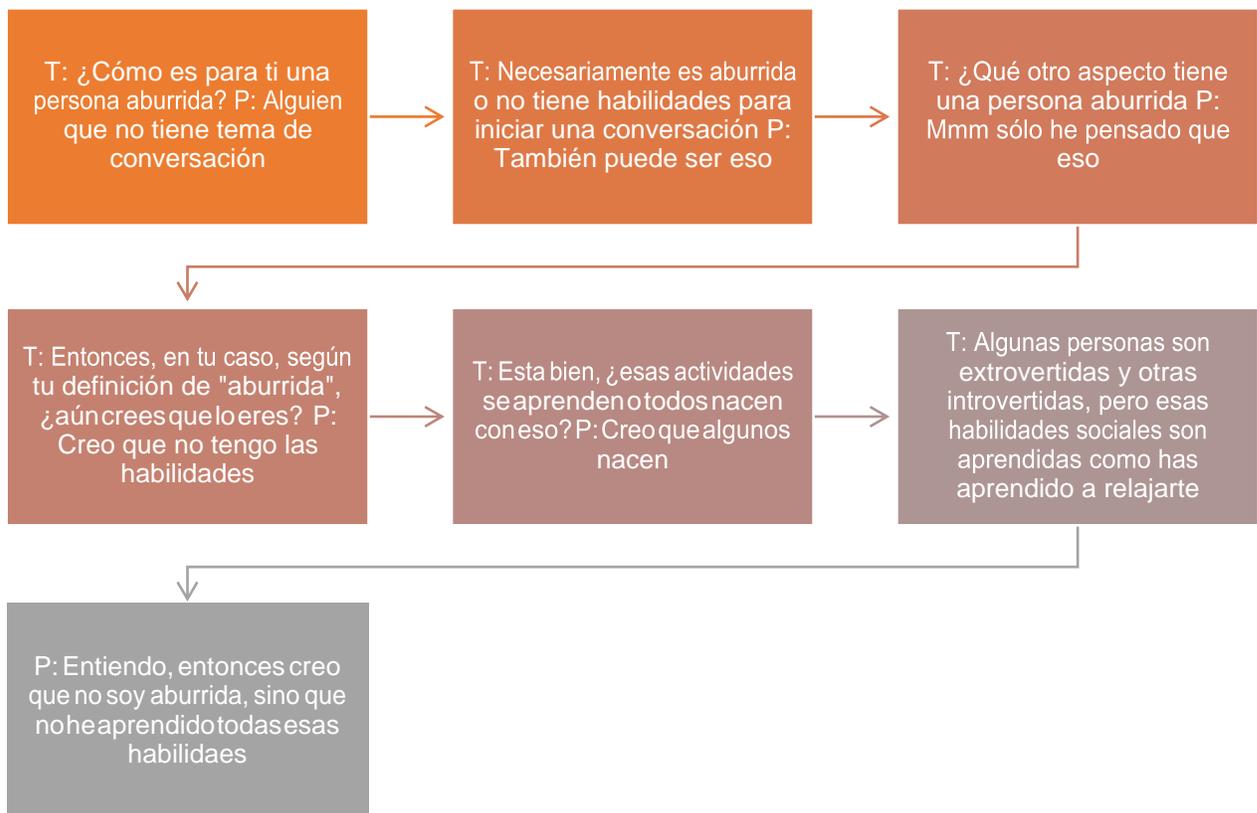
T: Ahora pasaremos con el debate, ¿cómo te fue tratando de realizarlo tú sola?

P: Bueno, con los pensamientos más “tontos” fue más fácil, por ejemplo, yo pensaba que todos se iban a dar cuenta si me pongo nerviosa o que todos se enterarían que me hicieron bullying en el colegio; porque pensé en las probabilidades reales que eso pasara o que necesariamente se vuelva a repetir de esa manera y aunque pasara, no lo siento tan terrible

T: Muy bien, y ¿con cuáles has tenido dificultad o aún no has trabajado?

P: Aún creo que soy aburrida y un poco incompetente

T: Esta bien, entonces empecemos



T: Muy bien, ¿tienes alguna duda?

P: Ninguna, y creo que ya sé cómo debatir el pensamiento de creer que soy incompetente

T: Perfecto, trata de realizarlo en casa y en caso tengas dificultades, lo traes. Ahora iremos a sacar una nueva cita

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 8

25/11/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Fortalecer la alianza terapéutica
- Retroalimentar la sesión anterior
- Avanzar en la jerarquía de situaciones ansiógenas
- Conseguir que la paciente conozca e identifique los tipos de errores en el procesamiento de la información.

TÉCNICAS:

- Dialogo expositivo
- Escucha Activa
- Psicoeducación
- Inoculación al estrés

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente explicándole los objetivos de la sesión y posteriormente se prosiguió con el desarrollo del contenido.

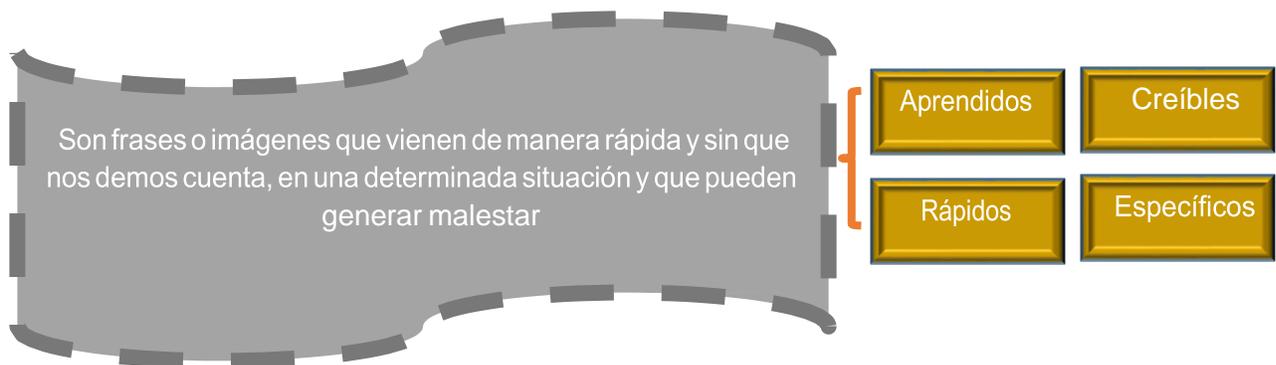
T: Buenas Tardes Lori ¿Cómo has estado?

P: Buenas tardes Doctora, he estado bien, logré avanzar hasta al quinto ítem de la lista que hicimos, ya no pude avanzar más porque hubo días que no podía hacerlo y eso me retrasó.

T: Está bien, entonces avanzaremos un par aquí para que lo termines en tu casa, pero antes de continuar voy a enseñarte los tipos de errores en el pensamiento que existen. Esto nos servirá para profundizar en el debate de las creencias que ya ha identificado.

P: Está bien

Se realizó la explicación de la definición de los pensamientos automático, los tipos de errores que existen en los mismos y ejemplos de cada uno.



| TIPO DE PENSAMIENTO | DEFINICIÓN | LO QUE SE SUELE PENSAR |
|---------------------|---|------------------------|
| Filtraje | Solo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto | “No puedo resistirlo” |
| Polarizado | Percibir las cosas de forma extremista sin términos medios | “O Gano o pierdo” |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| Sobregeneralización | Conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia | Que no te salga tarea “Nunca aprenderé a hacer esto” |
| Interpretación del pensamiento | Hacer suposiciones sobre cómo se sienten los demás y que los motiva a ello | “Es lógico que actúe así porque está celoso” |
| Visión catastrófica | Significa que lo peor está por suceder | “Y si me mareo y tengo que salir mal” |
| Personalización | Tendencia de racionalizar algo del ambiente consigo mismo. Habito de compararse con los demás | “Es mejor madre que yo” |
| Falacia de control | Una persona puede verse a sí mismo impotente y extremadamente controlada, o omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. | “Soy la responsable de que mi familia este bien” |
| Falacia de justicia | Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales interpersonales. | “Si me quisiera, me acompañaría a todos lados” |
| Razonamiento emocional | Creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero | Si se considera feo, entonces tiene que ser feo. |
| Falacia de cambio | Supone que una persona cambiará para adaptarse a nosotros si se la presiona lo suficiente. | “Mi felicidad depende de los actos de los demás” |

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Etiquetas globales | El rotulo ignora toda evidencia contraria, convirtiendo la visión del mundo en estereotipada y unidimensional | “Ese es más aburrido que una almeja” |
| Culpabilidad | Otro se convierte en el responsable de la elección y decisión que realmente es de nuestra responsabilidad. | “Yo tengo la culpa de todo lo malo que sucede” |
| Los debería | Persona se comporta de acuerdo con reglas inflexibles que deberían regir la relación de todos | “Deberían conocer las reglas y deberían seguirlas” |
| Falacia de justicia divina | La persona se comporta correctamente en espera de una recompensa. | “me sacrifico ahora para que mis hijos me tengan como reina” |

T: Hasta ahora ¿Todo te ha quedado claro?

P: Sí doctora

T: Bien, ahora quiero que identifiques los más frecuentes que puedes llegar a presentar.

P: La verdad es que ya identifiqué varias, pero ahora que los reconozco con esos nombres me parecen bastante irracionales e incluso sin sentido.

| TIPO DE PENSAMIENTO | CASO DE PACIENTE |
|--------------------------------|---|
| Filtraje | “Cuando me hacían comentarios de mis exposiciones y trabajos, sólo me quedaba con lo negativo |
| Interpretación del pensamiento | “Cuando alguien hace alguna mueca o conversan mis compañeros, pensaba que lo hacían por mí” |
| Visión catastrófica | “Pienso que si regreso a clases, me irá mal de nuevo” |
| Personalización | “Una vez en el colegio se rieron de mí y luego pensé que siempre iba a pasar eso” |
| Los deberías | “Debería de ser más sociable” “Debería ser más interesante para ser feliz” |

T: Ok, en casa busca un pensamiento alternativo para debatir las que ya has identificado. Ahora pasaremos a avanzar por la jerarquía

P: Esta bien

1

- Ponte en una posición cómoda para ti y vamos a relajarnos, cierra tus ojos, respira profundamente como haz estado practicando y quiero que relajes cada uno de los músculos de tu cuerpo

2

- Ahora que estás relajada empezaremos con el sexto ítem de aceptar la invitación a salir de un compañero de aula, quiero que empieces a imaginar que estás en tu salón de clases y uno de tus compañeros se te acerca para invitarte a salir...

3

- Luego de usar los nuevos pensamientos para afrontar la situación ansiógena, quiero que termines respirando y volviendo a relajar los músculos
- Ahora repetiremos todo una vez más

1

- Ponte en una posición cómoda para ti y vamos a relajarnos, cierra tus ojos, respira profundamente como haz estado practicando y quiero que relajes cada uno de los músculos de tu cuerpo

2

- Ahora que estás relajada empezaremos con el 7º ítem de participar en clase, quiero que empieces a imaginar que estás en el aula y conoces el tema que están exponiendo, entonces haces una pregunta...

3

- Luego de usar los nuevos pensamientos para afrontar la situación ansiógena, quiero que termines respirando y volviendo a relajar los músculos
- Ahora repetiremos todo una vez más

T: Muy bien Lori, nos quedaremos hasta aquí, para la próxima sesión trata de terminar toda la jerarquía ¿de acuerdo?

P: Sí, esta vez me voy a organizar mejor

Se finalizó la sesión felicitándola por su participación y recalcando la importancia de tareas.

CONCLUSION

Se lograron los objetivos

SESIÓN 9

09/12/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Iniciar con la exposición en vivo a las situaciones temidas
- Enseñar al paciente componentes de la técnica de habilidades sociales
- Entrenar en el estilo de comunicación asertivo

TÉCNICAS:

- Diálogo Expositivo.
- Técnica gráfica
- Exposición en vivo

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se dio inicio la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos de la sesión.

T: Hola Lori, ¿cómo te ha ido, lograste terminar la jerarquía?

P: Bien, pude terminarlo hace unos días y he tratado de hacer cosas que antes me ponían muy nerviosa como llamar a una amiga que llevé clases y me preguntó cómo estaba porque había abandonado el ciclo y le dije que eran problemas personales

T: Que bueno, entonces hoy vamos a empezar con la exposición en vivo, para lo cual vamos a dividir las actividades que podremos realizar aquí y cuales vas a llevarte de tarea

CONSULTORIO

CASA



Que le presenten a una persona desconocida e iniciar conversación

Invitación a una fiesta

Hacer una broma

Invitación a salir

Exponer



Recibir una crítica

P: Esta bien, me siento un poco ansiosa, pero creo que tengo más herramientas que antes y eso me alivia un poco

T: Como hemos visto antes la ansiedad es normal, sobretodo en situaciones que tememos o son nuevas, pero como mencionas ahora tienes herramientas que te ayudarán a afrontarlas. Ahora pasarán co-terapeutas que nos ayudarán a realizar las dos primeras actividades

A continuación, se invitó a pasar al primer co-terapeuta para realizar el primer ítem

T: Lori, ella es Sandy, nos va a acompañar unos minutos para poder realizar el primer ítem

T2: Hola Lori, que gusto conocerte ¿cómo estás?

P: Hola Sandy, un poco nerviosa la verdad

T2: Jaja no te preocupes, Rosa me dijo que estabas estudiando en un instituto

P: Si estaba estudiando para ser Técnico de contabilidad en un instituto, tenía buenas calificaciones, pero luego empezó mi problema y ya no iba mucho por lo que tuve que retirarme del ciclo

T2: Ok, ¿y tienes pensado regresar el próximo ciclo?

P: En realidad como me siento mucho mejor, quiero regresar el próximo año porque ya separé mi matrícula y tampoco quiero retrasarme

T2: Que bueno que te sientas mucho mejor y te estés proponiendo eso

P: Si, incluso he estado pensando que en verano que hay clases libres cortas, ir para ver cómo me siento y estar más preparada al inicio de mi ciclo

T2: Me parece una excelente idea, espero que puedas seguir avanzando

T: Muy bien, nos quedaremos hasta aquí, gracias Sandy por ayudarnos

T: ¿Cómo te sentiste? Me pareció que al inicio te costó un poco hacer el contacto visual, pero poco a poco creo que lo hiciste mejor

P: Si, al inicio pensé que se podía reír de mí o que me iba a quedar en blanco, pero yo sola empecé a decirme las frases que ya había practicado y me fui sintiendo más cómoda; además cuando yo misma escuchaba que lo hacía bien, sentía que me iba dando más confianza

T: ¿Cuáles fueron las frases que usaste esta vez?

P: Primero pensé “no es la primera vez que lo hago, sabe que es algo que estoy aprendiendo y tendrá paciencia”; y luego pensé “no se está riendo, parece tener interés en lo que digo, voy bien, puedo seguir así”

T: Perfecto, hay que tener en cuenta que cuando lo hagamos fuera de consulta no necesariamente vamos a tener la mejor de las respuestas de la otra persona

P: Sí, no todos son amables o incluso me imagino que algunos pueden ser un poco agresivos

T: Exacto, entonces para la próxima sesión quiero que traigas 2 bromas o chistes y un tema de exposición para que lo hagas aquí, puedes traer una ayuda memoria si quieres. Además, no te olvides de avanzar con los ítems que son específicamente para tu casa

P: Esta bien, la verdad que me siento un poco ansiosa al pensar que tengo que hacer eso, pero es un poco raro porque también sé que no es tan malo ni tan trágico T: Muy bien, la idea es combatir esos pensamientos desadaptativos. Ahora pasaremos a hacer una introducción sobre las Habilidades Sociales que también nos servirá para seguir avanzando, a continuación, vamos a ver una definición de estas

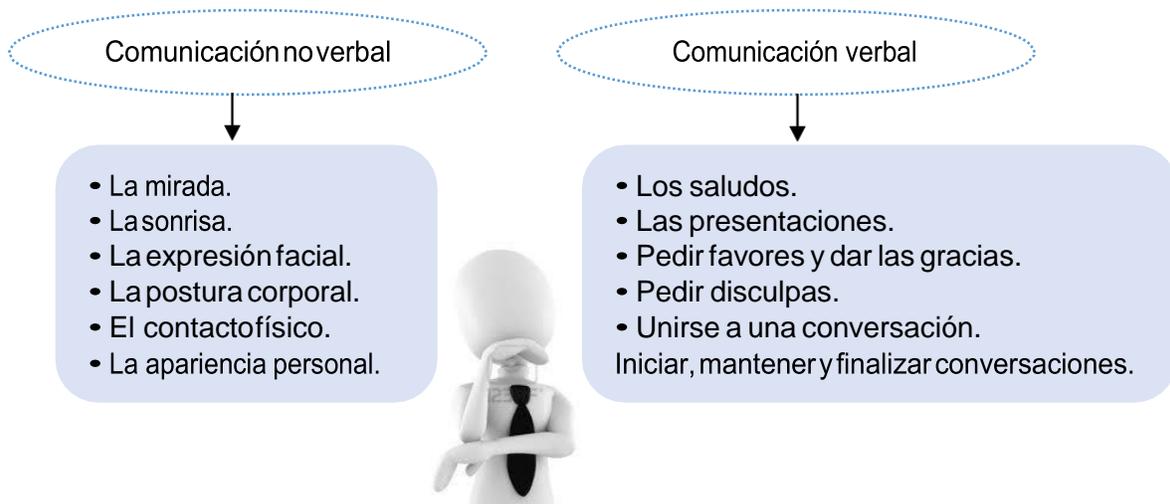
Habilidades Sociales

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”.

P: Ahora comprendo que son habilidades sociales.

T: Muy bien, así mismo es importante que sepas la importancia de comunicar lo que sentimos y la de escuchar lo que nos expresan.

Se le explicó a la paciente las formas de comunicación:



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

T: Entonces hemos observado que la comunicación es tanto de tipo verbal y 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

Agresivo



| Conducta verbal | Conducta no verbal | Efectos |
|------------------------|--------------------|--|
| Impositiva | Mirada fija | Crea tensión |
| Con interrupciones | Gestos amenazantes | No visiona diferentes puntos de vista. |
| Elevado volumen de voz | Postura tensa | Genera rechazo “efecto círculo vicioso”, conflictos, bloquea comunicación. |

| Conducta verbal | Conducta no verbal | Efectos |
|------------------------|---------------------------|--|
| Tímida | Desvío de la mirada | Dificultad de conseguir los objetivos. |
| Volumen de voz bajo | Movimientos nerviosos | No defiende sus derechos. |
| Tono inseguro | Postura recogida | Nivel de autoestima baja, conflictos internos de la persona. |

Pasivo



Asertivo



| Conducta verbal | Conducta no verbal | Efectos |
|------------------------|---------------------------|---|
| Directa | Mirada segura-directa | Consigue sus objetivos. |
| Es firme | Gestos firmes | Satisfecho consigo mismo, defiende sus derechos, resuelve problemas planteados. |
| Voz sin vacilaciones | Postura relajada | Relaciones interpersonales positivas, es selectiva, sabe decir “no”. |

T: Muy bien, entonces ahora ya sabes cómo expresarte y que tipo de comunicación es la mejor, eso también nos sirve para expresarnos frente a público como en una exposición; por ejemplo, una persona que mueve las manos, camina al hablar, mantiene contacto visual con los que lo observan causa una mejor impresión al exponer, ¿cierto?

P: Si, eso es cierto; aunque creo que antes era más pasiva porque nunca decía lo que me molestaba y solía verme muy insegura

T: Que bueno que ahora lo identifiques, ¿tienes alguna duda?

P: No, trataré de identificar para ir corrigiendo eso

T: Ok, no te olvides de realizar las tareas, ahora pasaremos a sacar una nueva cita

Se culminó la sesión felicitando a la paciente por su participación y recordándole la importancia de realizar las tareas y tomar riesgos en las mismas.

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 10

23/12/2017

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Continuar con la exposición en vivo a las situaciones temidas
- Entrenar al paciente en la técnica de habilidades sociales
- Continuar con el debate de creencias irracionales

TÉCNICAS:

- Debate socrático.
- Exposición en vivo

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se dio inicio la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos de la sesión.

T: Hola Lori, ¿cómo te ha ido, lograste avanzar con los ítems de la jerarquía en vivo?

P: Si, pude avanzar con hacer una broma a mis papás y también a una amiga; además la semana pasada hubo una reunión familiar y estaba conversando con una prima que es de mi edad y suele hacer reuniones en año nuevo, pero yo sólo he ido una vez cuando estaba en el colegio, entonces le dije que de repente iba un rato, pero aún no estoy segura

T: Muy bien, pero ¿por qué no estás segura de ir a la fiesta de tu prima?

P: Creo que tengo un poco de temor que no logre adaptarme o vuelva a tener esos mismos comportamientos de salir rápido o no hablar con nadie

T: Entiendo, que te parece si hacemos una lista de las herramientas y técnicas que has aprendido

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| -Respiración diafragmática | -Debate de mis pens erróneos |
| -Relajación muscular | -Inoculación al estrés |

T: Muy bien, ¿qué probabilidad crees que exista que tengas un comportamiento similar del inicio de tu diagnóstico?

P: Creo que no hay tantas posibilidades, porque ahora que veo y pienso en todo lo que he aprendido creo que puedo manejarlo.

T: Además, recuerda que podemos aprovechar esta oportunidad para practicar una de las situaciones que quieres trabajar y es bueno tomar los riesgos. Ahora pasaremos a realizar las bromas, tendrás que hacerlo con dos personas, una tendrá una reacción positiva y la otra tratará de realizar comentarios un poco negativos

P: Esta bien, creo que eso me servirá cuando me cruce con personas no tan asertivas o que tengan comentarios que no me agraden

T: Lori, ellas son Rebeca y Andrea; ellas nos van a apoyar hoy ¿sí? Quisiera que te presentes brevemente para que te conozcan un poquito más

P: Hola, soy Lori tengo 21 años, estudio Tec de contabilidad, vivo en el Callao, soy hija única y vivo con mi mamá y mi papá

T1: Que bueno que podamos conocerte

T: Puedes empezar con el chiste

P: *“Un señor había tomado un taxi y se sienta en el asiento posterior, luego de varios minutos le toca el hombro al taxita para hacerle una pregunta. El taxista grita, pierde el control del coche, casi choca con un camión, se sube a la acera y se choca contra una pared. Por un momento no se oye nada en el taxi, hasta que el taxista dice:*

-Mire amigo, ¡jamás haga eso otra vez!, Casi me mata del susto

El pasajero le pide disculpas y responde:

-No pensé que se fuera a asustar tanto si le tocaba el hombro

El taxista le dice

-Lo que pasa es que es mi primer día de trabajo como taxista

- ¿Y qué hacía antes?

-Fui chofer de carroza funeraria durante 25 años “

T: Ahora pasaremos con los comentarios de las co terapeutas

T1: Bueno, personalmente, si me dio risa el chiste; pero quisiera centrarme en cómo lo contaste, creo que lo hiciste muy bien, me gustó que lo dijeras sonriendo y que hayas hecho el esfuerzo por memorizarlo, además tu tono de voz fue claro y se te escuchaba segura

T2: Creo que deberías mejorar el contacto visual, sólo mirabas a Rosa y hubiera sido bueno que oscilaras la mirada entre nosotras; también considero que los ademanes con las manos son buenos, pero ten cuidado de hacerlo demasiado.

P: Gracias

T: Muy bien, ¿cómo te sentiste o qué pensaste?

P: Me sentí un poco ansiosa porque sentía que estaba a la expectativa que les gustara los chistes que traje, creo que espera su aprobación; pero luego iba diciéndome mentalmente las frases y trataba de respirar para poder controlarlo y creo que me costó un poco, pero si pude.

T: ¿Necesariamente tenemos que ser aprobados por todos?

P: Creo que no es una obligación, pero sería lo ideal para caerle bien a todos y no tener problemas

T: Y ¿qué tan catastrófico sería que alguien no nos aprobara o aceptara como somos?

P: Creo que sería depende del contexto, o sea si es alguien que no me agrada creo que no me importaría tanto como si fuera alguien que quiero

T: ¿qué es lo peor que podría pasar si alguna persona cercana o no a ti, desapruaba alguna opinión, acción, etc tuya, con la cual estás de acuerdo?

P: Creo que lo peor sería que me dé la contra o me critique, pero ahora que lo pienso tampoco es tan grave eso

T: Y ahora que te has dado cuenta que no es tan grave, ¿alguna vez no has estado de acuerdo con algún comentario, acción, etc que haya hecho otra persona?

P: Sí, varias veces

T: ¿Qué hacías cuando pasaba eso?

P: Cuando era una persona de confianza le decía de la mejor forma que podía, pero cuando era alguien que no conocía tanto, como algunos compañeros del instituto, la mayoría de las veces les decía también.

T: ¿Y consideras que hay algo de malo en eso? O ¿tus emociones eran muy negativas hacia esas personas o algo así?

P: La verdad que no, creo que no hay nada de malo con no aprobar todo lo que hagan los demás.

T: Muy bien, ¿ahora qué piensas sobre lo que me dijiste que “lo ideal sería tener la aprobación de todos”?

P: Creo que si alguien no aprueba algo sobre mí no tiene nada de malo, sino que es algo normal no estar de acuerdo con todo; además eso no quiere decir que me van a mirar mal, odiar o algo así.

T: Ok, ahora pasaremos a hacer otro ítem de tu jerarquía, van a pasar otros co-terapeutas con quienes expondrás el tema que has traído, al final cada uno te dará un punto positivo y un punto para mejorar

T: Ellos son Sandy, que ya la conociste la semana pasada; Santiago, Marycarmen y Angela; de igual forma, preséntate brevemente y luego puedes comenzar con tu exposición

P: Buenas tardes, mi nombre es Lori tengo 21 años, estudio Tec de contabilidad y vivo en el Callao con mi mamá y papá. Hoy les voy a hablar sobre mi carrera que, como ya les mencioné es Técnico contable

¿Cuál es la definición de contabilidad?

La contabilidad es una ciencia y una técnica que aporta información de utilidad para el proceso de toma de decisiones económicas. Esta disciplina estudia el patrimonio y presenta los resultados a través de estados contables o financieros.

¿Qué es un técnico de contabilidad?

Esta carrera te preparará para desempeñarte, en forma independiente o con relación laboral, como asesor o asistente en tareas vinculadas con los sistemas de información administrativo-contables

¿Qué funciones cumple?

- Llevar un registro sistemático de las actividades comerciales de la empresa.
- Registra las transacciones comerciales en libros contables, utilizando técnicas de registro contable.
- Prepara informes contables y financieros orientados a controlar y organizar las diferentes actividades de la empresa.
- Ayuda a la toma de decisiones comerciales a través de la comunicación e interpretación de información contable.
- Gestiona trámites en entidades públicas y privadas. Así como también elabora informes preliminares de auditoría

¿Cuál es el campo laboral donde podré desempeñarme?

Estaré en capacidad de desarrollar sus funciones en los diferentes tipos de empresas: pequeñas y medianas empresas, oficinas de asesoría contable, empresas comerciales, industriales y de servicios, instituciones educativas y culturales, empresas financieras, etc

T: Listo, antes de pasar a los comentarios de los co-terapeutas, quisiera hacerte unas preguntas, ¿de acuerdo?

P: Si, está bien

T: ¿Por qué elegiste este tema?

P: Porque mi carrera me gusta y me siento cómoda cuando hablo de eso

T: Ok, ¿y cómo te sentiste antes, durante y después de la exposición?

P: Creo que al inicio sentí un poquito la ansiedad, pero creo que fue “ansiedad buena” porque más que pensamientos negativos, estaba pensando que hace tiempo que no lo hacía y me gustaría regresar al instituto para demostrarme a mí misma que si puedo hacerlo, creo que estaba más emocionada

T: ¿Cómo sientes que lo hiciste?

P: Creo que bien

T: ¿Qué pasaría si alguno te dijera que lo hiciste muy mal?

P: Creo que le pediría que me dé su argumento, pero aún me siento satisfecha por mi desenvolvimiento

ahora cada uno te va a dar un punto positivo y otro por mejorar

T1: Hola, te felicito por prepararte con tu papelógrafo y también por aprender prácticamente la mayoría de la información, creo que tu tono de voz estuvo muy bien, pero hay que mejorar la postura para que se te vea más segura, de lo que ya se te veía

T2: Creo que el contacto visual fue adecuado, pero creo que cuando sentías que te ibas a olvidar una parte como que mirabas arriba o abajo, tal vez otra alternativa sería mirar tu material o alguien del público que te de confianza mientras recuerdas la información

T3: Estuvo bien los movimientos de manos con los que ibas acompañando el discurso, pero cuando haya un espacio más grande lo puedes acompañar caminando de un lado a otro

T4: Hola Lori, me agradó mucho el tema que escogiste para exponer hoy porque me dio la impresión que te sientes cómoda hablando de esto y creo que eso ayudó mucho a tu desenvolvimiento; la verdad que yo no tengo ningún punto negativo que decirte

P: Muchas gracias

T: ¿Qué piensas de los comentarios que te dieron los co-terapeutas?

P: Cuando estaba esperando que hablaran, por un momento pensé que con los negativos me iba a desanimar, pero conforme los iba escuchando me di cuenta que no eran catastróficos y no opacaba a los comentarios positivos

T: Muy bien, ahora pasaremos a sacar una nueva cita.

Se culminó la sesión felicitando a la paciente por su participación y recordándole la importancia de realizar las tareas y tomar riesgos en las mismas.

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 11

06/11/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Culminar con la exposición en vivo a las situaciones temidas
- Entrenar al paciente en la técnica de habilidades sociales
- Continuar con el debate de creencias irracionales

TÉCNICAS:

- Debate socrático.
- Exposición en vivo
- Habilidades sociales

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se dio inicio a la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos.

T: Hola Lori, ¿cómo has estado?

P: Bien, al final fui a la reunión que hizo mi prima en año nuevo

T: Que bueno, te felicito, ¿cómo te fue?

P: La verdad mejor de lo que pensaba, fui en la madrugada porque siempre paso las 12 con mi familia; cuando llegué busqué a mis primos que son con los que tengo más confianza, estuve conversando con ellos y no tuve ningún inconveniente, además me presentaron a algunos de sus amigos, que me cayeron bien y estábamos en grupo bromeando y conversando, me sentí cómoda. Claro que, al inicio, cuando recién iba a entrar tenía los pensamientos catastróficos

sobre que todo me iba a ir mal o que nadie me iba a hablar, pero traté de debatirlo un poco en mi cabeza y de relajarme

T: Muy bien, recuerda que los pensamientos automáticos tienen la característica de ser rápidos, específicos y surgen sin que nos demos cuenta; pero la idea es que vayan perdiendo credibilidad con el debate de tus creencias y las técnicas que has ido aprendiendo que, por lo que me cuentas, te están funcionando bien.

P: Si, cada vez voy sintiendo que voy desenvolviéndome mejor y eso hace que me dé confianza

T: Me alegro mucho, ahora vamos a hacer el último ítem que quedó pendiente que es aceptar y rechazar una invitación a salir de un chico; además vamos a agregar que los co-terapeutas que van a apoyarnos te van a preguntar si has tenido enamorado antes, el por qué no, etc., ¿estás de acuerdo?

P: Si, casi no siento ansiedad, así que creo que podré manejarlo

T: Recuerda que esto es sólo un ensayo, estamos en un espacio en el que está permitido que podamos equivocarnos o ir practicando como desenvolvernos en el exterior.

T: Ellos son Rommel y Santiago, nos van a apoyar el día de hoy, vamos a ponernos en el contexto de un salón de clases y te invitarán a salir, al primero le aceptarás y al segundo lo rechazarás y trata de insistir o cuestionarte el porqué de tu decisión. Entonces empecemos

T1: Lori ¿Cómo estás?, que aburrida estuvo la clase ¿no?

P: Si un poco, a veces no se le entiende lo que habla o siento que la información es un poco incompleta

T1: Oye y si quedamos en estudiar nosotros juntos y luego podemos ir a comer o ver una película o algo así

P: Claro, podemos quedarnos luego de clase y luego pasamos a almorzar

T1: Listo, ¿te parece si vamos el sábado?

P: Sí está bien

T1: Perfecto, entonces en la semana vamos quedando el lugar

P: Ok, pero te voy avisando que me gustan las pastas

T1: Jajaja entonces así quedamos

T: Muy bien, ahora pasaremos a la siguiente situación, pero recuerda que esta vez tienes que rechazarlo y tratará de cuestionarte

T2: Lori ¿qué tal, ¿cómo te fue en el examen de la mañana?

P: Bien, la verdad me preparé bastante porque en el anterior tuve una mala nota, entonces tenía que recuperarlo ¿a ti que tal te fue?

T2: Mas o menos, me había olvidado de ese examen y recién me avisaron cuando llegué, pero creo que no me fue tan mal jaja

P: Que bueno por ti, porque ese profesor no perdona a nadie

T2: Estaba pensando que, como ya falta poco para parciales, podríamos salir para relajarnos antes de todo ese estrés

P: ¿y quién más iría?

T2: Sólo nosotros dos, ¿estás de acuerdo?

P: Preferiría que vayamos en grupo, porque por ahora no quiero salir con alguien, disculpa

T2: Ok, entiendo. También podríamos salir en grupo y luego nosotros solos o algo así o ¿estás con otro chico?

P: En grupo sí normal; pero no estoy saliendo con nadie y tampoco quiero una ahora

T2: Esta bien, me acuerdo que habías dicho una vez que no habías salido con nadie, entonces cuando te sientas preparada puedes avisarme

P: Sí he salido con chicos antes, pero no he tenido una relación formal y no siento apuro por buscar eso. Avísame si salimos en grupo con los demás ¿sí?

T2: Esta bien, les voy a preguntar y te aviso

T: Muy bien, ¿cómo te sentiste?

P: Primero un poquito ansiosa porque sabía sobre que era la situación, pero no sabía bien qué me iban a decir exactamente ni cómo, pero conforme fue fluyendo traté de concentrarme en la conversación.

T: ¿Qué pensaste cuando en la segunda situación te mencionaron sobre si habías tenido otras relaciones? Vi que te sorprendió un poco pero tu reacción me pareció muy asertiva

P: Sabía que iba a hacerme esa pregunta, pero como no sabía cuándo igual sentí que me sorprendí, pero no pensé que me estaba juzgando o algo así, sino que pensé que sólo era una duda

T: Excelente, creo que la forma en cómo actuaste frente a esa situación fue muy asertiva, además me alegra que no hayas caído en pensar que te iban a juzgar o algo así

P: La verdad yo también me sorprendí cómo lo hice jaja

T: Ahora pasaremos a reforzar las habilidades sociales, ¿recuerdas que la sesión anterior hablamos de eso?

P: Sí, recuerdo que hablamos de la forma pasiva, asertiva y agresiva; y dentro de eso como era cada persona

T: Exacto, ahora pasaremos a reforzar una habilidad que, en algún momento, me comentaste que a veces era difícil cuando hablabas con personas que no conocías tanto

P: Mmm... creo que te había dicho que no sabía cómo empezar a hablar con alguien y a veces me quedaba sin tema

T: Entonces, primero quisiera saber si crees que tienes la misma dificultad que antes

P: Bueno, creo que antes pensaba que se iban a reír de mí o que debía de ser más interesante o algo así; pero luego que hemos hecho los debates y tengo mis frases que me ayudan, me parece más fácil, además si no sé qué decirle creo que no tendría anda de malo porque no soy la única persona que le pasa eso y tampoco eso me califica como una persona interesante o no

T: Te felicito, como te das cuenta tú sola estás haciendo el debate mentalmente porque te has ido entrenando durante esta etapa de tratamiento. Entonces pasaremos a hacer el ensayo con un co-terapeuta que nos va a apoyar, pondremos el contexto de tu salón de clases ¿sí?

P: Está bien

T: Ella es Rebeca, vamos a simular que ella es una compañera de clases y tienes que hacer un trabajo con ella, pero sabes que es un poco irresponsable ¿alguna duda?

P: Esta bien

T: Muy bien, empecemos

P: Hola Rebeca, la semana pasada el profesor de Estadística dejó un trabajo y estamos en el mismo grupo ¿sabías?

T1: Hola, algo así escuché, pero todavía falta un montón de tiempo ¿no?

P: El plazo son 2 semanas, tampoco es tanto

T1: Ya lo vemos después mejor

P: Estamos tratando de organizarnos con los chicos, que te parece si nos juntamos luego de clases para ver los puntos que cada uno va a tener que hacer para el trabajo y damos un plazo para que lo manden

T1: Uy pero de repente no me da tiempo de quedarme

P: Entiendo que estés ocupada pero la nota es de todos, en todo caso te avisamos lo que quedamos

T1: Si mejor

P: Gracias, te escribo para avisarte

T: ¿Qué pensaste y sentiste al iniciar la conversación?

P: Antes me pasaba que hablaba muy bajo y como no me escuchaban se iban, entonces me esforcé por hablar bien; y bueno pensé en que podía ignorarme o algo así pero luego más me centré en el tema y mi ansiedad bajó

T: Bien, entonces para la próxima semana vas a tener de tarea iniciar una conversación pequeña con personas que no tengas tanta confianza ¿de acuerdo?

P: Esta bien.

Se culminó la sesión felicitando a la paciente por su participación

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 12

13/01/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Entrenar al paciente en la técnica de habilidades sociales
- Culminar con el debate de creencias irracionales

TÉCNICAS:

- Debate socrático.
- Exposición en vivo

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos

T: Hola Lori ¿cómo has estado?

P: Hola, bien, hace unos días fui al instituto a hacer mi trámite para retomarlo este ciclo y estuvo todo tranquilo, me encontré con una chica que había llevado el primer ciclo y hablamos un ratito en la cola.

T: ¿Tuviste algún pensamiento negativo o experimentaste ansiedad ante eso?

P: Yo no me había dado cuenta que estaba ahí, por lo que fue ella quien me pasó la voz, pero creo que me concentré más en la conversación porque estábamos hablando de la matrícula y los profesores

T: Me imagino que ella se habrá dado cuenta que te retiraste del ciclo ¿qué hubieras hecho si te cuestionaba por eso?

P: Luego de conversar pensé eso, pero sólo fue una idea sin importancia porque no me preocupó ni me generó ansiedad, porque pensé que no dice nada malo sobre mí el hecho de retirarme, además no soy ni la primera ni la última persona en hacer eso.

T: Que bueno, creo que has realizado muy bien el debate mentalmente

P: Si, igual en casa me pasó que mi papá me preguntó si ya iba a regresar a estudiar y, aunque primero lo tomé como una crítica, me di cuenta que era un error en el pensamiento, y que mi papá sólo me estaba haciendo una pregunta y pude tener una conversación normal

T: Muy bien, ¿y tuviste alguna dificultad con la tarea que te dejé sobre tratar de conversar con personas que no tuvieras tanta confianza?

P: Bueno, hubo una reunión familiar en mi casa y fueron varios tíos y ellos siempre me hablan, pero yo soy un poco cortante porque no sé bien que contarles, pero ahora hice el esfuerzo con un tío de preguntarle por mis primos más chiquitos y todo eso. Luego, como te había mencionado hablé con la chica que me encontré en el instituto y creo que me fue bien y; por último, la vez pasada llamaron a mi mamá por teléfono y como no estaba yo contesté y traté de preguntarle por su hija que también la conocía, pero creo que la señora estaba apurada porque me cortó rápido.

T: ¿Cómo tomaste la actitud que tuvo la señora contigo?

P: Pensé varias cosas a la vez, desde que la aburrí o no quiere hablarme hasta que podía estar ocupada y que quería hablar con mi mamá y no conmigo jaja. Entonces empecé a ver cuál era más probable y opté por pensar que estaba buscando a mi mamá y no a mí

T: Perfecto, ¿tuviste alguna otra dificultad con la tarea?

P: Ninguna, incluso creo que como en varias situaciones tengo resultados positivos, eso me hace sentir más segura

T: ¿Qué pasaría si en varias ocasiones tuvieras resultados negativos?

P: Obviamente no me sentiría feliz, pero creo que no lo vería de forma catastrófica como antes. Como con lo que me pasó con la señora por teléfono, antes hubiera pensado que soy tonta por no hablar con ella o que no soy interesante, pero ahora pensé que ella quería hablar con mi mamá, y creo que eso es algo más objetivo y real.

T: Muy bien, veo que ahora puedes hacer los debates tú sola, eso ayudará a mantener los resultados que hasta ahora has alcanzado. Entonces, acompáñame a sacar una nueva cita

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 13

27/01/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Entrenar al paciente en la técnica de solución de problemas

TÉCNICAS:

- Solución de problemas

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos

T: Hola Lori ¿cómo has estado?

P: Bien, estuve tratando de hablar más con mis papás, sobre cómo me siento y las cosas que me pasan, porque creo que antes no les tenía tanta confianza y eso hizo también que cuando empecé con la fobia, me quedara callada por vergüenza.

T: Me alegro mucho que estés trabajando en tu relación con tu familia, ¿has encontrado alguna dificultad cuando has hecho eso?

P: A veces mi papá estaba ocupado y no tenía muchas oportunidades de conversar con él, pero aprovechaba las comidas en las que coincidíamos. Y con mi mamá siempre he conversado de temas superficiales, pero ahora estoy tratando de hablarle de cosas más personales

T: Muy bien, es importante que hayas encontrado momentos donde compartir con tu papá y no te quedaste solo con el problema de no poder hablar con él porque está ocupado. Entonces, el día de hoy vamos a ver el proceso de solución de problemas

P: Está bien

| FASES | OBJETIVO | EJEMPLO |
|---|--|--|
| 1. Orientación del problema | Desarrollar una actitud facilitadora por parte de la persona a la hora de enfrentarse al problema | ¿Qué actitud ha de tener ante los problemas? - Debo reconocerlo y no evitarlo - No me voy a precipitar |
| 2. Formulación y definición del problema | Definir el problema operativamente y plantear metas realistas | ¿Cuál es el problema? - Tomar en cuenta factores, contextos, consecuencias |
| 3. Generación de alternativas | Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar probabilidad de solucionar el problema | ¿Qué puedo hacer para solucionarlo? - |
| 4. Toma de decisiones | Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar las que pueden resolver mejor la situación | ¿Qué consecuencias positivas y negativas me puede traer cada alternativa? ¿Cuáles voy a elegir? |
| 5. Ejecución y verificación de resultados | Poner en práctica las decisiones tomadas y comprobar los resultados | Llevo a cabo estas alternativas y observo si solucionamos el problema, si no revisaré el proceso de nuevo. |

T: Bien, ¿alguna duda?

P: ¿Cuántas alternativas tengo que escribir?

T: Todas las que se te ocurra, la idea es que las opciones sean creativas, incluso puedes combinar algunas opciones para que sean más provechosas. También cuando veas las consecuencias de cada una, tienes que tomar en cuenta las repercusiones personales, cómo se vería afectado tu entorno; incluso si es a corto o largo plazo.

P: Entiendo, y si en caso no funcionen las alternativas que elegí, ¿tengo que volver a hacer el proceso otra vez?

T: No es necesario que regreses al inicio del cuadro, tendrías que regresar a las alternativas que ya habías generado, y ahí ver otras opciones que podrían funcionarte

P: ¿Tengo que hacer este cuadro siempre?

T: La idea es que te sirva para poder organizar las alternativas ante los problemas, no es necesario hacer este cuadro, puede ser mentalmente porque irás haciéndote más experta en eso

P: Entiendo

T: Para la próxima semana quiero que traigas un ejemplo de una situación que hayas pasado o creas que puedan darse donde emplees este proceso

P: Ok

T: Y en la próxima sesión, iré planteándote otras situaciones para que puedas practicar más esta técnica

P: Está bien

T: Entonces, acompáñame a sacar una nueva cita

Se culminó la sesión, felicitando a la paciente por su participación y recordándole la importancia de cumplir con las tareas.

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 14

10/02/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Entrenar al paciente en la técnica de solución de problemas

TÉCNICAS:

- Solución de problemas

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos

T: Hola Lori ¿cómo has estado?

P: Bastante bien, no tuve ninguna dificultad y tampoco he hecho nada nuevo

T: Ok y ¿cómo te fue con la tarea que dejamos la sesión anterior?

P: Bien, lo hice el mismo día que nos vimos, y pude cumplir con el ejemplo de la solución de problemas.

T: Muy bien, ¿qué situación elegiste?

P: Escogí hacer sobre el problema que tenía de no encontrar tiempo para compartir con mi papá, si bien es una situación que ya resolví, me pareció que sería bueno tenerlo en un cuadro para ver mejor el proceso que se debe de hacer.

| FASES | EJEMPLO |
|--|---|
| Orientación del problema | Quiero mejorar la relación con mi papá pero no tiene tiempo libre para poder conversar sobre algún tema |
| Formulación y definición del problema | Mi papá trabaja la mayor parte del día y por este motivo nunca he sido muy cercana él, incluso de niña le tenía un poco de miedo, pero ahora quisiera poder modificar eso para sentirme más a gusto |
| Generación de alternativas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Resignarme a que nunca tendré una buena relación con él 2. Hablarle, aunque esté ocupado 3. Aprovechar los pocos momentos que tenemos juntos como las comidas 4. Pedirle a mi mamá que ella le comente a mi papá sobre mí y que ella me cuente sobre él, para luego tener un tema de conversación |
| Toma de decisiones | <p>Opción 1: No tiene nada positivo</p> <p>Opción 2: No va a escucharme adecuadamente</p> <p>Opción 3: Puede funcionar porque cuando comemos, no trabaja</p> <p>Opción 4: Puede facilitar la conversación con mi papá en un futuro</p> |
| Ejecución y verificación de resultados | Pongo en práctica la opción 3 y 4. |

T: Bueno, este caso es un problema que ya afrontaste, pero ¿cómo te va con la verificación de los resultados?

P: Hasta ahora sólo he aplicado la opción 3, pero también quise combinar la 4 porque podía ayudarme mucho. Esa última opción recién voy a empezar a agregarla en estos días, le voy a decir a mi mamá que me ayude

T: ¿Qué pasaría si en algún momento tu papá ha tenido un mal día y te rechaza la conversación, te ignora o no muestra interés?

P: Creo que pensaría que él no suele ser así y si se está comportando de esa forma es porque algo le ha pasado en el trabajo y trataría de preguntarle si ha sucedido algo malo

T: ¿Qué pasaría si tratas de preguntarle y te responde de mala forma?

P: Antes de eso vería si es prudente preguntarle, porque ya conozco a mi papá y sé cuándo es un buen momento y cuando no; pero en caso pase eso, creo que le diría “entiendo que estés molesto, espero que luego pueda ayudarte en lo que necesites” y trataría de alejarme para darle su espacio

T: ¿Y en el caso que tu mamá no pueda ayudarte con la opción 4?

P: Trataría de escribirle a mi papá por whatsapp para ir preguntándole cómo le va, no lo puse como opción porque mi papá no está muy pendiente de su celular, pero en caso pase eso, creo que esa sería mi alternativa

T: Muy bien, ahora veamos el otro ejercicio

| FASES | EJEMPLO |
|---|--|
| 1. Orientación del problema | Reconozco que tengo un problema y no lo evito |
| 2. Formulación y definición del problema | Hay una compañera en mi grupo de trabajo que no realizó su parte del trabajo y la entrega del mismo es en dos días |
| 3. Generación de alternativas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer su parte para no correr el riesgo que no la haga 2. Darle plazo hasta el día siguiente 3. Hablar con el profesor para que hagamos el trabajo sin su parte y la repruebe sólo a ella |
| 4. Toma de decisiones | <p>Opción 1: Salvaría la situación, pero no es justo que yo cargue con la irresponsabilidad de ella</p> <p>Opción 2: Es una buena opción porque debe hacerse responsable de sus deberes, pero implica el riesgo que no lo haga</p> <p>Opción 3: Puede aplicarse, en caso ya no haga su parte luego del ultimátum</p> |
| 5. Ejecución y verificación de resultados | Pongo en práctica la opción 2. En caso no funcione puedo aplicar la opción 3 |

T: Muy bien, ¿alguna duda con eso esto?

P: Ninguna, al inicio era difícil poner alternativas, pero luego era más sencillo

T: Con la práctica es cada vez más sencillo. La próxima sesión es la última y vamos a ir planteando situaciones hipotéticas para ver cómo las resolverías

P: Está bien.

T: Entonces acompáñame a sacar una nueva cita

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 15

24/02/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Reforzar técnica de solución de problemas

TÉCNICAS:

- Solución de problemas

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos

T: Hola Lori, ¿cómo has estado?

P: En general bien, estoy emocionada porque muy probablemente la otra semana voy a iniciar mis clases de inglés y creo que me va a servir para practicar como desenvolverme para cuando retome mis clases en el instituto.

T: ¿Sientes algún tipo de miedo por lo que pueda pasar en tus clases?

P: Sinceramente no, estoy emocionada porque siento que estoy empezando a retomar mis actividades con normalidad y voy a poder desenvolverme incluso mejor que antes

T: ¿Qué pasaría si en tu primer día, te va mal?

P: Creo que pensaría que el hecho que mal haya ido mal ese día no significa que tenga que ser así todo el tiempo; además todos tienen un mal día

T: Muy bien, ahora te voy a dar un par de situaciones para ver cómo aplicarías la solución de problemas. Primero quisiera que veamos una situación donde vuelvas a experimentar la ansiedad en niveles elevados y que puedas llegar a pensar que has retrocedido

| FASES | EJEMPLO |
|--|--|
| Orientación del problema | Tengo un problema relacionado con el diagnóstico que tuve pero no puedo ir a psicología porque ya estoy de alta y tengo miedo de recaer |
| Formulación y definición del problema | Hubo alguna situación donde sentí mucha ansiedad que me hizo recordar al momento que tuve la fobia, lo cual me hace sentir miedo porque creo que puedo estar retrocediendo |
| Generación de alternativas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Poner en práctica todas las técnicas que aprendí 2. Realizar un exhaustivo debate sobre lo que estoy pensando 3. Sacar una cita, aunque no me toque 4. Resignarme a que voy a tener una recaída 5. No hacer nada y pensar que ya se me va a pasar |
| Toma de decisiones | <p>Opción 1: Es muy probable que las téc me ayuden porque ya lo he hecho antes, además puedo hacer una lista de las que más me ayudaron</p> <p>Opción 2: Es una de las técnicas que más me ha ayudado y me ayudaría a ver la realidad objetivamente</p> <p>Opción 3: La psicóloga puede ayudarme, pero lo malo es que no aprendí a lidiar con la dificultad yo sola</p> <p>Opción 4: No tiene nada de positivo</p> <p>Opción 5: Puede ser que deje de afectarme pero es mucho riesgo</p> |
| Ejecución y verificación de resultados | Pongo en práctica la opción 1 y 2. |

T: Ok, ¿qué tan probable crees que pueda pasar alguna situación así?

P: Creo que si lo pongo en porcentajes sería un 10%, porque sé que experimentar ansiedad es normal e incluso depende de la situación los niveles pueden ser altos, pero ahora con las técnicas que sé y creo que he aprendido a cuestionar mis pensamientos para que sean más realistas

T: ¿Qué pasaría si en realidad hubiera comentarios negativos sobre ti o incluso directamente te hicieran críticas muy negativas?

P: Creo que no me sentiría bien, pero también pienso que no soy la única persona que puede pasarle eso y no me voy a morir por comentarios que sólo buscan hacerme daño

T: ¿Y si es en público?

P: De igual forma, no todas las personas saben decir sus molestias de forma adecuada, pero yo en el tratamiento he aprendido y con mi forma de reaccionar podría incluso enseñarle

T: Perfecto, entonces vamos a sacar una cita para la primera sesión de seguimiento

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 16 (SEGUIMIENTO 1)

17/03/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Conocer el sostenimiento de los avances de la paciente

TÉCNICAS:

- Escucha activa

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos

T: Hola Lori ¿cómo has estado? Que gusto verte luego de 3 semanas

P: Hola, se pasó muy rápido el tiempo

T: Sí, cuéntame ¿cómo te ha ido?

P: Bueno, desde la última vez que nos vimos, me matriculé en las clases de inglés y recién en unos días ya voy a terminar ese básico

T: Que bueno, recuerdo que me habías comentado que querías retomarlo pero que no estabas segura porque lo habías dejado hace tiempo ¿cómo te decidiste?

P: Si, tenía un montón de dudas porque como lo había dejado hace tiempo ya no iba a poder retomarlo desde donde me quedé, sino que iba a tener que dar un examen o empezar desde el básico 1

T: Entiendo

P: Pero justo hablando con mi mamá, me preguntó si iba a querer retomarlo en algún momento y le dije que si porque es un idioma necesario y que podía ayudarme mucho profesionalmente. Y como en este tiempo no estaba dedicándome a nada en especial, me dijo que por qué no lo empezaba ahora diario y cuando empiece el instituto sólo los sábados.

T: Que bueno, y ¿cómo te fue en el salón de clases en sí?

P: Primero estaba un poco ansiosa porque además de no conocer a nadie tenía temor a equivocarme hablando el inglés; pero también pensaba que sería normal que me equivoque porque estoy aprendiendo igual que todos y, además nadie se conoce porque todos somos nuevos

T: Te felicito, y ¿cómo sientes que te has relacionado con ellos?

P: Ayudó mucho que el profesor deje ejercicios sobre presentarse y todo eso, además con una chica y un chico que más o menos tienen mi edad, intercambiamos números para estudiar antes de los exámenes

T: Bien, y cómo van los trámites para que retomes tu ciclo

P: Ya tengo todo listo, sólo estoy esperando la fecha de inicio

T: ¿Cuáles son tus expectativas sobre eso?

P: Bueno, al inicio sentía un poco de ansiedad pensar en eso, pero logré debatir esos pensamientos e imágenes negativas

T: ¿Qué imagen o pensamiento negativo tuviste, por ejemplo?

P: Pensé que no conocía a nadie y que nadie me hablaba

T: ¿Y cómo lo debatiste?

P: Pensé que no todos son sociables al inicio y que, si he aprendido las herramientas aquí, tal vez en esas ocasiones me toca ser la persona sociable o la que inicie una conversación

T: ¿Qué pasaría si alguna de las personas que le hablas no muestra interés por conversar contigo?

P: Creo que pensaría que eso no dice nada de mí, sino que esa persona puede estar aburrida o simplemente no tener ganas de conversar

T: Muy bien, recuerda emplear las técnicas aprendidas durante todo este tiempo. Ahora pasaremos a sacar una nueva cita

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 17 (SEGUIMIENTO 2)

17/04/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Conocer el sostenimiento de los avances de la paciente

TÉCNICAS:

- Escucha activa

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos

T: Hola Lori ¿cómo has estado? Que gusto verte luego de 1 mes

P: Hola, estaba emocionada por contarte como me ha ido en mis clases del instituto

T: Parece que te ha ido muy bien, cuéntame

P: Primero estaba un poco nerviosa, pero apliqué las técnicas y pude controlarlo; y cuando ya estaba en el instituto me centré en buscar mi salón y ver lo poco que había cambiado. Me hice amiga de una chica con la que hablé la primera semana de clases; con ella salíamos a comprar y nos acompañábamos en el break

T: ¿Y sólo conversabas con esa chica?

P: Luego las dos fuimos hablándole a otras personas, hasta que formamos un pequeño grupo de amigos con los que solemos juntarnos para estudiar y a veces salimos

T: ¿También has intentado hablar con tus otros compañeros del salón con los que no son tan afines a tu grupo?

P: Sí, sólo lo necesario para alguna tarea o trabajo, pero no he sentido esa ansiedad de antes. Además, ahora hablo con casi la mitad del salón

T: Que bueno, ¿has tenido alguna dificultad?

P: Bueno, en una ocasión, un chico me hizo una broma sobre que yo era muy chancona y todos se rieron, pero pensé que él siempre bromea y no era algo personal contra mí por lo que traté de seguirle el juego y me sentí bien

T: Te felicito. Ahora pasaremos a sacar una nueva cita

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

SESIÓN 18 (SEGUIMIENTO 3)

23/06/2018

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Conocer el sostenimiento de los avances de la paciente

TÉCNICAS:

- Escucha activa

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se inició la sesión dándole la bienvenida a la paciente y explicándole los objetivos

T: Hola Lori ¿cómo has estado? Que gusto verte luego de 2 meses

P: Hola, estoy bien, terminé el anterior ciclo con buenas notas y he iniciado el segundo semestre y también me está yendo muy bien

T: Que bueno, felicitaciones, ¿cómo vas con tu grupo de amigos?

P: Con mi grupo quedamos en matricularnos en el mismo horario por lo que ahora paro con ellos y tratamos juntarnos para estudiar o para salir a comer o algo así. Además, quería contarte que hace como un mes me estaban molestando con un chico que siempre me pedía que le explique algún tema de clase, pero como no me incomodaba, yo sólo me reía, hasta que un día de broma les dije que nunca había tenido enamorado y que él no era digno de ser el primero

T: Jajaja y cómo reaccionaron

P: Primero se rieron, pero sabía que era por la broma que estaba haciendo y que no significaba que se estaban burlando de mí; luego me preguntaron si era verdad y les dije que si pero nadie se escandalizó ni nada de eso

T: Perfecto, ¿cómo te va en tus clases de inglés?

P: Cuando empecé clases me pasé al turno de los sábados, ahí sólo hablo con una chica y un chico, pero este amigo siempre me acompaña a mi paradero e incluso un par de veces me ha acompañado a mi casa

T: ¿Sólo como amigos o él está buscando algo más?

P: Creo que le gusto, o sea me manda indirectas y me escribe en la semana, y creo que a mí también me gusta un poco, entonces he pensado que si me invita a salir le voy a decir que sí

T: Me alegro mucho por ti.

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

- Criterio clínico

Durante la intervención terapéutica, se pudo observar que Lori ha logrado poner en práctica las técnicas que se fueron enseñando progresivamente, lo cual se ve reflejado en su actual participación en las actividades sociales, el afrontamiento adecuado de situaciones adversas y el desenvolvimiento que ha alcanzado en este tiempo. En las situaciones sociales que ha ido enfrentado, donde siente un poco de ansiedad, es capaz de usar las técnicas aprendidas para poder controlar la activación, llegando a desenvolverse adecuadamente y resolviendo de forma exitosa cuando se encuentra en un contexto adverso. Sin embargo, hay situaciones donde no es necesario que emplee estas técnicas porque ya no generan ningún tipo de activación.

Asimismo, en las sesiones de seguimiento, se evidenciaba una mayor confianza en sí misma, mejor forma de comunicación verbal y no verbal; además se mostraba alegre y conforme con los logros alcanzados.

Además, en la última sesión de seguimiento se pudo comprobar que la paciente hizo frente a situaciones que antes temía, llegando incluso a bromear sobre temas que antes le generaban gran malestar. La paciente es consciente de los aspectos que son su fortaleza, de los cuales se vale para trabajar aquellos aspectos que pueden ser una debilidad.

- Criterio funcional

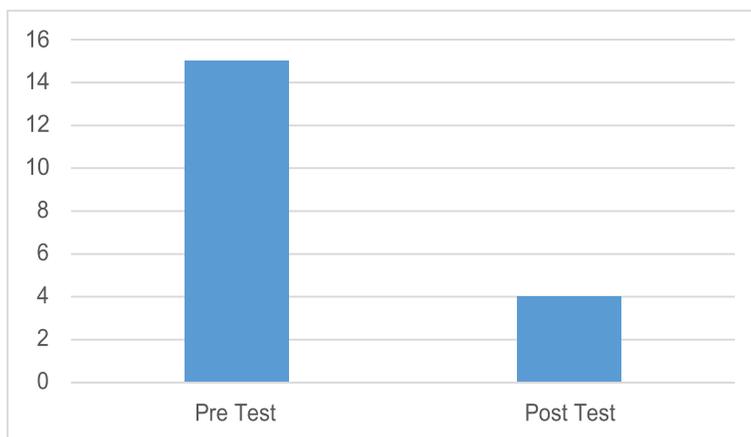
En el análisis funcional planteado, se puede observar que Lori presentaba miedo

a las situaciones donde estaba expuesta a la evaluación y crítica de su entorno social, como exponer o encontrarse en reuniones sociales. Estos estímulos desencadenantes, en la actualidad no generan malestar porque son controlados por la paciente, por lo que puede lidiar exitosamente con ellos.

Asimismo, en los estímulos internos se encontraban recuerdos de situaciones desagradables que había experimentado o imágenes catastróficas relacionadas con las situaciones sociales; sin embargo, en la actualidad no le causan incomodidad a la paciente porque sabe que tiene nuevas herramientas para afrontar sus experiencias, es consciente que los recuerdos son parte de sucesos pasados que no significa que la condenan y ahora es capaz de debatir las creencias o imágenes catastróficas, por lo que no llega a experimentar la activación propia de la ansiedad.

- Criterio psicométrico

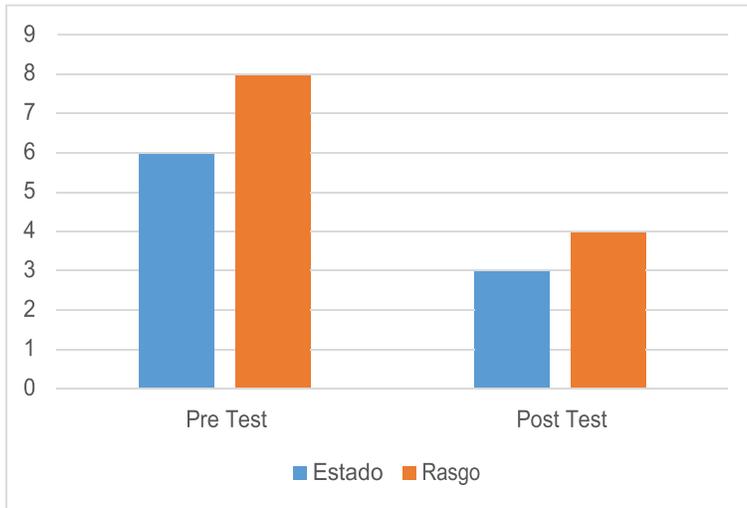
En relación con el área afectiva, aunque no existía indicadores que pudieran significar algún tipo de alteración, antes del proceso de intervención el puntaje mostraba leve perturbación del estado de ánimo. Posteriormente al tratamiento el puntaje indicó ausencia de depresión



Pre Test: Leve perturbación del estado de ánimo

Post Test: Ausencia de depresión

En cuanto al área emocional, tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo se vieron considerablemente disminuidas; por lo que Lori es capaz de hablar en público y participar de reuniones sociales sin experimentar ansiedad, por lo que ya no experimenta activación fisiológica como sudoración, palpitaciones, etc; es así que se siente más feliz y satisfecha consigo misma. Finalmente, ya no está a la expectativa de la aprobación de los demás ni se siente sensible a las mismas



Pre Test: Ansiedad estado Moderado y Ansiedad Rasgo Severo

Post Test: Ansiedad estado Bajo y Ansiedad Rasgo en el nivel Normal

- Criterio de la paciente

La paciente refiere “Me siento mucho más tranquila y segura de mí misma; me sorprende ver cómo puedo hacer con normalidad actividades que en un momento pensé que nunca iba a poder hacerlas nuevamente, como bromear en público, exponer, decir mi opinión, aunque sea contraria a la otra persona, incluso decir abiertamente que en el colegio me molestaban por no tener enamorado. Ahora me siento más feliz porque me relaciono mejor en todos los aspectos de mi vida, sé que aún me faltan cosas por trabajar porque soy un ser humano y no soy perfecta, pero luego de este proceso me gusta los resultados que he obtenido”

- Criterio de la familia

La madre de la paciente refiere “Estoy muy contenta por el cambio de mi hija luego del tratamiento; ahora sale con sus amigos, conversa por teléfono, tiene mejor rendimiento en su instituto y la veo mucho más feliz. Además, en casa está mucho más comunicativa; ahora nos cuenta las actividades que ha realizado en su día a día, sus metas y proyectos, lo que piensa o siente, etc. Todo esto incluso ha hecho que mejore la relación de los tres, bromeamos más, tratamos de compartir más momentos familiares y estar más unidos. Mi esposo y yo estábamos preocupados por la situación de Lori antes de empezar el tratamiento, temíamos que no pueda recuperarse para hacer sus actividades con normalidad; pero ahora estamos confiados que nuestra hija va a poder desempeñarse exitosamente en las actividades que ella se proponga.”

CAPÍTULO V

RESUMEN

El presente estudio es sobre Lori, una mujer de 21 años que vive en el Callao, es hija única y vive actualmente con ambos padres; asimismo está cursando estudios en un instituto en Técnico de contabilidad.

La paciente Lori acude a consulta porque en el último año de secundaria sus compañeros, a raíz que ella nunca había mantenido una relación amorosa ni había aceptado la invitación a salir de dos compañeros de su aula, empezaron a hacerle “bullying” porque creían que era homosexual; por esto en una exposición que estaba haciendo, le gritaron “gay” ocasionando las risas de toda el salón, luego de este evento, varios alumnos del salón le hacían comentarios y gestos ofensivos relacionados con la supuesta inclinación homosexual; sin embargo, esto cesó cuando terminó el colegio porque ya no se veía expuesta al grupo social donde se daba los comentarios y gestos ofensivos.

Hasta que, cuando ya había ingresado al instituto, le preguntaron cuántos enamorados había tenido, lo cual la llevó a recordar los eventos negativos que había pasado en la secundaria y retornó el temor ante las situaciones sociales en las que ella consideraba que se veía expuesta; es así que dejó de asistir a reuniones sociales, evitaba conversar con sus compañeros de clases, conversaba con sus profesores para aplazar sus exposiciones o no asistía a clase cuando tenía alguna; en consecuencia sus notas era muy bajas y el número de faltas era muy alto, por lo que decidió retirarse del ciclo.

Posteriormente, le contó a su mamá sobre las dificultades que tenía y cómo había afectado en las distintas esferas de su vida; es ella quien la acompaña a consulta en psiquiatría,

en esta área le indican tratamiento farmacológico y realizaron la interconsulta al servicio de psicología donde pasó por el proceso de evaluación y tratamiento.

En la etapa de evaluación, se realizó en cinco citas, donde se concluyó que Lori se caracteriza por ser introvertida y un poco tímida, por lo que, antes de su actual problemática, no tenía dificultades para interactuar, pero su círculo de amigos era pequeño; además evidenciaba altibajos considerados normales y, presentaba una ansiedad estado moderada y ansiedad rasgo severo, por lo cual las áreas personal, familiar, social y académico se veían seriamente afectados, impidiendo su normal desenvolvimiento.

En base a los resultados de la evaluación, se recomendó el tratamiento en terapia cognitivo conductual por la eficacia que demuestra en este diagnóstico, como mencionan Amodeo, S. & Quintana, B. (2010) quienes indican que el tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social es más eficaz frente a otras alternativas, donde entre el 60% y 80% de los pacientes mejoraron y mantuvieron los resultados hasta las sesiones de seguimiento que se realizaron luego de 5 años.

Asimismo, las técnicas utilizadas, han demostrado dar buenos resultados y mantenerlos, esto se ve reflejado en un trabajo realizado por Richa (2009) quien menciona que la psicoeducación es muy útil para ayudar al paciente a comprender la dinámica de su problema, además la práctica de la relajación progresiva de Jacobson contribuía a la disminución de la ansiedad y la angustia; asimismo la reestructuración cognitiva ayuda en la modificación de los pensamientos automáticos negativos lo cual se ve reflejado en el cambio de percepción de sí mismo y el mundo.

Es así que, mediante un contrato terapéutico se realizó el compromiso para el desarrollo de la intervención terapéutica. Se llevó a cabo un total de 18 sesiones; se inició con la

psicoeducación de la ansiedad y del diagnóstico para un mayor entendimiento de la problemática, luego se entrenó en las técnicas de relajación como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson. Asimismo, se instruyó en la técnica de inoculación al estrés, donde la paciente realizó una lista de aserciones positivas para emplear en las principales situaciones sociales que le generaban temor; se fue avanzando de forma imaginaria en la jerarquía realizada empleando las aserciones escogidas.

Posteriormente, se realizó las exposiciones en vivo tanto en el consultorio, en algunos casos con ayuda de co-terapeutas; así como, en el contexto real de la paciente. También, a lo largo de las sesiones se realizó el debate de las creencias irracionales y, en las últimas consultas, se entrenó en habilidades sociales y en solución de problemas. Cabe resaltar que, en el transcurso del tratamiento, la medicación psiquiátrica fue disminuyendo hasta que ya no fue necesaria; esto no implicó un retroceso en los avances de la paciente.

Durante la etapa de seguimiento, se pudo comprobar que los resultados de la intervención se mantuvieron, por lo que Lori pudo retomar sus actividades académicas con normalidad, integró un nuevo grupo de amigos, lleva una mejor relación con sus padres y, realiza un esfuerzo constante para poner en práctica las diversas técnicas que aprendió.

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

- La paciente logró identificar y, posteriormente, modificar los pensamientos distorsionados relacionados con su forma de percibirse a sí misma y al mundo; logrando instaurar nuevas formas de pensar, esto es más racionales, objetiva y flexible que le permiten una mayor adaptación.
- Actualmente, ha adquirido la habilidad de entender e interiorizar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, y cómo éstas interactuaban en su caso en particular; para posteriormente poder debatir las creencias irracionales por unas más adaptativas.
- Identificó sus estados de tensión y cómo se manifestaban en ella, para luego pasar a la fase de relajación mediante las técnicas aprendidas en la intervención terapéutica.
- La paciente ha conseguido aplicar a su vida diaria las diversas técnicas enseñadas en la intervención terapéutica, lo cual se ve reflejado en el adecuado afrontamiento de las situaciones antes temidas y que ahora no genera sintomatología desadaptativa; además de en la forma que resuelve sus problemas.
- Incrementó sus habilidades sociales, por lo que ahora es capaz de comunicarse de forma más asertiva, emplea adecuadamente los aspectos verbales y no verbales
- Aumentó su capacidad para solucionar problemas, por lo que ahora es capaz de definir adecuadamente el problema, generar una diversidad de alternativas para posteriormente escoger la más provechosa, tomando en cuenta las consecuencias que pueden traerle.
- Se comprueba la efectividad de la intervención cognitivo-conductual, mediante el criterio clínico y psicométrico en la comparación de los pre test y post test.

RECOMENDACIONES

1. Continuar con la investigación de este diagnóstico por su cronicidad y el riesgo que tiene de incapacitar al individuo que la padezca.
2. Realizar seguimiento de estudios de caso a plazo más prolongados para comprobar el mantenimiento de los resultados.
3. Baremación de pruebas psicométricas que contribuyan a dar mayor validez en la elaboración de estudios de casos.

REFERENCIAS

- Acevedo, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social* (tesis de maestría). Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2079/1/Tesis%20Astrid%20Acevedo.pdf>
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (tercera edición). Washington,DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (quinta edición). Washington,DC: Autor.
- Amodeo, S. y Quintana, B. (2010). *Fobia social. Revisión y exposición de un caso clínico*. Centro de Salud Mental de Villaverde. Madrid
- Asociación Psiquiátrica Americana (2001). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición Texto Revisado*. Madrid: Masson.
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. España :Universidad de Barcelona.
- Beck, A. & Clark, D. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (6° E.d.). España: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. Rush, J. Shaw, B & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*, (16°Ed.). España: Desclee de Brouwer.
- Brocca, P. & Figueroa, D. (2011). *Técnicas de intervención individual*. Perú: USMP.
- Bornas, X. & Tortella, M. (1998). *Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo conductual*. Barcelona: Mason.

- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Aportes técnicos (1 Ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. (1999). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (Dir.). (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Camilli, C., y Rodriguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Caro, I. (2007). *Manual Teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2da edición). Sevilla: Desclée de Brouwer.
- 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)
- 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.
- Fiestas, F., y Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 31(1), 39-47.
- Fullana M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. doi:10.1016/j.medcli.2011.02.017
- García, E, S. (2012). *Realidad virtual y nuevas tecnologías en el trastorno de ansiedad social: un estudio meta-analítico* (tesis de doctorado). Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/107958/TESSGG.pdf>
- 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>
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Weeks, J., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 97–106. doi:10.1016/j.brat.2014.08.005
- Fink, M., Akimova, E., Spindelegger, C., Hahn, A., Lanzenberg, R. y Kasper, S. (2009) Social anxiety disorder: epidemiology, biology and treatment. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 533-542.

Hambrick, J. P., Weeks, J. W., Harb, G. C., y Heimberg, R. G. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Supporting Evidence and Future Directions. *CNS Spectrums*, 8(5), 373-381. doi:10.1017/S1092852900018630

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_AAAAQBAJ&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=0ahUKEwiKyfzRwJvWAhWFLSYKHUloDToQ6AEIJTAA#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_AAAAQBAJ&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=0ahUKEwiKyfzRwJvWAhWFLSYKHUloDToQ6AEIJTAA#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)

Hernández, N. A. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Recuperado de

<https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/118/1/GarciaLopez.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012). *Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú*. Recuperado de

https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-11/11_SERIE_NOTA_TECNICA_N_11-

2012_Prevalencia_de_vida_y_edad_de_Inicio_de_Trastornos_Psiquiatricos_en_el_Peru_Urbano.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación. Informe General*. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe>

Jordán, A. (2017). Estudio de caso clínico: Terapia Racional Emotiva en un caso de fobia social (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Labrador, F. J., y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565.

Mahoney, M. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teorías, investigación y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouever.

Mansson, K. N. T., Carlbring, P., Frick, A., Engman, J., Olsson, C.-J., Bodlund, O. & Andersson, G. (2013). Altered neural correlates of affective processing after internetdelivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 214(3), 229–237. doi:10.1016/j.psychresns.2013.08.012

Miskovic, V., Moscovitch, D. A., Santesso, D. L., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Schmidt, L. A. (2011). Changes in EEG Cross-Frequency Coupling During Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Psychological Science*, 22(4), 507–516. doi:10.1177/0956797611400914

- Mosquera-Gallego, L. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 50-56. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.1.7
- Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003) Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 483-515. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259487453_Un_modelo_tentativo_sobre_la_genesis_desarrollo_y_mantenimiento_de_la_fobia_social_A_tentative_proposal_about_the_origin_development_and_maintenance_of_social_phobia
- Olivares-Olivares, P, J., Marciá, D., Chittó, G, J., Olivares, J., y Amorós, M. (2014). ¿Trastorno de personalidad por evitación o fobia social generalizada? Un estudio piloto con población adolescente española. *Liberabit*, 20(2), 219-228. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n2/a03v20n2.pdf>
- Paz, C, P. (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 licenciatura). Universidad San Francisco de Quito, Quito.
- Pérez-Acosta, A. y Pérez, A. (1999). Procedimiento efectivo de “Contingencia cero” para la extinción de la evitación. *Revista Latinoamericana de psicología*, 31(1), 65-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80531105.pdf>
- Pérez-Acosta, A. (2005) Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: Propuesta Teórica Integradora de la Conducta de Evitación. *Terapia psicológica*, 23(1), 23-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/785/78523103/>

- Pérez, A. (2008) *Introducción a la Terapia Cognitivo-Conductual*. Instituto Cognitivo-Conductual de Salud Mental de México.
- Piqueras, J. A. (2005). *Análisis de la eficacia de la intervención en adolescentes con fobia social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizada* (tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Placencia, O. (2013). *Terapia cognitivo conductual en un caso de fobia social* (Tesis de Licenciatura). Universidad San Martín de Porres, Lima.
- Pollini, G., Micheff, M., y Pedrowicz, M. (2009). Estudio exploratorio: uso del debate cognitiva en terapia cognitiva-conductual. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 72-81. Recuperado de <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/12/12>
- Rapee, R. (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Rapee, R., y Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavioural Research and Therapy*, 35(8), 741-756. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Ruiz, M., Diaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. México: Desclee de Brouwer
- Toro, R, A. (2012). Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2), 118-125. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317460098_Terapia_cognitiva_para_fobia_social_consideraciones_desde_el_modelo_cognitivo_de_Beck

Vallés, A., Olivares, J., y Rosa, A, I. (2014). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. *Liberabit*, 20(1), 41-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68631260005>

Vidal-Fernández, J., Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 289-303. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230577137_Perspectivas_cognitivas_en_el_tratamiento_de_la_fobia_social_Estudio_de_un_caso_clinico.

ANEXOS

PRUEBAS

PSICOMÉTRICAS

PRE – TEST

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE LA VIDA (Arnold A. Lazarus)

Este cuestionario tiene por objetivo obtener un panorama amplio de su vida. En todo trabajo científico es necesario contar con registros, dado que estos permiten abordar los problemas en forma más completa. Llenando este formulario de la forma más detallada y precisa que pueda, contribuirá a facilitar su propio programa terapéutico. Se le pide que conteste estas preguntas de rutina por su cuenta, para no utilizar el tiempo dedicado a la consulta en la obtención de estos datos.

Es comprensible que a Ud., le preocupe lo que ocurra con la información sobre su vida, dado que muchos de estos datos son muy personales. Todo los informes de casos son estrictamente confidenciales. Ninguna persona fuera del terapeuta, podrá ver su informe sin su autorización.

Fecha 06 / 07 / 2014

1. Datos Generales.

Nombre Lori
Dirección Callao
Teléfono -
Edad 21 años Ocupación Estudiante

¿Quién lo derivó a la consulta psicológica?
Psiquiatría

¿Con quién vive en este momento? (enumere las personas)

1. Mamá (Juana)
2. Papá (Eduardo)

2. Datos clínicos

a) Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:

"Vengo a consulta porque he abandonado el ciclo del instituto, porque hace 1 año me preguntaron si había tenido enamorado, sentí que me estaban criticando nuevamente, por lo que empecé a evitar hacer preguntas y participar en clase, salía rápidamente de la sesión para no hablar con mis compañeros, dejé de asistir a clase y mi rendimiento académico disminuyó considerablemente."

b) Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente)

2013 - 5° sa. Bullying en colegio a raíz que rechazó a dos compañeros que querían salir con ella.
2014 - Casa porque ya no se encontraba expuesta al grupo.
2015 - Instituto: Preguntan si tuvo enamorado, Lori se siente criticada.

c) En la siguiente escala evalúe la gravedad de su/s problema/s

| Levemente Perturbador | Moderadamente Grave | ^x Muy Grave | Sumamente Grave | Totalmente Incapacitante |
|--------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|
|--------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|

d) ¿A quién consulto previamente acerca de su/s problema/s actual/es?

"Con mi mamá, quien me acompañó a psiquiatría y me derivaron a psicología"

3. Datos Personales:

a) Fecha de nacimiento 18 / 05 / 1996 Lugar de Nacimiento Callao

b) Condición de su mamá durante su embarazo (en la medida en que lo sepa):

Buena, acudió a todos sus controles y no presentó molestias.

c) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que haya tenido lugar durante su infancia:

| | | |
|------------------|------------------|---------------------|
| Terror Nocturno | Enuresis | Sonambulismo |
| Chuparse el dedo | Comerse las uñas | tartamudeo |
| Temores | Infancia infeliz | Infancia desdichada |

Otros: -

e) Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades

Buena salud, solo tuvo resfriados / infecciones pasajeras. Sin embargo, a los 5 años presentaba dolores de cabeza, pero eran causados por el esfuerzo para ver la pizarra, usó lentes y malistat ces

f) Estatura: Peso:

g) Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? (Enumérelas y especifique a que edad)
Ninguna

h) ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?

Hace meses por un resfriado

i) ¿Ha tenido accidentes?

No

j) Enumere sus cinco temores principales.

1. A que me critiquen
2. A que me vuelvan a molestar
3. Exponer
4. Hablar con desconocidos
5. Conversar sobre mi vida personal

k) Subraye cualquiera de los siguientes ítems que sea aplicable en su caso:

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Dolores de cabeza | Mareos | Desmayos |
| Palpitaciones | Problemas estomacales | Falta de apetito |
| Problemas digestivos | Fatiga | Insomnio |
| Pesadillas | Tomo sedantes | Conmociones |
| <u>Tensión</u> | Pánico | Drogas |
| Depresión | Ideas suicidas | <u>Timidez</u> |
| <u>Incapaz de relajarme</u> | Problemas sexuales | Incapaz de tomar decisiones |
| No me gusta los fines de semana, ni las vacaciones | Excesiva ambición | Malas condiciones en el hogar |
| <u>No puedo entablar amistades</u> | <u>Sentimientos de inferioridad</u> | Incapaz de divertirme |
| Problemas financieros | Problemas de memoria | <u>Dificultades de concentración</u> |

Otros:

l) Subraye cualquiera de las palabras que se aplique en su caso:

| | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|------------------|
| Inservible | Inútil | Un don nadie | La vida es hueca | Inadecuado |
| Estúpido | <u>Incompetente</u> | Ingenuo | No hago nada bien | <u>Culnabie</u> |
| Malvado | Moralmente | <u>Pensamientos</u> | Lleno de odio | Hostil |
| <u>Ansioso</u> | Incorrecto | <u>horribles</u> | No asertivo | Agresivo |
| Feo | Agitado | Cobarde | Con tendencia al pánico | Incomprendido |
| Repulsivo | Deforme | Poco atractivo | No querido | Conflictuado |
| <u>Aburrido</u> | deprimido | <u>Solo</u> | <u>Inseguro</u> | <u>Atractivo</u> |
| <u>Arrepentido</u> | Confundido | Desasosegado | <u>Inteligente</u> | |
| Seguro | Valioso | Comprensivo | | |
| | Considerado | | | |

Otros:

m) Intereses, hobbies y actividades actuales

Ver Tv, series y películas

n) ¿En qué ocupa su tiempo libre?

En leer o ver alguna serie o película
Durante un tiempo, salía a correr para desestresarme

o) ¿Cuál fue el último año que completo estudios?

5° Secundaria

p) Aptitudes estudiantiles; puntos fuertes y débiles

Promedio superior. Tenía buenas calificaciones en general, pero no me gustaba Educ. Física porque sentía que no era buena en deportes.

q) ¿Alguna vez se burlaron de usted o lo mangonearon?

En 5° sec dudaron que era gay por no haber tenido relaciones, esto hizo que haya constantes burlas, comentarios y gestos groseros.

r) ¿Le resulta fácil establecer amistades? ¿Las conserva?

Antes sí, conversaba con personas desconocidas sin tener miedo.

Ahora, no hablo ni con las personas que ya conocía, me he aislado y creo que ya no conservo su amistad.

4. Datos laborales:

a) ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

Asistente de contabilidad

b) ¿Qué tipo de trabajo desempeño en el pasado?

Ayudante en una cafetería

c) ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (En caso negativo exprese los motivos)

Sí, la jefa mostró apoyo ante problemática

d) ¿Cuánto gana? \$ 1000 ¿Cuánto gasta para vivir? 500 - 600

e) Ambiciones

Pasadas:

- Terminar una carrera técnica
- Apoyar económicamente a mis padres.

Presentes:

- Retomar clases del instituto
- Terminar tratamiento psicológico y psiquiátrico

5. Información Sexual:

a) Actitud de sus padres con respecto al sexo (por ejemplo, ¿hubo instrucción sexual o discusiones sobre el tema en su casa)

Mamá instruyó de forma general, pero ya tenía el conocimiento que había adquirido en el colegio.

b) ¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?

En el colegio, con amigas y en clases con los profesores

c) ¿Cuándo tomó conciencia de sus propios impulsos sexuales?

En la adolescencia

d) ¿Alguna vez sintió angustia o sentimientos de culpabilidad por actividades sexuales o masturbación?. En caso positivo por favor especifique.

No

e) Cualquier detalle significativo sobre su primera experiencia sexual o alguna posterior

Aún no ha mantenido relaciones sexuales

f) ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual? (en caso negativo por favor especifique)

-

g) Suministre información sobre cualquier reacción heterosexual (u homosexual) significativa que haya experimentado.

-

6. Menstruación

a) ¿A qué edad tuvo el primer periodo? 12 años aprox

b) ¿Estaba informada o fue un shock para usted? Sí, colegio y casa

c) ¿Es regular? No

d) Duración 1 semana aprox

e) ¿Tiene dolores? La mayoría de veces

f) Fecha de último periodo Hace 1 semana aprox

g) ¿La menstruación le afecta el estado de ánimo? No tanto

7. Matrimonio:

-

¿Cuánto tiempo hace que está casada?

¿Durante cuánto tiempo conoció a su actual cónyuge antes de comprometerse?

Edad de su esposa/o

Personalidad de su marido/esposa (en sus propias palabras)

¿En qué terrenos hay compatibilidad?

¿En que terrenos no hay compatibilidad?

¿Cómo se lleva con su familia política? (incluyendo cuñados y cuñadas)

¿Cuántos hijos tiene? Por favor enumere sexo y edad de sus hijos.

¿Algunos de sus hijos presenta problemas especiales?

¿Hay algún hecho importante que deba informar en relación con abortos espontáneos o provocados?

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior

7. Datos Familiares:

a) Padre Eduardo

¿Vive? Sí

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió? -

Causa de muerte: -

Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? 48 años

Ocupación Contador

Estado de salud Bueno, aunque siempre parece tenso por el trabajo

b) Madre: Juana

¿Vive? Sí

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió? -

Causa de muerte: -

Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? 47 años

Ocupación Ama de casa

Estado de salud Bueno, a veces tiene dolores de cabeza, pero son pasajeros.

c) Hermanos. -

Cantidad de hermanos: —

Edades: —

Cantidad de hermanas: —

Edades: —

Relaciones con sus hermanos:

a) Pasada:

—

b) Presente:

—

Describe la personalidad de su padre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Es caracterizado por ser una persona estricta y perfeccionista, y en algunos casos llega a ser crítico (sobre todo en el área académica). Sin embargo, al saber sobre su problemática, se mostró muy comprensivo y le dio todo su apoyo.

Describe la personalidad de su madre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Es en la que más confía, siempre ha sido protectora, suele tener un carácter tranquilo y busca la solución cuando se presenta alguna dificultad. Usualmente pasa tiempo con ella en casa.

¿De qué forma lo castigaban sus padres cuando era pequeño?

Quitando algún juguete o restringiendo horas de televisión

Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar (es decir, el hogar en que se crió. Mencione el grado de compatibilidad entre sus padres y entre padres e hijos).

Buen ambiente en general, mamá ha apoyado constantemente en todos los aspectos y papá, aunque era exigente, tiene un buen humor cuando no tiene la carga laboral.

¿Podía confiar en sus padres?

Más en madre.

Si tienen madrastra o padrastro, informe que edad tenía cuando se caso con su madre o su padre

—
Describe en pocas palabras su formación religiosa.

"En el colegio me enseñaron sobre el catolicismo, pero no lo sigo abiertamente".

Si no fue criado por sus padres, ¿quién lo tuvo a su cargo y entre que edades?

—
¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación etc.?

—
¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

Ambos padres.

¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un trastorno mental? Detalle.

Ninguno.

¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado aquí?

No

Describa cualquier experiencia aterradora o angustiante que no haya mencionado aún:

—
Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.

- Exponer
- Hacer algo y me estén mirando
- Hablar con desconocidos
- Ir a fiestas.
- Hablar temas personales

Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado.

- Cuando estoy sola o las personas no me prestan atención.

¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo: una rabieta, gritos o agresividad)?
En caso afirmativo, por favor detalle.

No

—
Por favor agregue cualquier información no solicitada en este cuestionario, que pueda ayudar a su terapeuta a comprenderlo y apoyarlo (utilice una hoja adicional si es necesario).

Autodescripción:

Por favor complete los espacios en blanco.

Soy... tímida

Soy... aburrida

Soy... incompetente

Soy... infeliz

Me siento... ansiosa

Me siento... con mucho miedo

Me siento... incapaz de hacer las mismas actividades

Me siento... tensa

Pienso... que debí pedir ayuda antes

Pienso... que he perdido la confianza en mí misma

Pienso... que se van a burlar de mí

Pienso... que los demás se darán cuenta si me pongo nerviosa

Quisiera... poder recuperarme

Quisiera... retomar mis clases

Quisiera... agradecerle a los demás

Quisiera... no ponerme tan nerviosa ante los demás

Utilice los espacios en blanco para dar una imagen de sí mismo, con una sola palabra, según describiría:

- a) Usted mismo : temerosa / ansiosa
- b) Su cónyuge (si está casado) -
- c) Su mejor amigo muestran apoyo y paciencia
- d) Alguien que no lo quiere. crítico / burlón

HOJA DE RESPUESTAS

INVENTARIO MILLÓN

MARQUE CON UN ASPA LA RESPUESTA (V=VERDADERO; F= FALSO)
 QUE MEJOR LE DESCRIBA A VD. Y A SU MANERA DE SER

| | V | F |
|---|---|---|
| 1 | X | |
| 2 | X | |
| 3 | | X |
| 4 | | X |
| 5 | X | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 26 | X | |
| 27 | | X |
| 28 | | X |
| 29 | | X |
| 30 | X | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 51 | X | |
| 52 | | X |
| 53 | X | |
| 54 | | X |
| 55 | X | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 76 | X | |
| 77 | | X |
| 78 | | X |
| 79 | | X |
| 80 | | X |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 101 | | X |
| 102 | X | |
| 103 | | X |
| 104 | | X |
| 105 | | X |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 125 | X | |
| 127 | | X |
| 128 | | X |
| 129 | X | |
| 130 | | X |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 151 | X | |
| 152 | | X |
| 153 | X | |
| 154 | | X |
| 155 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 3 | | X |
| 7 | | X |
| 6 | X | |
| 9 | | X |
| 10 | X | |

| | | |
|----|---|---|
| 31 | X | |
| 32 | | X |
| 33 | X | |
| 34 | X | |
| 35 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 56 | X | |
| 57 | X | |
| 58 | | X |
| 59 | | X |
| 60 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 81 | | X |
| 82 | | X |
| 83 | | X |
| 84 | X | |
| 85 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 106 | X | |
| 107 | X | |
| 108 | | X |
| 109 | | X |
| 110 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 131 | | X |
| 132 | X | |
| 133 | | X |
| 134 | | X |
| 135 | X | |

| | | |
|-----|---|---|
| 155 | X | |
| 157 | | X |
| 158 | X | |
| 159 | X | |
| 160 | | X |

| | | |
|----|--|---|
| 11 | | X |
| 12 | | X |
| 13 | | X |
| 14 | | X |
| 15 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 36 | | X |
| 37 | | X |
| 38 | X | |
| 39 | X | |
| 40 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 61 | X | |
| 62 | | X |
| 63 | X | |
| 64 | | X |
| 65 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 86 | | X |
| 87 | | X |
| 88 | X | |
| 89 | | X |
| 90 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 111 | | X |
| 112 | | X |
| 113 | X | |
| 114 | X | |
| 115 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 136 | | X |
| 137 | | X |
| 138 | X | |
| 139 | | X |
| 140 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 161 | | X |
| 162 | | X |
| 163 | X | |
| 164 | X | |
| 165 | X | |

| | | |
|----|---|---|
| 16 | X | |
| 17 | | X |
| 18 | | X |
| 19 | | X |
| 20 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 41 | X | |
| 42 | X | |
| 43 | | X |
| 44 | | X |
| 45 | X | |

| | | |
|----|---|---|
| 66 | X | |
| 67 | X | |
| 68 | | X |
| 69 | | X |
| 70 | | X |

| | | |
|----|--|---|
| 91 | | X |
| 92 | | X |
| 93 | | X |
| 94 | | X |
| 95 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 116 | | X |
| 117 | X | |
| 118 | | X |
| 119 | | X |
| 120 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 141 | | X |
| 142 | | X |
| 143 | | X |
| 144 | X | |
| 145 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 166 | X | |
| 167 | X | |
| 168 | | X |
| 169 | | X |
| 170 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 21 | | X |
| 22 | | X |
| 23 | | X |
| 24 | | X |
| 25 | X | |

| | | |
|----|---|---|
| 46 | | X |
| 47 | X | |
| 48 | | X |
| 49 | X | |
| 50 | | X |

| | | |
|----|---|---|
| 71 | X | |
| 72 | | X |
| 73 | | X |
| 74 | X | |
| 75 | X | |

| | | |
|-----|---|---|
| 96 | | X |
| 97 | | X |
| 98 | X | |
| 99 | X | |
| 100 | | X |

| | | |
|-----|--|---|
| 121 | | X |
| 122 | | X |
| 123 | | X |
| 124 | | X |
| 125 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 146 | | X |
| 147 | | X |
| 148 | | X |
| 149 | X | |
| 150 | | X |

| | | |
|-----|---|---|
| 171 | | X |
| 172 | | X |
| 173 | X | |
| 174 | | X |
| 175 | | X |

IDB - II

INVENTARIO DE
DEPRESION BECK
SEGUNDA EDICION
Por: Aaron T. Beck
Traducido y Adaptado por:
Máximo Brush C.

Subtotal Pag. 1: 9
Subtotal Pag. 2: 6
Puntaje Total: 15

No: 000143

Nombre: Lon Estado Civil: S Edad: 21a Sexo: F
Ocupación: Estudiante Educación: Secundaria completa Fecha: 17/07/17
Evaluado por: Rosa Acosta C.P.P.: _____ Fax: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

1. Tristeza

- No me siento triste.
- 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
- Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

4. Falta de Placer

- Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
- 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
- 2 Espero ser castigado(a) por la vida.
- 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mí persona.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
- 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
- No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
- 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
- Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
- 2 Quisiera matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- No lloro más de lo que solía llorar.
- 1 Llora más de lo que solía llorar.
- 2 Llora por cualquier cosa.
- 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 X Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- X No he perdido el interés en otras personas o actividades.
 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- X Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible.
 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- X Tengo tanta energía como siempre.
 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más que de costumbre.
 X Duermo algo menos que de costumbre.

- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
 2b Duermo mucho menos que de costumbre.

- 3a Duermo todo el día.
 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
 X Estoy más irritado(a) que de costumbre.
 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- X No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.

- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.

- 3a No tengo nada de apetito.
 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
 X No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- X No me canso o fatigo más que de costumbre.
 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- X Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración

Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango la depresión de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba

contáctese con el siguiente e-mail:

psichometrika@hotmail.com

STAI

A/E

A/R

PD = 30 + 11 - 15 = 26
 PD = 21 + 24 - 8 = 37

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Lori Edad 21 Sexo F
 Centro - curso / puesto - Estado civil S
 Otros Datos - Fecha 17/07/2017

A - E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrara unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | N | A | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro..... | 0 | 1 | X | 3 |
| 3. Estoy tenso..... | 0 | 1 | X | 3 |
| 4. Estoy contrariado..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto)..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 6. Me siento alterado..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 8. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 9. Me siento angustiado..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable..... | 0 | 1 | X | 3 |
| 11. Tengo confianza en mi mismo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasegado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido)..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado..... | 0 | 1 | X | 3 |
| 19. Me siento alegre..... | 0 | 1 | X | 3 |
| 20. En este momento me siento bien..... | 0 | X | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca
- 1 = A veces
- 2 = A menudo
- 3 = Casi siempre

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21. Me siento bien..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente..... | X | 1 | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado..... | 0 | 1 | X | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 30. Soy feliz..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 32. Me falta confianza en mi mismo..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 33. Me siento seguro..... | 0 | 1 | X | 3 |
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades..... | 0 | 1 | 2 | X |
| 35. Me siento triste (melancólico)..... | X | 1 | 2 | 3 |
| 36. Estoy Satisfecho..... | X | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 39. Soy una Persona estable..... | 0 | X | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado..... | 0 | 1 | X | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

POST – TEST

IDB - II

INVENTARIO DE
DEPRESION BECK
SEGUNDA EDICION
Por: Aaron T. Beck
Traducido y Adaptado por:
Máximo Brush C.

No: 000143

| | |
|------------------|---|
| Subtotal Pag. 1: | 1 |
| Subtotal Pag. 2: | 3 |
| Puntaje Total: | 4 |

Nombre: Lon Estado Civil: S Edad: 22 a Sexo: F
Ocupación: Estudiante Educación: Secundaria completa Fecha: 28/06/18
Evaluado por: Rosa Acosta C.P.P.: _____ Fax: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

1. Tristeza

- No me siento triste.
- 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
- 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
- He fracasado más de lo que debería.
- 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

4. Falta de Placer

- Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
- 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
- 2 Espero ser castigado(a) por la vida.
- 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

7. Auto-Desprecio

- Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
- 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
- 3 No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
- 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
- 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
- 2 Quisiera matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- No lloro más de lo que solía llorar.
- 1 Lloro más de lo que solía llorar.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

11. Agitación

- No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

-
- 1a Duermo algo más que de costumbre.
 - 1b Duermo algo menos que de costumbre.

-
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
 - 2b Duermo mucho menos que de costumbre.

-
- 3a Duermo todo el día.
 - 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
-
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
 - 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
-
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
 - 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
-
- 3a No tengo nada de apetito.
 - 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- Reciente, ante no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración

Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas. No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página. Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada. Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail: psichometrika@hotmail.com

STAI

A/E

A/R

PD = 30 + 3 - 23 = 10
 PD = 21 + 7 - 13 = 15

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Lon Edad 22a Sexo F
 Centro - curso / puesto - Estado civil S
 Otros Datos - Fecha 28/06/2018

A - E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | N | A | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mi mismo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasegado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

- 0 = Casi nunca
- 1 = A veces
- 2 = A menudo
- 3 = Casi siempre

| | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21. Me siento bien..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Soy feliz..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Me siento seguro..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Estoy Satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Soy una Persona estable..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA