



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

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

**PRESENTADA POR
LISETTE KATHERINE HUERTAS CERCADO**

**ASESORA
GLADYS IBONNI 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**

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

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

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

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

TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:
LISETTE KATHERINE HUERTAS CERCADO

ASESORA:
MAG. GLADYS IBONNI TORANZO PEREZ

LIMA – PERÚ

2018

*A Dios, mi fuente de vida,
El manantial que fuerza me da.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su amor por mí, por ir delante de mí, nunca fallar y ser quien me hizo entender que con Él, nada es imposible.

A mis padres, Marina y Pablo, por su apoyo en todo tiempo, como solo ellos lo saben dar.

A mis hermanos, Vadim, Giomar y Jimmy, por siempre formar parte de mis alegrías y logros personales.

A mi sobrina Alondra, por ser de bendición, permitirme aprender de ella y alegrar nuestros días familiares.

A mi asesora Gladys Toranzo Pérez, por sus enseñanzas, su confianza y quien con su vida me enseña que es ser un psicólogo clínico.

A mis amigas y colegas, por hacer los días de vida universitaria de inicio a fin, aún más divertidos.

A la persona, llamada paciente, motivo de este trabajo.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	ii
INDICE.....	iii
INTRODUCCION.....	iv
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....	8
1.1. ANSIEDAD.....	8
1.1.1. Antecedentes históricos.....	8
1.1.2. Definición y diferencias conceptuales.....	11
1.1.3. Diferencia entre ansiedad normal y patológica.....	13
1.2. FOBIA SOCIAL.....	14
1.2.1. Revisión histórica del diagnóstico.....	14
1.2.2. Epidemiología.....	16
1.2.3. Etimología, definición y tipos.....	21
1.2.4. Factores asociados a la Fobia Social.....	23
1.2.5. Descripción clínica.....	28
1.2.6. Criterios diagnósticos y diferencias.....	34
1.2.7. Modelos explicativos de la Fobia Social.....	40
1.3. MODELO: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	43
1.3.1. Antecedentes históricos.....	43
1.3.2. Principios del modelo.....	47
1.3.3. Principales representantes.....	48
1.3.4. Técnicas Cognitivas – conductuales.....	56

CAPITULO II: PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO.....	61
2.1. HISTORIA CLÍNICA.....	61
2.1.1. Datos de Filiación.....	61
2.1.2. Problema actual.....	62
2.1.3. Historia personal.....	65
2.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE.....	68
2.3. PERSONALIDAD.....	70
2.4. HISTORIA FAMILIAR.....	72
2.5. EXAMEN MENTAL.....	77
2.6. INFORME PSICOLOGICO.....	79
CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
PSICOTERAPEÚTICA.....	86
3.1. JUSTIFICACION.....	86
3.2. OBJETIVOS.....	87
3.3. METODOLOGIA.....	88
3.4. ANALISIS FUNCIONAL.....	89
3.5. SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.....	90
CAPITULO IV: RESUMEN, CONCLUSIONES Y	
RECOMENDACIONES.....	233
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	241
ANEXOS.....	251

INTRODUCCIÓN

Al hablar de ansiedad nos referimos a la reacción natural de alerta que tiene el ser humano frente a situaciones determinadas. Esta ansiedad se caracteriza por temor o incomodidad ante lo que el sujeto percibe como amenaza para su integridad física o psicológica.

Ahora bien, siendo ésta ansiedad significativa se trata de un problema para la persona aunque también para la sociedad; puesto que, conlleva a limitantes en el individuo en cuanto a las diferentes áreas de su vida; debido, a los bajos niveles de productividad y a los elevados gastos en el uso de servicios de salud mental, atención sanitaria y los costos de psicofármacos viéndose perjudicado el individuo a nivel personal y la estructura socio sanitaria de la que es parte.

Siguiendo la línea, el presente estudio se centra en la llamada Fobia Social la cual es considerada por el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (2013) como la tercera más frecuente entre los trastornos psiquiátricos de nuestro país con un 2.9%, precedido por el Episodio depresivo (7,0%) y el Trastorno de ansiedad generalizada (3,0%). Así también, diversos estudios han señalado que ocurre su aparición en población infantil y juvenil siendo uno de los trastornos más diagnosticados en esta etapa vital del ser humano pues en esta etapa se encuentran constantemente frente a la evaluación de sus grupos pares e intentan dar una respuesta adecuada y esperada socialmente; puesto, que al no hacerlo, provoca una baja estimación de su autoconcepto social y autoestima con

probables consecuencias en su desarrollo (García – López, Piqueras, Díaz – Castela e Inglés, 2008 citado por Safir 2014).

La fobia social trata de una ansiedad desproporcionada o temor acusado donde el individuo se anticipa o presencia diversas situaciones sociales en las cuales contempla que su comportamiento estaría siendo evaluado de forma negativa y teme actuar de manera que resulte humillante o vergonzosa frente a los demás. Autores como Buela y Sierra (2001) señalan que lo anteriormente mencionado se trata de un aprendizaje condicionado donde el individuo al encontrarse en situaciones sociales y con niveles de ansiedad tendrá respuestas de huir o escapar de estas situaciones con la finalidad de disminuir su malestar o incomodidad, viéndose este comportamiento reforzado cuando se encuentre frente a la situación temida; pese a que el sujeto reconoce y es consciente que su temor es irracional.

En este contexto, por las características anteriormente mencionadas la fobia social conduce a limitaciones a nivel personal, social y familiar; además, su aparición temprana se encuentra asociada al Trastorno evitativo de la personalidad y debido al curso del diagnóstico, su sintomatología intensa, suele generalizarse a distintos ámbitos encontrándose en alta comorbilidad con otros Trastornos neuróticos, García (2000) nos señala al trastorno de pánico, agorafobia o trastornos relacionados con el consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria o en su defecto con algunos trastornos del humor como episodios depresivos.

Por lo expuesto, podemos establecer que la fobia social demanda tanto de intervenciones tempranas como eficaces que evidencien cambios significativos en la persona. En esta misma línea, entre los tratamientos psicológicos existentes

con evidencia empírica para la fobia social destaca la Terapia Cognitivo Conductual, la cual mediante el uso de técnicas y modalidades clásicas de intervención clínica interviene en la modificación y reestructuración de pensamientos distorsionados, uso de instrucciones que guían el comportamiento del sujeto; el afrontamiento encubierto y exposición directa de situaciones temidas con la finalidad de reducir la ansiedad intensa que le produce y generar nuevas cogniciones más adaptativas; así como, la solución de problemas y prevenir posibles recaídas en el individuo.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 ANSIEDAD

1.1.1 Antecedentes históricos

La ansiedad no es una reacción reciente en el ser humano; de hecho, esta conducta surge desde épocas muy anteriores a la nuestra, cuando la capacidad del ser humano fue puesta a prueba y se vio obligado a experimentar respuestas defensivas como parte de su adaptación al entorno; sin embargo, ¿Qué o quién la desencadenó? Pues al parecer una de las necesidades primordiales del ser humano: El alimento; puesto que, ante la escasez o abundancia de este, el organismo del ser humano se vio forzado a regular su respuesta hormonal y tener la necesidad de realizar un esfuerzo físico para lograr la obtención de esta necesidad vital; que a su vez; le llevaría a atravesar nuevos desafíos y formas de concebir su existencia; así como la toma de decisiones siendo finalmente un recurso adaptativo para su supervivencia; sin embargo, en algún momento de este proceso, se pudo originar un desbalance entre las necesidades básicas y las impuestas dando una sobrecarga que consiguió afectar de manera progresiva diversos aspectos del ser humano.

A lo largo de la historia, la ansiedad ha ocupado la atención de un número de científicos, filósofos, artistas; entre otros, que han procurado brindarnos una explicación de la ansiedad y el desarrollo de sus intervenciones que lograrían resolver esta condición. Partiremos de las bases etimológicas de los términos ansiedad y angustia que derivan de la raíz indoeuropea *angh*, indicando a la ansiedad con el vocablo *anxietas* (estado duradero de medrosidad) y a angustia con la palabra *ango* (opresión o estrangulamiento), de las cuales como indica

Pichot (1999) citado por Sarudiasky (2013) eran usadas para referirse a significados distintos como estrechez, constricción e igualmente malestar o apuro; es justamente ello, lo que lograría causar la ambigüedad de significados en estos ambos términos. Más adelante en la historia, podemos destacar la influencia de la Psiquiatría francesa que hizo distinción entre vocablos como *anxiété* (malestar e inquietud del espíritu) y *angoisse* (sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud) y más tarde, la Psiquiatría española como nos señala Sandín y Chorot (1991) citado por Belloch, Sandín y Ramos (1995) determina la división entre ansiedad y angustia, como predominio de elementos psíquicos y predominio de elementos físicos, respectivamente. Aunque, en el Perú reconocidos autores (Perales, Zambrano, Mendoza y Vásquez, 2008) debido a los fenómenos subjetivos a los que se añade signos físicos eventualmente mensurables ambos términos son considerados como análogos.

Posteriormente, la concepción de la ansiedad ha ido de variación en variación frente a posturas filosóficas, culturales y de la ciencia, estableciendo diversidad de fundamentos; por ejemplo, los griegos tomaron la palabra ansiedad como *anesuchia* cuyo significado era “sin calma” y los romanos siguieron con el uso de la palabra *anxietas* refiriéndose a una etapa duradera de medrosidad.

Seguidamente, en los años 50, la postura científica se veía direccionada al estudio de la Esquizofrenia, de modo que tenía como finalidad centrarse en criterios clínicos que lograra un consenso entre psicólogos y psiquiatras; por lo que en 1952, la psiquiatría norteamericana surgió el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), siendo su primera edición el DSM – I y su segunda versión publicada 16 años después, logró agrupar los trastornos asociados con la ansiedad como “Trastornos psiconeuróticos”; luego, el término

de ansiedad se logra incluir en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su edición número 7 (CIE – 7); más tarde, Lang formuló la Teoría Tridimensional de la ansiedad donde establece que las emociones se manifiestan en reacciones agrupadas en 3 categorías: Cognitiva, fisiológica y motora, habiendo alta variabilidad en la reacción de cada persona; después, en los años setenta Wolpe dio un aporte importante ya que indicó que la ansiedad era una respuesta autónoma de un determinado organismo producto del aprendizaje en la adquisición y mantención de la ansiedad. Ya en los años 80, se publica la tercera edición del DSM; aunque, en esta versión se rompe con la tradición de supuestos anteriores al descartar la “neurosis” y lo reemplaza por las siguientes categorías: Trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos disociativos. Una década después, destacó la publicación del CIE – 10 (1992) el cual agrupa bajo la denominación Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; Valdés y Flores (1990) citado por Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) explica que la ansiedad es un estado emocional que se da por sí solo o en adición a los estados depresivos y síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa al adaptarse.

Por último, desde el año 2000, se han conseguido mayores acercamientos a través de las investigaciones realizadas en torno a la ansiedad y en relación con otras patologías. Algunas de las últimas investigaciones han sugerido que las personas ansiosas presentan una predisposición a padecer de ansiedad debido a las diferencias en la anatomía de pequeñas áreas de su cerebro; puesto, que en estas personas existe un mayor volumen de sustancia gris encefálica en áreas de la amígdala y el hipocampo que justamente son áreas que también se activan ante estímulos externos que lo provocan causando una respuesta

desproporcionada antes vivencias que perciben como tensas o peligrosas y siendo más propensos a no poder controlar la ansiedad ante estas situaciones (Barrós – Loscertales et al. 2006). Así también, otros estudios señalan que un predisponente para la fobia social son el alto nivel de introversión y neuroticismo (Bienvenu, Hettema, Neale, Prescott y Kendler, 2008). Siguiendo la línea en nuestro país, en el año 2013, se han realizado estudios epidemiológicos que trataremos más a profundidad en las siguientes páginas.

Por lo tanto, quizás la ansiedad de la que hablamos siga siendo similar a la que experimentaban nuestros antepasados; aunque en nuestros días con un cambio en los estímulos, eventos y ambiente en el cual operamos, siendo ésta, reguladora y necesaria puede llegar a transformarse en desagradable, incluso el considerarse una patología clínica si acomete nuestro funcional desempeño y se produce en contextos inadecuados.

1.1.2 Definición y diferencias conceptuales

Al hablar de ansiedad nos encontramos frente a una de las principales conceptualizaciones investigadas en el ámbito de la salud mental; aunque, muy estudiada también ha servido de sinónimo para referirse a otros términos como angustia, estrés, entre otros; por lo tanto, a continuación veremos que se entiende por ansiedad y sus diferencias con otros términos conceptuales:

La ansiedad según el Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo se refiere a: *“...un estado emocional transitorio como una causa subyacente de determinadas conductas, un instinto o impulso, una respuesta situacional, un rasgo de personalidad, un síntoma de entidades clínicas variables o un trastorno psiquiátrico definido”.* (Alarcón, 2008, p.202)

Hay autores que diferencian entre la *ansiedad* y la *angustia*, como López – Ibor, 1969, citado en Sierra 2003, que destaca a la ansiedad como la presencia de síntomas psíquicos, sensación de ahogo y peligro inminente, que se presenta como reacción de sobresalto y un mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar las amenazas en comparación a la angustia y finalmente el fenómeno es percibido con mayor nitidez. En cuanto, a la angustia, postula que existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno llega a atenuarse; sin embargo, en nuestra actualidad, resulta intrincado mantener dichas diferencias; ya que cuando hablamos del concepto de ansiedad , este agrupa tanto los síntomas psíquicos (o cognitivos) como los físicos (o conductuales); de igual manera, en el DSM – IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos) el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia, donde entre otras característica resalta las crisis de angustia. (American Psychiatric Association, 1994 citada por Sierra et al. 2003)

Siguiendo la línea, otros autores como Belloch, Sandín & Ramos (2009) diferencian la *ansiedad* y el *miedo*, ya que determina que el miedo se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad no; es decir, que la ansiedad trataría de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible.

En cuanto a la *ansiedad y el estrés* Martínez – Otero (2014) precisa que la ansiedad señala a una experiencia interior de inquietud y desasosiego carente de objeto; en cambio, refiere que el estrés puede reservarse para designar una sobrecarga emocional que se produce por una fuerza externa prolongada que pone al sujeto en agotamiento.

Es este sentido, entre la *ansiedad* y *fobia*, siendo la ansiedad una respuesta adaptativa del individuo frente a cualquier evento amenazante, no realizando necesariamente conductas de evitación o escape en respuesta a tales situaciones; en cambio, en la fobia existe un temor acusado y persistente, excesivo e irracional que se desencadena ya que el sujeto se anticipa o está presente el objeto o situación temido (volar, comer, etc), y la exposición provoca una respuesta inmediata de ansiedad y a diferencia de la ansiedad; propiamente dicha, si produce en consecuencia conductas de evitación y escape.

1.1.3 Diferencia entre ansiedad normal y patológica

Si bien la ansiedad a acompañado al hombre a lo largo de su existencia, ¿Cuándo esta deja de ser saludable y se convierte en patológica para el ser humano?, algunos autores (Vallejo, 2006; Palomo, 2009) coinciden en que la *ansiedad saludable* forma parte de la vida de todo ser humano, esta puede explicarse a nivel cuantitativo y cualitativo puesto que hay un estímulo que lo desencadena y es adaptativa; a diferencia de la *ansiedad patológica* que se produce de manera desproporcionada al estímulo que la produce y resulta desadaptativa para el sujeto; así también, Ey (como se citó en Vallejo, 2006) establece algunos puntos que distinguen a la ansiedad normal de la patológica, pues esta segunda, tiene como característica que es anacrónica, refiriéndose a que puede llevar al individuo a revivir situaciones pasadas; también, se caracteriza por ser fantasmagórica, lleva este nombre debido a que su origen no es real sino es la representación imaginaria de un conflicto en el inconsciente del sujeto y finalmente es estereotipada o repetitiva, ya que se encuentra interiorizado en el carácter del individuo. En efecto, podemos concluir que la ansiedad patológica, es más corporal, limitante y desproporcionada puesto que mantiene al

individuo en un estado de alerta, lo cual, puede hacer disminuir su funcionamiento en sus diversas áreas; en este punto Spielberger (como se citó en Vallejo, 2011) nos propone a la ansiedad patológica como estado y como rasgo; indicando que ambas pueden esbozarse en la misma persona; es así, que nos indica que la ansiedad estado involucra una situación actual afectiva; en otras palabras, indicando el presente; entre tanto, la ansiedad como rasgo enfatiza la tendencia del individuo a responder de manera ansiosa, disponiéndola como una variable de la personalidad neurótica.

1.2 FOBIA SOCIAL

1.2.1 Revisión Histórica del diagnóstico

A pesar que la fobia social fue incluida con esa nomenclatura a finales del siglo pasado, antes ya se usaba este término en algunos de los textos de autores como Burton (1845) en su obra “La Anatomía de la Melancolía” describe a un paciente de Hipócrates diciendo “Es más que una timidez, suspicacia o temerosidad. No se atreve a estar con otras personas por el miedo a que va a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla, y teme que va a ser deshonrado ante los demás. Piensa que cada persona le observa (p.253). Dentro de este marco, recién a principios del Siglo XX, en Europa fue introducido el termino Fobia Social por Janet (1903) a fin de argumentar teoría de las regresiones funcionales, que trataba acerca de pacientes que manifestaban miedo a hablar en público, escribir mientras les observaban o tocar el piano; sin embargo, el término adquirió notoriedad hasta la clasificación de Marks, en 1969 donde señala cuatro tipo de fobias: Fobia a los animales, fobia específica, agorafobia y fobia social. (Vallejo, 2011).

Aún cuando, ya existían algunos datos de este trastorno en el siglo pasado no fue hasta 1980 que se incluyó en la publicación del DSM – III, donde se estipula que es el trastorno con mayor prevalencia en poblaciones occidentales y norteamericanas; así también, aquí la fobia social como nos determina Piqueras (2005) era considerada un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos; aunque, no tenían que cumplir los criterios para el Trastorno de personalidad por evitación (TPE) pues este último, se caracterizaba por el miedo a las relaciones interpersonales antes que sentirse avergonzado (o humillado) en situaciones sociales específicas.

Pese a ello, más adelante, al obtener evidencia científica se reveló que una alta proporción de sujetos con FS temían a más de una situación social; por lo tanto se dio la categoría en el DSM- III – R el subtipo generalizado, explicando así, que se refería a sujetos que atravesaban la ansiedad en la mayoría de situaciones sociales con el criterio de dificultades en lo socio laboral; así también, esta categoría se mantuvo en el DSM – IV. (Hazen y Stein, 1995 citado por Piqueras, 2005).

Lo tratado, fue en cuestión del Manual de DSM; sin embargo, en 1992 en el país de Europa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye por primera vez en el CIE – 10, la ansiedad social como categoría diagnóstica independiente de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, ya que en el anterior CIE - 9 solo se hablaba de trastornos fóbicos.

Ballenger et al. 1998, citado por Zubeidat (2005) consideró una nueva denominación para este trastorno, llamada trastornos por ansiedad social, teniendo como criterio la limitación exclusivamente a situaciones de tipo social y

sintomatología como acalorarse o ruborizarse, asociado con un nivel elevado de insatisfacción en la vida del paciente, siendo los eventos de interacción social o laboral como provocadores del trastorno; por lo cual, el factor cognitivo tiene importancia en estos eventos.

Entre los últimos aportes, el interés de la comunidad científica se ha centrado en el tema de la denominación del trastorno; puesto que el DSM – IV y el DSM – V, lo denomina Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y Fobia social (FS) sin que exista diferencia; sin embargo, en la actualidad se tiende a usar el TAS. Por lo tanto, dicho dato resulta importante aclarar ya que podría ocurrir que la FS de manera implícita categorice al de TAS, como si este fuera un tipo de fobia simple; corriendo así, el riesgo de minimizar la cronicidad y grado de deterioro severo que posee (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers y Stein, 2000; Moutier y Stein, 1999 citado por Piqueras 2005).

Como conclusión, poder destacar que el constructo fobia social pese a las modificaciones planteadas a lo largo del tiempo se ha mantenido su característica principal: El miedo o temor a ser enjuiciado negativamente por parte de otras personas en situaciones sociales (Safir, 2014).

1.2.2 Epidemiología

Edad de comienzo y curso

La mayoría de estudios destaca que el momento evolutivo en que la fobia social suele dar *comienzo* es en la adolescencia media (15 años) siendo común la existencia de antecedentes como timidez o inhibición social y características como temor a la evaluación negativa, reacciones ansiosas y

la evitación - escape de las situaciones sociales; que pueden hacer su aparición de forma brusca tras una experiencia estresante o humillante; aunque, lo habitual es que se desarrolle de forma más lenta en respuestas a varios tipos de experiencias. Con respecto al *curso*, algunos autores señalan que al no obtener un tratamiento eficaz hay una evolución en el tiempo entre la fobia social específica, fobia social generalizada y el trastorno de personalidad evitativa; aunque Olivares Rosa y Sánchez (2004) nos muestra que otros autores consideran que estos trastornos son diferentes en su composición y que por lo tanto, requiere de un distinto abordaje.

Datos según género y la cultura

La mayoría de datos sugieren que existe una inclinación del padecimiento en mayor número al género femenino, que viven solas y poseen menos ingresos y estudios que aquellos sin el trastorno (Schneier y cols., 1992; Wells y cols., 1994 citados por Stein y Hollander 2010); no obstante, entre las muestras de pacientes en el marco clínico, el porcentaje de los varones con un diagnóstico de FS iguala o supera al de las mujeres, llegando a un porcentaje de 48 – 60% (Beidel y Turner, 1998; Mannuzza et al., 1990; Stein, 1997; Turk et al. 1998 citado por Piqueras 2005). En consecuencia de esta discrepancia entre los datos, se señala que la variable cultural resulta relevante pues se puede analizar estos datos debido a que la distribución de los roles está cambiando, donde se espera que el hombre asuma un papel más activo, en cuanto a que sean ellos quienes inician una conversación con el sexo opuesto, manifiesten mayores ambiciones personales u ocupen puestos de responsabilidad, mientras que aun un número de mujeres desempeña su actividad en su propio domicilio, por lo que la FS puede interferir en menor medida a la población femenina en su vida cotidiana; y por lo

tanto, no solicitar tratamiento psicológico; esto ayudaría a entender la menor prevalencia de mujeres con FS en las poblaciones clínicas (Piqueras, 2005).

Así también, se puede apreciar que se presentan tasas de prevalencia similares en cuanto a fobia social en los países occidentales en comparación con países del este de Asia como Taiwán y Corea del Sur pues sus tasas son más bajas, lo cual resulta de extrañeza ya que se conoce la aparición de un patrón alto de ansiedad social en la zona del Japón, llamado “*Taijin-kyofu-sho*” que señala a un miedo persistente a causas alguna ofensa o daño a otros, colocándolos en una posición de humillación debido a alguna incapacidad o inadecuación personal (Chapman et al. 1995, citado por Clark y Beck, 2012). Al respecto, Chang, 1997 citado por Stein y Hollander (2010) señala que este es un patrón cultural, ya que refleja la naturaleza “Orientada al prójimo” de algunas sociedades del este de Asia; del mismo modo, que la fobia social exhibe la naturaleza “egocéntrica” de las sociedades occidentales.

Así mismo, se puede resaltar que existen variables de la fobia social que pueden diferir de unas culturas a otras, como en un estudio comparativo que se realizó en una muestra americana, sueca y australiana, encontrando que la muestra sueca precisa mayor temor a comer y beber en público, escribir en público, hablar con figuras de autoridad. Por otro lado, en estudios realizados en muestras chinas destacan que la vergüenza posee un rol mediador que se configura más intenso en comparación con muestras americanas (Zhong et al., 2008 citado por Clark y Beck, 2012).

Prevalencia

Estudios epidemiológicos establecen que la fobia social suele dar comienzo en la adolescencia media (Olivares, Rosa y Sánchez, 2004). Así también, en cuanto a su prevalencia existe evidencia empírica situada entre un 5% y un 12,06% en adolescentes donde el malestar que genera la fobia social influye en el crecimiento personal como académico de quien lo padece. (Inglés et al, 2008 citado por Fernández, Aparicio, Granados, Aparisi e Inglés, 2018). Además, autores como Turner, Beidel, Cooley et al., 1994 citados por Sánchez, Rosa y Olivares (2004) determinan una prevalencia en la clínica del 60 – 70% del total de pacientes tratados con diagnóstico de fobia social generalizada.

A nivel mundial, se sostiene que después de la depresión mayor y el alcoholismo, la fobia social es uno de los tres trastornos más frecuentes en poblaciones clínicas y comunitarias, teniendo una tasa de prevalencia entre los 3% y el 13%, lo cual resulta de preocupación por las repercusiones en la salud física, la presentación de trastornos comórbidos y el ajuste social (Beidel y Turner, 2005 citado por Olivares - Olivares, Montesinos, Rosa, Maciá y Amorós, 2015).

En cuanto a América Latina, específicamente en México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizó estudios en el año 2003 donde concluyó que la fobia social afecta al 4,7% de la población. Asimismo, entre los años 2011 y 2012 en Colombia (Medellín) la prevalencia fue de 4,07%, siendo el género femenino predominante con un 4,45% y el género masculino en 3,47%. Así también, en el año 2005 en Brasil, se obtuvo de un estudio según los criterios del CIE – 10 de DSM – III R prevalencia similar a las mencionadas, pues dio como resultado un 4,7% y 7,9% respectivamente; así como, en otro estudio realizado en Brasil en el 2005, se obtuvo una prevalencia de 7,8% teniendo entre

mujeres de 12 y 15 años de edad una mayor prevalencia. (Muñoz y Alpizar, 2016).

Del mismo modo, en Perú, según el último Estudio Epidemiológico en Salud Mental (2013) de Lima Metropolitana y Callao constata una prevalencia de trastornos psiquiátricos, situándose la fobia social como el tercero más frecuente con un 2,9% en la población adolescente, siendo en mujeres adolescentes un 3,9% y en hombres adolescentes 1,8%; en cuanto a la población adulta, se encuentra una prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en general de 10,5%, en específico el género masculino en 8,1% y el femenino en 12,6%, en referencia a la fobia social se encuentra una prevalencia de vida de 2,2% en ambos géneros, siendo en hombres un 2,0% y en mujeres un 2,4%. (Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2013).

Comorbilidad

La fobia social reconocida por varios investigadores como el tercer trastorno psicológico más frecuente en países occidentales; además, la fobia social se asocia habitualmente con el Trastorno de Personalidad Evitativa, tanto que de las personas diagnosticadas con fobia social de tipo generalizada, el 60% reciben también un diagnóstico de TPE. (Marteindottir, Furmark, Tillfors, Fredikson y Ekselius, 2001 citado por Piqueras 2005).

Al respecto, diversos estudios afirman que la fobia social presenta comorbilidad con Trastornos psiquiátricos, siendo los más comunes: El trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad (Agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica); de igual modo, su relación con el trastorno relacionado a sustancias y con trastornos de conducta alimentaria. Cabe destacar

que en la mayoría de estudios señalan que la fobia social precede a los trastornos del estado del ánimo entre el 70% y el 80% de los casos (Kessler et al., 1999 citado por Olivares, García – López y López – Gollonet, 2003); algo similar ocurre con los trastornos de conducta alimentaria y en el abuso del consumo de alcohol entre un 25% y el 94% de casos donde la fobia social precede (Lydiard et al., 1992 citado por Olivares et al. 2003).

Por otro lado, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental (2013) precisa que adolescentes de Lima Metropolitana y Callao que se encuestaron afirmaron experimentar estados de tipo emocional como nerviosismo (10.1%), tensión (9.3%), inquietud (12.2%), sentimientos de angustia (7.3%) y tristeza (8.0%).

En cuanto al tratamiento, Olivares et al. 2003 destaca diferencias puesto que esboza que los que posiblemente más soliciten tratamiento son el género masculino y que en tanto, al consumo de fármacos el 13% de los sujetos admitieron medicación.

1.2.3 Etimología, definición y tipos

La fobia social etimológicamente deriva de fobia como Fobos (phobos) que representa al temor y al sufijo –ia que significa “cualidad”.

Autores como Zubeidat (2005) proponen que la fobia social es un temor exagerado antes situaciones sociales en el que la persona puede ser evaluada por los demás y que esto le conlleva a sentirse avergonzada.

Para Caballo (2011) según el DSM – IV (APA, 1994) la define como un temor marcado y persistente a una o más interacciones sociales donde la persona se ve expuesta a personas desconocidas o al escrutinio de estas, siendo su temor el actuar de un modo o que otros vean sus síntomas de ansiedad y que esto sea

humillante o vergonzoso, lo cual provoca en la persona una respuesta inmediata de ansiedad. La persona reconoce que su temor es intenso y absurdo; sin embargo, tiende a evitar o experimentar ansiedad en estas situaciones, lo cual interfiere con su vida cotidiana y le produce considerable malestar.

Hasta el momento, podemos ver que una característica que destaca en el cuadro es la presencia de *un temor o miedo intenso al escrutinio de la gente* y que esto sea *embarazoso o humillante* que los haga ser *evaluado negativamente*, donde el nivel de ansiedad varía y depende de cuán próximo el individuo se encuentre del objeto y sus posibilidades de escapar, incluso antes de la presencia del estímulo fóbico; por lo tanto, la ansiedad es anticipada al objeto lo que provoca que *evite* la situación temida.; pese a que considera su *temor como excesivo y poco razonable*. (Martín, 2012 citado por Alcalaico, 2012).

Seguidamente, Bados (2015) basándose en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) señala a la FS como el miedo a ser criticado por otras personas de un grupo relativamente pequeño, acompañado de la preocupación por los cambios fisiológicos que se suscitan en la persona (como ruborizarse, temblar, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, etc.) que lo preparan para la defensa o huida. Podemos destacar que bajo esta definición, la atención se centra en el evento amenazador por encima de otras cuestiones y que se agregan cambios que se dan como resultado del aumento en la actividad simpática del individuo (como temblores, necesidad imperiosa de micción, náuseas, etc).

Por otro lado, a lo largo del estudio de la fobia social se ha podido determinar dos subtipos; Belloch et al. (1995) nos señalan a la FS *generalizada* caracterizada por implicar el miedo a la mayoría de las situaciones sociales (como

conversaciones, hablar con autoridades, asistir a reuniones sociales, etc.) donde puede incluirse la posibilidad que exista un trastorno de personalidad de evitación; por otro lado, tenemos a la FS *restringida* caracterizada por ser circunscrita a situaciones *específicas*; por ejemplo, escribir a otras personas, comer frente a otros, etc.

1.2.4 Factores asociados a la Fobia social

A continuación, abordaremos los diversos factores que se encuentran asociados a la Fobia Social, dividiéndolo en 3 grupos como: Factores predisponentes (Familiares, evolutivos, variables de personalidad), factores neurobiológicos (Bases genéticas, biológicas y neuroendocrinas) y factores de aprendizaje (Déficit de habilidades sociales, ansiedad condicionada e inhibición de respuesta) para una mejor comprensión.

Factores predisponentes

- Familiares

Entre las variables de vulnerabilidad, podemos ver algunos antecedentes familiares como la influencia de los padres en sus estilos de crianza caracterizados por la sobreprotección excesiva, restricciones o control parental, escaso contacto social, poca calidez, inducción a la vergüenza y la fobia social en niños. Al respecto, Parker 1979, citado por Piqueras (2005) sugiere que cuando ha existido en la infancia del niño; estas conductas parentales contribuyen en el niño a que tenga inconvenientes al relacionarse socialmente, posea menor

confianza en sí mismo y sea proclive a sentir temor de la evaluación negativa por parte de los demás; así como ser candidato de Fobia social en la niñez.

Así también, determinados *acontecimientos* en la infancia y la adolescencia como la aparición de enfermedades con consecuencias en el aspecto físico (acné, cojera), ser hijo único, ser rechazado por iguales puede llegar a tomar un papel significativo en la aparición de la FS (Brunch, 1989 citado por Sierra et al. 2005).

Además, la FS en el género masculino cuando ha habido *ausencia de padres o de personas de confianza* en su infancia está asociada a un nivel elevado de riesgo de FS. En cambio, en el caso del género femenino, se asocia más a *conflictos parentales* a lo largo de su vida, abuso físico por parte del padre y manía maternal (DeWit et al. 2005 citado en Sierra et al. 2005).

- Evolutivas

Entre los aspectos evolutivo de influencia en la FS tenemos las *demandas sociales* (delegación de responsabilidades por parte de los padres, tareas sociales) que surgen al inicio de la adolescencia y producen en el adolescente presión y mayor conciencia de su propia apariencia y la evaluación de los demás en su proceso de socialización.

- Variables de personalidad

Del mismo modo, puede existir una vulnerabilidad en el temperamento como la *inhibición conductual*, que se da inicio en los primeros años de vida donde el infante tiende a evitar situaciones sociales novedosas, haciéndolo predispuesto a distintos Trastornos de ansiedad, incluida la FS. Estudios de Kagan y Cols. Citados por Estañol, Márquez – Caraveo y Albores – Gallo, 2003) señalan a sub

grupos de niños que tienen comportamientos tímidos cuando se encuentran en entornos no conocidos y desafiantes mostrándose menos hábiles para hablar, menos exploratorios y se notó un incremento en la frecuencia cardiaca.

Así también, Cohen (2004) nos indica que sujetos con fobia social en su mayoría poseen un temperamento ansioso y socialmente retraído lo que los hace ser más sensibles a la crítica o rechazo; así mismo, tienden a tener mayores dificultades en mostrarse enérgicos, poseen sentimientos de inferioridad y autoestima baja.

Además, diversos estudios postulan que las variables de la personalidad como un *alto nivel de neuroticismo e introversión* se encuentran asociadas a la fobia social. En un estudio acerca de las dimensiones de extraversión y neuroticismo con sujetos con Fobia social generalizada, fobia social específica y un grupo control, dio como resultado que los sujetos con FSG versus grupo control evidenciaron puntuaciones más bajas en extraversión y altas en neuroticismo; a diferencia de los resultados en este mismo estudio en sujetos con fobia específica versus grupo control no se hallaron diferencias considerables en extraversión, en cambio, si se halló un nivel mayor de neuroticismo en FSE. Finalmente, entre FSG versus FSE se obtuvo diferencia significativa ya que hubo un mayor nivel de neuroticismo y menor nivel en extraversión que los de FSE. (Stemberger et al. 1995 citado por Sánchez et al. 2004).

Factores neurobiológicos

- Bases genéticas

A pesar que aún existe pocos datos en cuanto a este punto, existen datos como propone Palomo (2009) que apuntarían a que hay una mayor probabilidad

de sufrir fobia social en *familiares de primer grado* de los pacientes con fobia social generalizada; así también, autores como Reich & Yates, 1988 citado por Zubeidat (2005) determinan que en estudios con grupos comparativos se halló una mayor predisposición genética en familiares de pacientes con Fobia social, que en familiares de pacientes diagnosticados con trastorno de pánico y parientes de sujetos del grupo control que no han sufrido ningún trastorno.

En otros estudios, se encontró que el componente genético es una posible variable de importancia en la *timidez*, ya que en un estudio con gemelos monocigóticos se muestra mayor concordancia con la timidez que los dicigóticos; aquí, proponen dos tipos de timidez: una “medrosa” pues su origen es temprano y otro “Introspectivo (o autoconsciente) que se da en la adolescencia. De ello, se pudo concluir que la timidez produce incomodidad en situaciones sociales determinadas, preocupación y evitación o activación vegetativa. (Stein y Hollander, 2010).

Cabe resaltar, que en el aspecto tanto de estudios con parientes de pacientes diagnosticados como en gemelos se sustenta el aporte hereditario en la fobia social como resultado de factores genéticos y medioambientales que interactúan entre sí.

– Bases biológicas

En canto a las bases biológicas, tenemos como información que el sistema nervioso autónomo al ser estimulado produce ciertos síntomas; entre ellos, tenemos a los respiratorios como la taquipnea, gastrointestinales como la diarrea, cardiovasculares como la taquicardia y musculares como

las cefaleas. Siguiendo esta línea, Sadock y Sadock (2012) manifiesta que los que padecen de trastornos de ansiedad poseen un aumento del tono simpático, no se adaptan con facilidad a los estímulos repetidos y por el contrario, responden excesivamente a los estímulos moderados.

Por lo tanto, como hemos visto en el apartado anterior, la activación del sistema nervioso autónomo y somático en términos de ansiedades cumple un rol importante; ahora, adentrándonos específicamente en la fobia social, este funcionamiento depende del subtipo de fobia social a la que hagamos mención. En el caso de la Fobia social Generalizada se tiende a asociarla con una hiperactividad simpática; en cambio, a la Fobia Social Específica se la asocia con elevadas reacciones autónomas como el incremento de la presión sanguínea, cardíaca, etc; cuando el individuo esta frente a un estímulo fóbico.

- Neuroendocrinas

Los aportes consideran que los diversos cambios psicofisiológicos y neuroendocrinos que se encuentran en relación con la manifestación de la fobia social serían secundarios a alteraciones de los neurotransmisores del sistema nervioso central. Así también, se destaca el rol del neurotransmisor GABA (ácido gamma - amino butírico) encargado de controlar el miedo y la ansiedad. En esta línea, Belloch, Sandín & Ramos 2009) señalan que tanto la ansiedad como la depresión se encuentran ligadas a la vía serotoninérgica, encontrándose en contraste, siendo la ansiedad un trastorno de exceso y la depresión por su parte, un trastorno con déficit en la vía serotoninérgica.

Factores de aprendizaje

- Déficit de habilidades sociales

Se considera que un menor desempeño en las habilidades sociales sería consecuencia de que el niño no contaría con disponibilidad de modelos adecuados, habría una inadecuación en el proceso sociabilizador y condiciones de aislamiento social que le dificultan la oportunidad de exponerse a situaciones sociales o no tener consecuencias positivas por sus conductas prosociales. Lo mencionado, ocurre puesto que la actitud tímida puede influir en el niño una percepción negativa de su propia competencia, lo cual puede llevarlo a interactuar menos con niños de su edad y así restringirse al adquirir habilidades sociales y lograr mejorar su adaptación en situaciones de interactuar con los demás; ello haya que su ansiedad sea más elevada cada vez que se encuentre frente a esta situación siendo no exitoso su desempeño, llegando a usar como estrategia la evitación y/o escape para librarse de posibles burlas, exclusión de grupo etc, lo cual hace que su fobia social se mantenga. (Piqueras, 2005). Así también, el uso del internet en adolescentes con este trastorno, sería un factor que reduce el contacto cara a cara, lo cual podría llevar a que ocurra un mayor aislamiento social y peor ajuste psicológico. (Bados, 2009).

1.2.5 Descripción clínica y pautas diagnósticas

Como diagnóstico, tenemos que la fobia social es un miedo intenso al estar en situaciones sociales donde la persona teme el ser evaluada negativamente y que esto pueda resultarle vergonzoso, siendo objeto de burla. Entre los componentes que abarcan el trastorno tenemos los *cognitivos*, como el contenido del pensamiento esta mayormente relacionado a que la persona diagnosticada posee una visión catastrófica de sus competencias, evidenciando temor a ser humillado o hacer el ridículo; así

también, están presentes los bloqueos cuando se encuentra frente a cualquier situación social donde esté siendo evaluado. En cuanto al componente *fisiológico*, vemos respuestas como un incremento en la frecuencia cardiaca, mayor sudoración, entre otros. Así también, el componente *conductual*, como el evitar (contacto visual, dejar de asistir, hablar en público, evitar asistir a reuniones sociales, etc.). Cabe destacar, que la evaluación negativa, produce en quien lo padece un malestar significativo; por lo tanto, es necesario identificar que síntomas sobresalen y cuales según las investigaciones son de mayor frecuencia en los sujetos. (Buela y Sierra, 2001). Siguiendo la línea, Bados (2009) señala que existen ciertas situaciones más frecuentes ante las cuales las personas con Fobia Social, se enfrentan y temen:

- Las intervenciones públicas: Hablar y/o actuar en público, intervenir en grupos pequeños y exponer.
- Las interacciones informales: Iniciar, mantener y terminar conversaciones (especialmente con desconocidos), unirse a una conversación, hablar de temas personales, hacer cumplidos, relacionarse con el sexo opuesto, hacer demostraciones de afecto, asistir a fiestas, conocer gente nueva, llamar a alguien por teléfono y recibir críticas o halagos.
- Las interacciones asertivas: Pedir a otros que cambien su comportamiento molesto, realizar un reclamo, devolver un producto, hacer o rechazar peticiones, expresar desacuerdos, mantener las propias opiniones, interactuar con figuras de autoridad.
- Ser observado: Comer, beber, trabajar, escribir delante de otros, entrar a un sitio donde ya hay gente sentada (transporte público, el aula), ser el centro de atención como en una fiesta con amigos.

A continuación veremos, que Caballo, Salazar y Carrobles (2014) indican que se encuentra presente tres sistemas de respuesta en el sujeto con fobia social, siendo estos los siguientes:

Sistema cognitivo

A nivel cognitivo, dicho autor plantea que los sujetos con fobia social suele centrar su atención en situaciones relacionadas con el fracaso social, dando prioridad a la información negativa sobre su propio desenvolvimiento (fijándose en sus síntomas fisiológicos, cogniciones y sobretodo en emociones negativas); asimismo, Bados (2005) señala que presentan dificultades para recordar cosas, concentrarse y para encontrar las palabras.

Las características anteriormente mencionadas se encuentran relacionadas con diversos temores, como los siguientes:

- Temor a sentir mucha ansiedad y pasarla desagradablemente.
- Temor a manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataque de pánico) que puedan ser observadas por los demás y/o obstaculizar su actuación.
- Temor a presentar errores en la apariencia física.
- Temor a no saber comportarse de un modo competente o adecuado ante los demás; por ejemplo, miedo a decir cosas sin sentido o embarazosas, a no saber qué decir, etc.
- Miedo a tener características personales negativas; por ejemplo, ser aburrido, tonto, raro, junto con la preocupación y la vergüenza que conlleva.

- Temor a ser criticado o evaluado negativamente; por ejemplo, que los califiquen de ansiosos, incompetentes, raros, poco interesantes, aburridos, poco atractivos, etc.
- Temor a ser rechazado por otros.
- Temor a ser observado y a ser el centro de atención.

De estos temores, los que más destacan pueden variar según el tipo de fobia social que presente; a modo de ejemplo, en el caso de un individuo con fobia a hablar en público, se encontraría más preocupado por no ser competente en su desenvolvimiento, mientras que los que presentan fobia a comer o escribir frente a otros, su temor estaría más enfocado en sus reacciones como temblores, dificultad en tragar, etc. (Starcevic et al. 1994 citado por Bados 2015).

Siguiendo en la línea de los temores presentados, se ha encontrado que tienen su expresión en *pensamientos negativos* que ocurren antes, durante y después de la situación o evento, lo cual es un factor que desvía su atención de otros factores que posee en su desempeño; lo cual, produce en el sujeto una serie de errores cognitivos comunes en la fobia social como: Pobre valoración de lo que se espera de sí mismo pero alta valoración del desempeño de otros, sobreestimación del grado en que las otras personas lo observan, perciben, critican y/o rechazan, creencia de que está actuando mal porque se siente mal, la posibilidad de cometer errores o llegar a fracasar, las respuestas de otros a sus manifestaciones de ansiedad, ideas de que los mensajes o posición de otros son negativas y en forma de burla o que está actuando inapropiadamente, atribución del fracaso a defectos personales y fallos propios sin considerar otros factores, atribución de sus éxitos a factores externos y dar por sentado que las opiniones negativas de otros son ciertas.

Podemos ver hasta aquí, que a nivel cognitivo, por características, los temores, pensamientos y errores cognitivos, señalan a las personas con fobia social como rígidas en sus conceptos y por lo tanto, evidencian un desempeño más bajo en sus habilidades interpersonales al encontrarse frente a situaciones de interacción social.

Sistema conductual

Este sistema es el más probable que podamos detectar al encontrarnos frente a una persona con fobia social; puesto que, las principales características del sujeto es evitar o escapar de situaciones sociales donde pueda ser observado o evaluado negativamente; así también, autores como Bados (2015) nos explican que en cuanto a las conductas de evitación no solo consiste en no asistir sino sobre todo el evitar participar en las situaciones sociales, ser el centro de atención, de crítica o que otros observen su manifestación de ansiedad.

De este modo, este autor señala que los sujetos con fobia social también evitan el malestar que sienten ante situaciones adoptando conductas de búsqueda de seguridad o conductas defensivas (por ejemplo, evitar el contacto visual, intentar pasar desapercibido, contestar brevemente, hacer muchas preguntas para evitar silencios o desviar la atención de sí mismo o por el contrario hablar poco, consumir alcohol o tranquilizantes, pensar mucho en lo que va a decir, sobre preparar una exposición, escapar de la situación (con excusas o directamente) y pedir disculpas para no tener que escuchar las críticas de los otros. Además, si el temor se asocia con síntomas fisiológicos como por ejemplo, la ruborización, el sujeto adoptará conductas como dejarse crecer la barba, aplicarse más maquillaje, ponerse

lentes oscuros, colocarse el cabello por delante, etc.; en el caso de sudoración, el sujeto tiende a llevar ropa ligera o absorbente, mantener brazos pegados al cuerpo tener la mano en los bolsillos, etc.

Por otro lado, el autor nos sugiere que si el sujeto con fobia social no puede evitar una situación o escapar de ella, puede llegar a presentar conductas como silencios largos, tartamudeo, volumen bajo de su voz, retorcimiento de manos y sonrisa inadecuada, entre otros.

Caballo et al. (2014) por su parte indica que en estudios con estudiantes se encontraron que sujetos con fobia social generalizada tenían menos amigos y menos amigos no cercanos; así como, que durante el mes anterior al estudio, a diferencia de sujetos sin fobia social, conocieron a menos gente y durante el último año habían tenido menor “flirteo”, lo cual el autor supone que se debe a dificultades para iniciar y mantener las conversaciones, hacer y rechazar cumplidos, etc. Por otro lado, Moitra, Herbet y Forman citado por Caballo et al. 2014, afirman como conclusión de un estudio (pacientes entre 18 y 60 años) con fobia social como diagnóstico primario, concluyen que los síntomas de la fobia social y los depresivos son mediados por la conducta de evitación, tanto que, los pacientes de este estudio que tuvieron tratamiento para sus conductas de evitación a la vez sus síntomas depresivos disminuyeron.

Sistema fisiológico

El sistema de respuesta fisiológico en la fobia social es similar a los de otros trastornos de ansiedad; ya que se encuentra regulado como en los otros por el Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) que es una red de neuronas cuya función es que el cuerpo se pueda despertar después del sueño y la persona

se mantenga alerta durante el día (sueño y vigilia); por lo tanto, cuando hablamos de fobia social, podemos ver que los sujetos exhiben una sobre activación en su organismo lo cual ocasiona los sistemas de respuesta que hemos venido tratando; entre ellos, Amies, Gelder y Shaw en Caballo (1997) nos señala que los síntomas fisiológicos más frecuentes que se activan son las: Las palpitaciones (79%), temblores (75%), sudoración (74%), tensión muscular (64%), sensación de vacío en el estómago (63%), boca seca (61%), sentir frío o calor (57%), ruborizarse (51%) y tensión o dolores de cabeza (46%). En tanto, esto no sería tanto por una mala regulación del sistema sino como sugiere Henry, 1986 citado por Jordán, 2017; ello estaría más asociado a respuestas neuroendocrinas y conductuales, los cuales producen que la persona vea el estímulo fóbico con un nivel mayor de alerta del que sería adecuado.

Así también, se halló que los fóbicos sociales tenían un estado más crónico de sobre activación en comparación de personas con agorafobia o con estados de ansiedad; en otro estudios, en comparación a las personas con FS que no presentan ataques de pánico en las situaciones sociales, aquellas que sí los presentan se caracterizan por un mayor miedo y evitación de las situaciones sociales, más ansiedad somática, un mayor malestar e interferencia producidos por su fobia y niveles más altos de susceptibilidad a la ansiedad y desesperanza (Bados, 2015).

1.2.6 Criterios diagnósticos y diferencias

Para realizar el Diagnóstico con las pautas clínicas mencionadas en el apartado anterior, contamos con dos sistemas de clasificación que brindan los criterios para este diagnóstico en base a investigaciones y estudios

realizados; así también, estos manuales se utilizan para facilitar la comunicación entre profesionales de la salud, entre ellos tenemos:

TABLA N° 1

■ **Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]**

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. *Nota:* En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. *Nota:* En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. *Nota:* En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]
(continuación)

- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

TABLA N°2

F40.1 Fobias sociales

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

Antropofobia.
Neurosis social.

CDI-10

- A. Presencia de cualquiera de los siguientes:
1. Miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.
 2. Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.



Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (por ejemplo, fiestas, reuniones de trabajo, clases).

- B.** Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas siguiente:
1. Ruborización.
 2. Miedo a vomitar.
 3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.
- C.** Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce excesivos o irrazonables.
- D.** Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.
- E.** *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros trastornos, como los trastornos mentales orgánicos (F00-F09), esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

CIE – 10 (2004)

Diferencias diagnósticas

En lo que se refiere a diferencias diagnósticas, se indica que la fobia social mantiene una comorbilidad alta con otros trastornos; puesto que, estudios señalan que entre el 70% y el 80% de personas que padecen de fobia social a su vez cumplen criterios diagnósticos para al menos, presentar otro diagnóstico psiquiátrico (Olivares et al. 2003). Por lo tanto, se vio necesario establecer las diferencias con los siguientes diagnósticos:

- Agorafobia con y sin trastorno de pánico

Heckelman y Schneier citado por Safir (2014) expresa que si bien las personas con fobia social y las que personas con agorafobia (con o sin trastorno de pánico) presentan temor y evitación a las situaciones sociales; el *origen del*

temor en cada una es distinto. García (2000) subraya que el *temor* en los agorafóbicos es en experimentar un ataque de pánico o perder el control antes situaciones donde no pueda escapar a diferencia de los fóbicos sociales que su temor se enfoca en el miedo a ser observado y evaluado de forma negativa en interacción con otros. Por otra parte, Echeburúa y Salaberria (1991) sostiene que en cuanto a la *evitación*, los agorafóbicos evitan lugares grandes por temor a un ataque de pánico a diferencia de los fóbicos sociales, que evitan estos lugares para librarse del contacto con las demás personas; por lo tanto, el diagnóstico de fobia social es fiable cuando el miedo y evitación de situaciones sociales se dan en ausencia de crisis de pánico.

Por otra parte, en cuanto a las respuestas fisiológicas también hay diferencias; ya que el rubor, sudoración y temblores son más frecuentes en personas con fobia social y más bien en agorafobia son las dificultad de respirar, molestias en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza; entre otros, como la desrealización y despersonalización (Zubeidat, 2005).

- Trastorno de ansiedad generalizada

La diferencia principal entre la fobia social y el Trastorno de ansiedad generalizada radica en que este último, evidencia temor irracional que se exhibe ante un mayor número de situaciones (no solo las sociales) sino de salud, familiares, estudios, etc. a diferencia de la fobia social que teme fundamentalmente a la evaluación negativa por parte de otros en situaciones sociales. Así también, García (2000) subraya que un número considerable de ansiosos generalizados también posee como adicional una fobia social.

- Trastorno de ansiedad por separación

Cuando hablamos de ansiedad por separación y fobia social, si bien en ambos están implicadas personas desconocidas; en el caso del trastorno de ansiedad por separación los niños no suelen incomodarse al encontrarse en situaciones sociales estando presentes las figuras de apego; en cambio en personas con fobia su ansiedad se manifiesta en cualquier situación social indistintamente se encuentren o no las figuras de apego, pues su temor se debe a la exposición o presencia de otras personas (Sandín, 1997 citado por Piqueras, 2005).

- Trastorno esquizoide de la personalidad

Tanto la fobia social como el trastorno esquizoide de la personalidad comparten características como el presentar pocas relaciones sociales; sin embargo, su diferencia se argumenta en que personalidades esquizoides no existe el interés de relacionarse; pues prefieren su propia compañía antes de relacionarse con otras personas; en comparación con los fóbicos sociales que si posee el interés y deseo de relacionarse. (Piqueras, 2005).

- Trastorno de personalidad por evitación

Respecto a este trastorno de la personalidad la American Psychiatric Association – APA (2000) señala que comparte un número de características con la fobia social (del subtipo Generalizada); se podría decir, que el Trastorno de la personalidad por evitación sería la variante más crónica de este subtipo generalizado. Sin embargo, en estudios longitudinales en Trastornos de personalidad se observó un patrón constante de evitación y reacciones en

relación con un grado de deterioro social significativo; aunque, en la fobia social, tiene que existir un evento que la provoque y mediante el aprendizaje se instaure y condicione las reacciones de la persona en la actualidad.

1.2.7 Modelos explicativos de la fobia social

En 1969, después del hallazgo de la fobia social, surgieron distintos modelos que procurarían explicar su funcionamiento; a continuación, describiremos algunos más que destacan como el Modelo de condicionamiento, de personalidad, inhibición conductual y el cognitivo:

- Modelo de Condicionamiento

A pesar que el modelo explicativo del Condicionamiento ya es tradicional dentro de la literatura, se considera importante el papel que cumplen en cuanto a sus procesos de condicionamiento en la fobia social.

Según, el *Condicionamiento Clásico*, la persona con fobia social asocia un evento que le causó una respuesta determinada y la generaliza a situaciones que se parezcan a la principal, manteniendo la idea de que volverá a experimentar la misma reacción fisiológica, emocional y conductual.

Siguiendo esta línea, una propuesta que incluye un modelo de *Condicionamiento Clásico y Operante* es Echeburúa (1996) coincidiendo a su vez, con el Modelo Bifactorial de Mowrer, señala que están presentes dos etapas en este proceso: La primera etapa, el sujeto presenta respuestas fisiológicas (rubor, sudor, taquicardia, etc), pues al encontrarse en circunstancias sociales se anticipa a las consecuencias negativas que podrían surgir de experimentarlas y la presencia de este comportamiento

inadecuado sería resultado de las experiencias negativas anteriores (Situaciones estresantes: Burla, crítica, humillación, etc.) lo que le llevaría a un fracaso en lo social. En la segunda fase, el sujeto fóbico social evitaría la situación social en respuesta a haberse anticipado de las consecuencias negativas que esta le produciría y a la activación de sus síntomas fisiológicos; por lo tanto, podemos ver qué ocurriría un condicionamiento mediante el reforzamiento negativo de la evitación social; dicho de otro modo, a más evite las situaciones sociales, mayor ansiedad y miedo experimentará ante estas situaciones; por el contrario, una exposición del sujeto y la disminución de conductas de “seguridad” bajo un trabajo en las cogniciones hace posible el reducir de manera significativa la ansiedad y creencia que alimenta el miedo.

Por otra parte, tenemos otro tipo de condicionamiento: El *Aprendizaje Social* o *Vicario*, siendo otro proceso de adquisición de la fobia social; puesto que, determina que el sujeto al observar a otras personas experimentar ansiedad en determinadas situaciones sociales puede también conducir al sujeto observado, a que llegue a temer dichas situaciones. (Zubeidat, 2005). Así también, García (2000) sostiene que autores como Mulkens y Bögels en 1999, determinan que hay una tendencia en mayor medida de sujetos con fobia social que recuerdan haber tenido una experiencia de aprendizaje observacional (55%) comparados con el grupo control (32%); en contraste, Öst y Hugdahl en 1981, encontraron en sus investigaciones que el aprendizaje por condicionamiento vicario parece tener lugar en solo el 12% de sujetos con fobia social mediante este condicionamiento; sin embargo, no se han hallado diferencias significativas entre los estudios.

- Modelo de la Personalidad

Entre los autores acerca del estudio de la personalidad, tenemos entre los principales Eysenck y Eysenck, 1985 citado por Schmidt et al. 2010 quienes determinan que en la personalidad del ser humano hay dos rasgos: Introverso y extroverso, que funcionan como causales en el sistema nervioso central desempeñando que los procesos de la actividad cortical tengan una relación genética y se lleguen a diferenciar individualmente según procesos con predominio excitatorio o inhibitorio. Por lo tanto, en grupo actúan en las vías nerviosas que regulan los impulsos finalmente la conducta; puesto que, cuando hay un *predominio excitatorio*, se manifestará a través de una disminución de la excitabilidad y aumento de la inhibición (En introvertidos); por el contrario, si hay un *predominio inhibitorio*, se manifestará mediante una excitabilidad aumentada y una disminución de la inhibición (En Extroversos).

Así también, dentro de su estudio estos autores realizan algunas diferencias entre las personas con temperamento más introvertido y más extroverso. Describe que el *Introvertido*, se caracteriza por ser más tranquilo, introspectivo, reservado (excepto con amigos íntimos), suele tomar las situaciones de la vida con más seriedad, suelen ser pesimistas y tienden a tener control de sus sentimientos; por lo tanto, estas personas, poseen mayor sensibilidad a niveles bajos de activación, lo que los hace más intolerantes a niveles de estimulación altos; es así que autoras como Amelang y Bartussek (1991) sugieren que necesitarían bajos niveles de estimulación externa.

A diferencia, del Extroverso, que presenta rasgos ser más sociable, propenso a la diversión y la risa, suele tener muchos amigos y no se sentirán

a gusto estando solos; así también, suelen ser despreocupados, espontáneos, optimistas y por lo general, suelen tener a comportarse de manera impulsiva y dominante. En este punto, Amelang & Bartussek, 1991 determina que necesitarían niveles altos de estimulación externa.

Por otra parte, Buss, 1980 citado por Stein y Hollander (2010) señala que un rasgo de personalidad es la timidez que hace su aparición en las primeras etapas del sujeto; así también, denota un componente genético que determina si la timidez tiene un inicio muy pronto (llamado Medrosa) o un inicio en la adolescencia (llamado autoconsciente). Es así que esta intimidad ocasiona incomodidad en situaciones sociales, que llevan a la persona a preocuparse, a una actividad autonómica y a conductas de evitación en estas situaciones. Sin embargo, sostiene que si bien personas con fobia social se consideran tímidas, existe un número considerable de personas tímidas que no cumplen con los criterios de fobia social (Stein y Hollander, 2010).

- Modelo Cognitivo

Teoría Cognitiva de Aaron Beck

El modelo de Beck se basa en que las causas y mantenimiento de la fobia social puede ser explicada y determinados por los sesgos cognitivos, las creencias disfuncionales y pensamientos distorsionados.

Del mismo modo, señala que lo que hace vulnerable a las personas son los estilos de pensamientos con los que se conducen; puesto que, mediante ellos, van a tener una tendencia a percibir e interpretar situaciones como amenazantes, pues su concentración más que en la tarea, se encuentra de manera excesiva en

los riesgos percibidos y además, seleccionan el recuerdo selectivamente de la información que reconocer como amenazante. (Clark y Beck, 2012).

1.3 MODELO: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

1.3.1 Antecedentes históricos

Entre los *antecedentes filosóficos* más antiguos tenemos en los años 350 a.C al 180 d.C en la *Filosofía Estoica* fundada por Zenón de Citio, quienes cultivaban una doctrina basada en el autodomínio de las emociones (pasiones) que perturbaban la vida, con lo cual buscaban alcanzar la libertad y la tranquilidad conduciéndose por principios del carácter personal como la razón y la virtud; un claro ejemplo de la época, fue Epícteto (55 – 135 d.C) quien desarrolló esta doctrina en su obra “Enchiridon” donde expresa que: “Los hombres no se perturban por las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”, mediante lo cual destaca el lado subjetivo de la realidad y el rol que cumplen los pensamientos en las emociones y pasiones. (Ruiz y Villalobos, 2012).

Un aporte similar, realizó la Filosofía religiosa del *Budismo* y el *Taoísmo*. El *Budismo* por su parte, con su representante Buda o Gautama (566 a.C) quien proponía que podía haber una vía de liberación del sufrimiento mediante el autoconocimiento (dominio propio) y practicar acciones virtuosas, que finalmente llevaría a un estado de indeterminación e insensibilidad total llama Nirvana (liberación del sufrimiento). En cuanto, al *Taoísmo* fundada por Lao – Tse (VI a.C), Hernández y Sánchez (2007) señala que esta doctrina, plantea la manera adecuada de hacer las cosas

con armonía y sincronización entre hombre – naturaleza, siguiendo el modo natural de regulación del universo y teniendo como fin último la inmortalidad.

A lo largo del tiempo, se destacan la influencia de otras corrientes, tenemos en el Siglo XVII, el *Racionalismo* (Descartes, Leibniz, Spinoza) ellos postulaban que el conocimiento tenía como fuente a la razón la cual se apoyaba en elementos evidentes a diferencia del *Empirismo* (Bacon, Locke, Hume) señalaban que el conocimiento tiene como origen en la experiencia.

Posteriormente, en el Siglo XVIII, en la corriente del *Idealismo*, Kant propone resolver las explicaciones respecto al origen del conocimiento, pues propone reunir ambos conceptos en una nueva síntesis argumentando que el conocimiento, en tanto los significados personales de la experiencia humana son contruidos por la mente humana, describiendo el concepto de “esquema cognitivo” como una elaboración mental de la experiencia que exhibe a su vez al mundo real de los objetos y hechos que son cambiantes, teniendo por debajo a la lógica que la mente impone a la experiencia.

Luego, en el Siglo XX, la corriente de la *Fenomenológica y Existencial* con sus representantes Husserl y Heidegger, respectivamente. Estos representantes destacan el rol de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, puesto que enfatizan el papel de la conciencia (actos conscientes). Así también, en este mismo Siglo, se realizaron investigaciones sobre el aprendizaje, donde sugieren que toda investigación científica implica supuestos y expectativas que conducen a la investigación a un ámbito interpretativo de las teorías dependiendo del paradigma con el que se vea, lo cual tiende a relativizar lo planteado hasta el momento y ser un punto significativo sobre todo para la Terapia Cognitiva.

Debido a lo anteriormente mencionado, ahora entre los *Orígenes psicológicos*, podemos ver distintas vertientes que fueron siendo de aporte para la Terapia Conductual, entre los que destacan tenemos a la Escuela Soviética, con *Pavlov* quien se encargaba de realizar estudios experimentales de condicionamiento donde a ciertos estímulos llamó “neutros” quienes tenían la capacidad de provocar distintas respuestas. Más adelante, *Watson* en su publicación el “Manifiesto Conductista” asevera el utilizar métodos objetivos en las investigaciones psicológicas; lo cual, contribuyó a la idea de realizar investigaciones en el campo de la conducta humana. (Placencia, 2013 citado por Jordán, 2017).

Por otro lado, en el Siglo XX, *Thorndike* incentivó la investigación de su alumno Skinner, acerca del Condicionamiento Operante, lo cual consistía de la presencia de dos condicionamientos con diferentes tipos de respuestas; por un lado se hablaba del condicionamiento respondiente en cual continuaba lo propuesto por Pavlov; en cambio en condicionamiento operante seguía la línea de la Ley del Efecto propuesta por Thorndike. En cuanto a esta, *Skinner* planteaba que la conducta tenía consecuencias y que estas dirigían la conducta; asimismo, propone que las consecuencias iban seguidas de respuestas, lo cual a futuro la hacían probable de predecir su aparición. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En 1958, *Wolpe*, propuso el principio de “Inhibición Recíproca” donde plantea que la ansiedad puede ser inhibida en los humanos; para esto uso como método la relajación progresiva de Jacobson, la cual se volvió la base de la Desensibilización sistemática usada para tratar problemas ansiosos.

En los años sesenta, *Bandura* realiza su aporte con la propuesta del “Aprendizaje Social” donde postula que mediante la observación e imitación de las conductas de otra persona es como aprendemos y que las consecuencias se obtendrán de dicho procedimiento.

Dobson y Block, 1988 citado por Caro (2007), plantea algunos de los factores que influyeron en las vías de crecimiento de la *Terapia Cognitivo Conductual* entre ellos la insatisfacción de enfoques no mediacionales para dar explicación de toda la conducta humana; así también, problemas determinados no podían ser abordados solo por procedimientos no cognitivos y la importancia de la investigación en psicología cognitiva. Por lo tanto, se necesitaba de terapias que incorporen tanto la *intervención cognitiva* (disminuir conductas y emocionales disfuncionales modificando los patrones de pensamiento) como la *intervención conductual* (Disminuir conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento).

1.3.2 Principios del modelo

Mahoney (1977), enumeró 4 principios acerca del Modelo Cognitivo – Conductual, los cuales, son los siguientes:

- El ser humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho
- Esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso y mecanismos del aprendizaje
- La mayor parte del aprendizaje humano se comunica a nivel cognitivo.
- Los pensamientos, emociones y las conductas son causalmente interactivos.

1.3.3 Principales representantes

Aaron Beck

El psicólogo estadounidense Aaron Beck, en 1942 se graduó en la Universidad de Brown y en 1946 en la Escuela de Medicina de Yale. En la actualidad, es presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pensilvania.

En los años sesenta A. Beck implantó el sistema de psicoterapia que llamó Terapia Cognitiva (o llamada “Terapia Cognitivo Conductual” – “TCC”), la cual gracias a su intuición científica e investigativa, puso a prueba algunos conceptos psicoanalíticos en relación con la depresión; aunque, esperaba validarlos, llegó a encontrarse con resultados contrarios, lo que le impulsó a buscar nuevas maneras de conceptos y explicaciones de la depresión. Más adelante, en su trabajo con pacientes depresivos halló que una característica destaca en estos pacientes era que experimentaban pensamientos negativos que llegaban a su mente de manera espontánea y concibió que se podían calificar en tres categorías: los que se refieren a sí mismo, los que se refieren al mundo y los que son referidos al futuro. En el proceso de sus estudios, se dedicó en la ayuda a sus pacientes para que identificaran y evaluaran estos pensamientos, enseñarles a ver el mundo o lo que les sucede de manera más práctica y sin sesgos negativos, donde se dio cuenta que los pacientes eran capaces de evaluarlos de manera más realista y adaptativa logrando un alivio emocional y que disminuyera sus síntomas.

Siguiendo la línea, así Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) definió a la *Terapia Cognitiva* como un procedimiento activo, directivo y estructurado que trata con la variedad de alteraciones psiquiátricas (como la depresión,

ansiedad, etc.) está basada en el Supuesto teórico de que los afectos y el comportamiento están establecidos por la manera en que la persona estructura su mundo, siendo la finalidad del modelo el cambio en las cogniciones, emociones y conductas de la persona que le han sido poco adaptativas; brindándole además, nuevas estrategias y herramientas para ello. (Beck et al. 2010).

A diferencia de las terapias convencionales (Terapia psicoanalítica o terapia centrada en el cliente), la Terapia Cognitiva destaca aspectos como la estructura formal de las sesiones de terapia y en los tipos de problemas en los cuales se centra. Veamos las características que presenta:

- *Empirismo Colaborativo*, aquí el terapeuta se mantiene en continua actividad participativa interactuando intencionalmente con el paciente, donde requiere de cierto ingenio para estimularlo. El terapeuta realiza un diseño específico en la estructura de cada sesión.

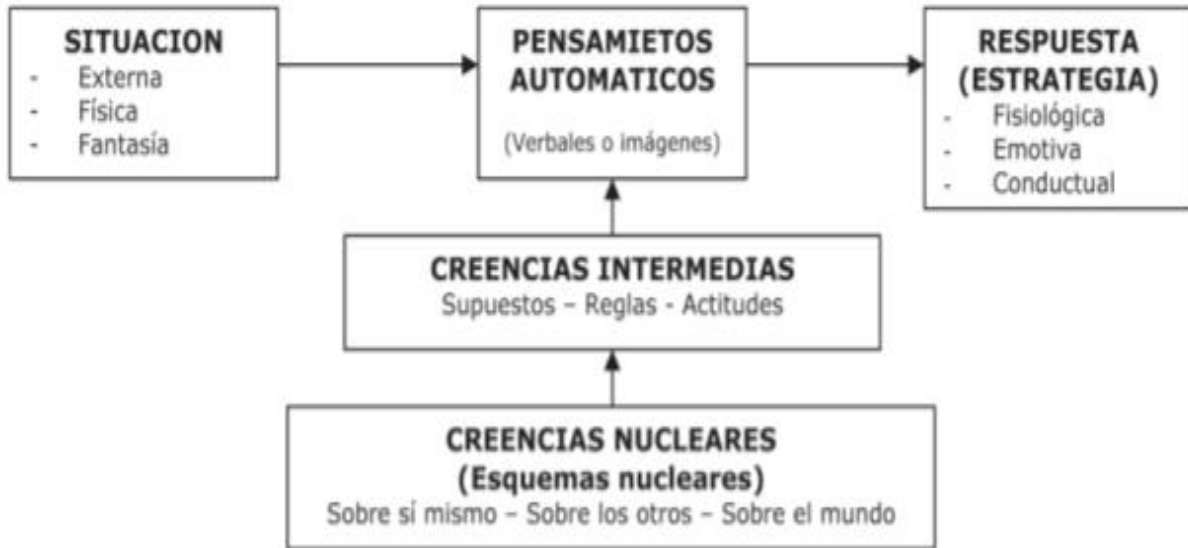
- *Participar activamente*, también es el rol del paciente; para ello, el terapeuta le hace formar parte de la estructura de terapia donde requiere de su participación y colaboración.

- *Se centra en los problemas actuales*, prestando poca atención a edades más tempranas, como la infancia del paciente; excepto, si esto ayuda a resolver algún hecho actual. Tiene como principal objetivo el investigar pensamientos y sentimientos del paciente en la exploración de sus experiencias psicológicas, el elaborar programas y realizar tareas para la casa.

- *Énfasis en investigación empírica*, de los pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes en la exploración de las experiencias psicológicas internas del paciente.

En la terapia se considera la participación de creencias centrales, intermedias (actitudes, reglas y supuestos); así también, a los pensamientos automáticos.

TABLA 3



Esquema Cognitivo del modelo cognitivo de Beck en base a Obst Camerini (2008)

Cuando hablamos de los *Pensamientos automáticos*, nos referimos a mensajes (verbales o imágenes) específicos y discretos que surgen de manera espontánea de la percepción o interpretación que la persona tiene de alguna situación; estos pensamientos, sin importar lo irracionales que sean, casi siempre son aceptados como ciertos, pasan desapercibidos y la persona presta mayor atención a la emoción que surge de ellos; así también, son aprendidos desde nuestra infancia por familia, amigos y medios de información para interpretar los sucesos de cierta forma. (Mc Kay, Davis y Fanning, 1985).

Al igual que los pensamientos automáticos desde nuestra infancia construimos ideas centrales que se desarrollan a lo largo de la vida; estas son también llamadas *Creencias Nucleares* las cuales son interpretaciones

fundamentales y profundas, que las personas frecuentemente no las expresan ni aun a sí mismas, pues no tienen una clara conciencia de ellas. Estas creencias son consideradas verdades absolutas que se activan cuando la persona procesa información y genera interpretaciones a través de esa forma de ver las cosas y suele centrarse en aquella información dejando de lado otros datos que la puedan contradecir.

Si bien al hablar de pensamientos automáticos nos referimos a un nivel más superficial de cogniciones y al hablar de creencias nucleares hacemos referencia al nivel más profundo de las cogniciones; esta última influye en las llamadas Creencias Intermedias, las que a su vez inciden en los pensamientos automáticos que se activan en situaciones problemáticas. Las *Creencias intermedias* se tratan de actitudes (“Es terrible ser incompetente”), reglas (“Debo dar siempre lo mejor de mí”) y supuestos (“Si no trabajo mucho o me esfuerzo mucho, fallaré”), que influyen en la forma en como la persona ve cierta situación logrando afectar sus pensamientos, sentimientos y actuación.

Modelo cognitivo de la depresión

Este modelo ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, lo cual ha permitido un crecimiento progresivo del modelo y la terapia, el cual nos señala tres conceptos específicos:

1. Triada cognitiva

Se encuentra conformado por tres patrones cognitivos principales que inciden en el sujeto a verse de modo negativo a sí mismo, su futuro y experiencias. Por lo tanto, la persona, puede verse a sí misma de una manera torpe, con poco valor e inservible, donde tiende a otorgar sus experiencias

negativas a un defecto suyo, siente que los demás le hacen demandas exageradas las cuales traduce como derrota o frustración; así también, visualiza que en su futuro sus dificultades o sufrimientos actuales perdurarán y tendrá fracasos. Cabe resaltar, que estos patrones cognitivos negativos darán origen a los signos y síntomas del síndrome depresivo, pues los pensamientos negativos que tiene el sujeto sobre sí mismo, sus experiencias y el mundo mediarán los síntomas y la intensidad que estos tengan. (Beck et al. 2010).

2. Esquemas

El término esquema se refiere a organizaciones conceptuales complejas y estructuradas que determinan cómo se organiza el pensamiento depresivo, los cuales hacen que se mantenga este pensamiento, incluso con la existencia de evidencia objetiva de factores positivos en su vida que lo contradiga. Por lo dicho, podemos señalar que los esquemas se consideran la base de cualquier idea (gráfica o verbal) que pueda transformar una situación o circunstancia que experimenta la persona. Si bien, un esquema puede estar inactivo por amplios periodos de tiempo, podría volver a ser activado por situaciones ambientales (por ejemplo: situaciones generadoras de ansiedad), lo cual determinará la forma de actuar del sujeto. En el caso de depresiones leves, la persona es capaz de considerar sus pensamiento negativo con cierta objetividad; sin embargo, a medida el sujeto se encuentre más dominado por pensamientos negativos, se verá poco capaz para considerar dichas interpretaciones como negativas, haciéndole más difícil el lograr concentrarse en estímulos externos (leer, hablar frente a los demás, responder preguntas) o realizar actividades mentales voluntarias

(recuerdos), al presentar estas características estaríamos hablando de depresivos más graves, los cuales pueden llegar a ser independientes de la estimulación externa y no responder a los cambios del entorno.

3. Errores cognitivos

Beck 1979 citado por Beck et al. 2010 señala que las personas con pensamiento depresivo presentan un desvío negativo sistemático en como procesan la información incluso tengas evidencia en contra, lo cual los lleva a cometer errores cognitivos o errores en el procesamiento de la Información como los siguientes:

- *Inferencia arbitraria*

Consiste en adelantar una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia va en contra de la conclusión.

- *Abstracción selectiva*

Cuando se centra en un detalle externo ignorando otros aspectos importantes de alrededor.

- *Sobregeneralización*

Consiste en crear una conclusión a partir de uno a varios hechos aislados y aplicarlo a tanto a situaciones que se relacionan y no relacionan.

- *Maximización y minimización*

Se refiere a evaluar la magnitud de la situación dando un peso mayor o menor del que realmente tiene.

- *Personalización*

La persona tiende a atribuirse a sí mismo eventos externos a pesar que existen evidencias contrarias.

- *Pensamiento dicotómico*

Consiste en seleccionar todas los eventos según una o dos categorías opuestas, blanco o negro. No existiendo términos medios e inclinándose al lado extremo negativo.

Albert Ellis

Psicoterapeuta cognitivo estadounidense, que empezó estudiando negocios aunque luego se interesó la Psicología, graduándose en el año 1943 de la Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Columbia. Actualmente, es fundador y presidente emérito del Albert Ellis Institute de Nueva York.

En 1955, rompió por completo con el enfoque psicoanalítico de la época e inició un tipo de psicoterapia más activa y directiva, llamada en un inicio “Terapia Racional” y ya en 1994, la denominó “Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)” influenciado por filósofos como Epícteto y Marco Aurelio, postulaba que las personas son capaces de dirigir su destino al creer y actuar en base a las creencias que poseen; pues, señala que no reaccionan emocional o conductualmente antes sucesos de su vida, sino que elaboran reacciones propias según cómo perciben estos sucesos. Así también, recibió influencias de psicólogos como Karen Honey que hablaba

de la “Teoría de la tiranía de los deberías”, pues sostenía que las exigencias o demandas inflexibles generaba disfuncionalidad en el ser humano; además, de Alfred Adler quien postulaba que las personas avanzan por su complejo de inferioridad.

Siguiendo la línea, Ellis sustenta la TREC afirmando que las cogniciones, emociones y el comportamiento son aspectos interrelacionados, donde las cogniciones van a influir en las emociones y cada una sobre sí misma. Refiere que las emociones se dan de manera espontánea y dan lugar a pensamientos o situaciones vividas que proceden de estímulos que el sujeto percibe como desagradable; por lo tanto, las emociones cumplen un papel importante pues ayudarán a que la persona puede superar dificultades y lograr sus metas, adaptándose positivamente cuando no ocurren situaciones acorde a sus deseos e impulsa a que las personas puedan experimentar emociones de manera positiva o negativa (Ellis y Grieger, 2003).

Terapia Racional Emotiva Conductual

Ellis postula la “Teoría del ABC” para identificar el proceso de la Terapia que sustenta el modelo de TREC, pues plantea que los sujetos poseen tendencias innatas como adquiridas que le permitirán controlar su destino propio y sus emociones. Aquí Ellis, señala 5 componentes: “A” es considerado un evento o suceso activador, “B” es la creencia o pensamiento del sujeto, “C” es la consecuencia que tendrá en el sujeto sea esta emocional o conductual.

La teoría del ABC propone que el suceso activador (A) a través de las creencias o pensamientos (B) ocasionan consecuencias en las emociones y conductas (C).

Así también, estas creencias son de tipo racionales como irracionales; en cuanto hablamos de *creencias racionales*, tratan acerca de cogniciones evaluativas que son propias de cada persona ayudan a sentirse conformes consigo mismos no impiden el logro de objetivo, suelen expresarse como un “Deseo” o “Preferencia”; contrario, a las creencias irracionales que suelen ser poco lógicas, no basadas en evidencia, son absolutas por naturaleza y provocan emociones negativas que obstaculizan el logro de metas; además, suele expresarse en términos de “Deberías”.

Ellis propone adicionalmente, los siguientes componentes: “D” que es debate o discusión en sus diferentes estilos (Socrático, didáctico, humorista o metafórico) y “E” que es el nuevo efecto emocional o conductual en el sujeto. Aquí la “D” (debate) cumple el papel de preguntas retóricas con la finalidad de discutir para que el sujeto cuestione y deshaga la “B” (creencia o pensamiento). Luego del Debate (“D”) entre las creencias irracionales y racionales del sujeto, ocurre “E” (Nuevo efecto o filosofía nueva) en la conducta o emociones del sujeto, lo cual hará un cambio acorde a las situaciones.

1.3.4 Técnicas cognitivo – conductuales

Podemos ver que las técnicas cognitivo – conductuales tienen como finalidad el brindar herramientas que le permitan adquirir nuevas experiencias que logren modificar distorsiones cognitivas y supuestos personales. En cuanto a las *Técnicas Cognitivas* tienen como objetivo el permitir la exploración y detección de pensamientos automáticos de los

cuales al haberlos identificado se comprobará su validez; del mismo modo, las *Técnicas Conductuales* tienen como objetivo el brindar experiencias vividas como también concretas para verificar las conjeturas cognitivas del paciente para así lograr obtener la aparición de nuevas habilidades.

Técnicas cognitivas de Beck

- Prueba de realidad

Esta técnica permite que el terapeuta induzca al paciente a doblegar sus pensamientos automáticos a una prueba de realidad con el objetivo de que la persona tenga una lectura más correcta de lo sucedido; por lo tanto, la finalidad de esta técnica es corregir las distorsiones del paciente, un análisis del significado y sus actitudes; así como, exhibe la naturaleza irracional e incongruente de sus actitudes. El procedimiento puede realizarse de distintas maneras: Desde la experiencia del paciente, se realiza una recopilación de evidencias (pro y contra) de los pensamientos automáticos planteados, diseñando un experimento con el fin de comprobar una hipótesis (se busca que el paciente prediga el resultado y ello se comprueba), hacer uso de evidencias contrarias u otras que sean significativas como las hipótesis planteadas por el paciente, utilizar preguntas para descubrir errores lógicos en la interpretación del paciente.

- Reatribución cognitiva

Se emplea cuando el paciente frecuentemente tiende a culpabilizarse, se atribuye a si mismo causas erróneas o sesgadas de las situaciones que vive; entonces, el terapeuta y el paciente, buscan otros factores mediante leyes lógicas en la información disponible, que puedan haber contribuido a ese suceso con el

fin no de librarlo de la responsabilidad sino el de atribuir la responsabilidad donde verdaderamente corresponda. El procedimiento, en términos generales, se trata de revisar los sucesos que dieron lugar a la atribución (Ejemplo: Autocrítica); luego, mostrar al paciente los diferentes criterios que existen para atribuir la responsabilidad que el paciente se atribuye y demostrar cómo podrían ser aplicados a la conducta de otra persona; por último, el terapeuta pone en duda la creencia del paciente de que es el un 100% responsable de cualquier consecuencia negativa.

– *Resolución de problemas*

Esta técnica se emplea con la finalidad de que se halle soluciones a situaciones que se consideraban sin solución. El procedimiento trata de: Identificar el problema, describir el problema, realizar una lista de alternativas de solución, evaluar y seleccionar una opción y finalmente ponerla en práctica para comprobar su eficacia.

– *Reestructuración cognitiva*

Tiene como finalidad el modificar distorsiones y sustituirlas por otras que resulten más adaptativas y realistas para el paciente, pero antes, se educa al paciente en cuanto a la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta; para luego, identificar los pensamientos automáticos que aparecen antes determinada situación; posteriormente, se explorara las reglas, suposiciones y valoraciones que se encuentran asociadas a los esquemas centrales del paciente en cuanto a si mismo, el mundo y los demás.

Técnicas conductuales de Beck

- *Programación de actividades*

Se emplea para contrarrestar la poca motivación del paciente, su inactividad y preocupación en torno al pensamiento de contenido depresivo, por lo que esta técnica confronta esta idea y le permite al paciente darse cuenta de cuáles son las actividades que le brindan mejoría. Esta técnica consiste en planificar el tiempo del paciente hora tras hora con el fin de que pueda mantenerse concentrado en actividades y que ello impida su estado de inmovilidad; además, que el terapeuta pueda usar la técnica para basar sus evaluaciones de manera más realista de la funcionalidad del paciente.

- *Dominio y agrado*

Esta técnica señala al Dominio como el sentido de logro que el paciente recibe de realizar una tarea determinada y el Agrado refiere al sentimiento de satisfacción o agrado que provienen de una tarea por la cual el paciente obtendrá satisfacción y experimentará un aumento en la probabilidad de deseo en experimentar situaciones de agrado y satisfacción.

- *Asignación de tareas graduales*

Se refiere a la realización de tareas determinadas y específicas con la finalidad de que el paciente obtenga cada vez una mayor funcionalidad en su ambiente.

- *Práctica cognitiva*

Esta técnica trata de solicitarle al paciente que visualice en su imaginación cada paso de la realización de una tarea determinada de lo cual podrá reconocer probables inconvenientes que le dificulten cumplir con la tarea.

– *Entrenamiento Rol Playing*

La técnica consiste en que ya sea solo el terapeuta, solo el paciente o ambos ocupen un rol determinado con la finalidad de que el paciente sea observador de un punto de vista diferente a las que el mismo suele presentar.

Técnicas de la Terapia Racional Emotiva

Las técnicas de la Terapia Racional Emotiva permiten al terapeuta hacer uso de herramientas para que el paciente pueda identificar sus demandas o exigencias absolutistas. El terapeuta hará uso de métodos empíricos-lógicos para cuestionar lo irracional, catastrófico, absolutista, o lo racional inconsciente de las ideas que tiene el paciente; así como, probará como las ideas que tiene el paciente producen malestar innecesario con el fin de que modifiquen su forma de responder.

– *Frases de Auto enfrentamiento*

Se emplea con la finalidad de que el paciente aprenda como las creencias irracionales que posee pueden contrarrestar con frases de auto enfrentamiento; así también, se aplica con el objetivo que sea consciente de la forma en que se expresa, si está siendo absolutista o demandante en su lenguaje interno y externo. Por ejemplo, puede llegar a reemplazar el decirse

a sí mismo: “soy valioso si soy perfecto” a frases de afrontamiento como: “Puedo ser valioso a pesar de mis imperfecciones”.

– *Métodos de imaginar*

La técnica radica en que el paciente pueda imaginar la situación que le provoca temor con la finalidad de que pueda darse cuenta que las situaciones temidas no son tan terribles como puede creer. El procedimiento trata de que la persona imagine situaciones donde exhibe temor; entonces, iniciará sintiendo temor ante esta situaciones determinada, temor a su propio temor o a los sentimientos negativos que atraviesa cuando presenta temor; luego, el terapeuta dará algunas indicaciones en cuanto a la explicación de la técnica, discusión con el paciente y usar técnicas de imaginación hasta finalmente lograr que enfrente en su imaginación la situación temida en la vida real con el objetivo de que neutralice la ansiedad y temor.

– *Biblioterapia*

Se refiere a acordar con el paciente en tener la actividad de revisar lecturas entre sesiones con el fin de fortalecer la sesión terapéutica y que el paciente tenga mayor conocimiento de lo tratado; además, se establecerá junto al paciente el propósito y ventajas del material (libros, revistas, separata, folletos, etc) recomendados; por lo tanto, en la sesión posterior se buscara preguntar al paciente acerca de lo que ha podido comprender de lo que leyó y como podría ayudarle; así mismo, se resuelven las dudas que pueda tener.

– *Prevención de recaídas*

Con esta técnica se puede explicar al paciente que todos podemos estar propensos a recaer en ideas, emociones y comportamientos no saludables; por lo

tanto, se trabaja con el paciente situaciones que podrían provocar pensamientos irracionales y causar que se presenten emociones desadaptativas. Para ello se puede usar la imaginación y juego de roles para el reforzamiento de ideas y comportamiento racionales y más adaptativos.

CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 HISTORIA CLINICA

2.1.1. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: Ángel
Edad	: 17 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 26/07/1998
Lugar de Nacimiento	: Lima
Grado de Instrucción	: 5to. de secundaria
Ocupación	: Estudiante (secundaria) Auxiliar de limpieza
Religión	: Católico
Estado Civil	: Soltero
Número de Hermanos	: Hijo único
Lugar de Residencia	: Los Olivos

Referente : El paciente

Evaluadora : Int. II Lisette K. Huertas Cercado

Supervisión : Mg. Gladys Toranzo Pérez

2.1.2. PROBLEMA ACTUAL

Paciente acude a consulta, a continuación refiere: “Tengo dificultades para relacionarme con la gente, recuerdo que esto me ocurre desde cuarto de secundaria, pues al cambiarme de colegio conocí gente nueva y tuve una experiencia vergonzosa en este nuevo colegio; recuerdo que me tocaba exponer, era una exposición importante para la nota final, yo sabía el tema, pero en ese momento que estaba frente a todos empecé a sentir mucho calor, me ruborice, mi corazón me latía más rápido, sudaban mis manos y pies; así también, sentía tensión en mi cuerpo; tuve que empezar a leer mi papel pues no recordaba mi exposición, mis compañeros empezaron a burlarse de mí, se reían y hablaban entre ellos de lo sucedido, lo cual me hizo sentir muy incómodo y nervioso. A pesar que desde antes me ha costado iniciar la conversación con otros pues suelo ser tranquilo, lo que me sucedió ha hecho que sea más temeroso al relacionarme con gente nueva, hablarle a una chica que me gusta o recién conozco, decir mi propia opinión, entrar a un lugar cuando las personas ya están sentadas y sobretodo tener que exponer pues me da miedo que me critiquen o ser el centro de atención, por ello suelo no estar con gente que pueda opinar acerca de mí, recurro a evitar la mirada, alejarme por eso prefiero no salir mucho o trato de irme rápido del lugar donde estoy cuando hay gente que no conozco; así también, cuando me invitan a una reunión o fiesta prefiero no ir porque me pongo a pensar que podrían pensar mal de mí (“Me van a mirar raro”, “Les pareceré aburrido”,

“Criticarán lo que digo”). Actualmente, esto me preocupa mucho, porque el profesor dijo que para este año también habrá exposiciones finales y yo me pongo muy tenso para exponer no creo que pueda lograrlo; por ello, pensar en la ansiedad que siento, me pone triste la mayor parte del tiempo, pienso que soy menos capaz que otras personas lo cual me hace sentir desanimado, no tengo tantas ganas de hacer mis cosas, ni de salir con los pocos amigos que tengo, a veces me pongo a llorar porque pienso que el otro año postularé al Instituto y ahí de todas maneras todos exponen; pese a ello, sigo yendo al colegio y trabajando algunos días en un restaurante; aunque aquí también me comunico poco”.

Cabe mencionar que antes de la situación descrita presentó cierta incomodidad que paso a detallar: A los 16 años de edad cuando cursaba 4to. grado de secundaria, se encontraba conversando con sus amigos y se acercaron dos adolescentes de grados superiores a burlarse de la opinión que Ángel daba en la conversación, lo sucedido generó en el paciente nerviosismo, se aceleró su ritmo cardiaco, empezó a sudar en las manos, evidenciaba temor a ser el centro de atención de las personas alrededor; así como, vergüenza por lo cual optó por quedarse callado hasta que se fueran del lugar.

2.1.3. HISTORIA PERSONAL

Desarrollo Inicial

A la edad de 27 años su madre concibió al paciente, no lo planificaron y no fue deseado por ella debido a los conflictos con la pareja; sin embargo, fue deseado por el padre. Respecto al proceso de embarazo la madre relata que no tuvo complicaciones graves, a excepción, de algunos vómitos y náuseas en los dos primeros meses de gestación. Asimismo, el parto fue por cesárea siendo atendido por una obstetra sin ninguna dificultad en el Hospital Rebagliati.

Nació a los 9 meses de embarazo con un peso de 3,100 Kgs. y una talla de 51 cms. Así también, no hubo la necesidad de brindarle oxígeno o hacer uso de la incubadora.

La lactancia se dio hasta los 2 años de edad a través de leche materna, desde el primer año de edad complementaba su lactancia con leche de fórmula por recomendación de su médico; esto debido, a que la madre trabajaba; luego, pasó a usar biberón hasta los 4 años de edad. Asimismo, el inicio del habla y el empezar a dar sus primeros pasos se dio a los diez y doce meses de edad respectivamente

En cuanto a su desarrollo fisiológico, la aparición de sus dientes fue a los 7 meses de edad; y respecto, al control de esfínteres fue a partir de los dos años de edad.

Educación

Durante su Educación Inicial comenzó a estudiar desde los cuatro años hasta los 5 años de edad, según comenta la informante (su madre) el primer día de jardín el paciente tenía miedo a quedarse solo en el colegio sin su

mamá y se ponía a llorar al observar que su prima no paraba de llorar pues también empezaba su formación inicial. La madre señala que logró convencerlo ofreciéndole que la profesora le daría unos juguetes y que había juegos en el jardín, los días posteriores asistió con normalidad. Además, comenta que los maestros lo estimaban pues era un niño noble y tranquilo que le gustaba tener amigos y participar en clase. En una oportunidad, cuando tenía cinco años de edad, su madre indicó que se perdió dentro de un mercado lejos de su casa pues se distrajo y se alejó de ella, la madre señala que se tardó dos horas en buscarlo dentro y por los alrededores del mercado y no lo encontraba. Al rato apareció su sobrino trayéndolo en una bicicleta, pues había logrado llegar solo hasta su hogar, donde su primo lo encontró llorando y tocando la puerta de la casa.

En cuanto a su Educación primaria, al iniciar el primer grado de primaria los padres decidieron que continúe en el mismo centro educativo estatal pues consideraban que en cuanto a lo académico era un buen colegio para su hijo. Relata Ángel que la mencionada permanencia fue agradable solía participar en actividades escolares como marchar por fiestas patrias y bailar en el festidanza de su colegio aunque desde el segundo grado de primaria un grupo de compañeros de aula molestaban a los más tranquilos del salón entre ellos a Ángel, pues les quitaban sus mochilas y sus útiles escolares, cuando esto sucedía Ángel le señalaba a la profesora lo ocurrido y ella impartía orden en el aula; sin embargo, esta situación se hacía frecuente con Ángel y otros niños por lo que su madre decidió retirarlo del colegio. Asimismo,

comenta que en su permanencia del colegio era un alumno promedio en su salón de clase aunque el suceso mencionado afectó su rendimiento académico; así también, menciona que su madre no se encontraba atenta de sus tareas escolares pues ella salía muy temprano al trabajo y llegaba cuando él ya se encontraba descansando; por lo que quedaba al cuidado de la abuela materna.

En su Educación secundaria estudió en un colegio particular, su adaptación en este colegio fue progresiva pues la mayoría de adolescentes ya se conocían de años anteriores y a Ángel le costaba iniciar la conversación con sus compañeros, se sentía un poco nervioso pero logró unirse a un pequeño grupo de chicos; no obstante, en segundo grado de secundaria ocurrió que dos compañeros de su aula lo molestaban insultándolo por ser tan callado ante lo cual Ángel menciona que se sintió muy enojado, nervioso y su cuerpo temblaba, los empezó a insultar también y en ese momento se agarraron a golpes siendo detenidos y amonestados por el auxiliar.

Por otro lado, desde el cuarto año empezó a experimentar sintomatología de ansiedad como acalorarse, se ruborizaba, su corazón le latía más rápido, sudaba en las manos y los pies; así también, presentaba tensión en el cuerpo; a partir de que se le asignó exponer en el curso de Ciencia y Ambiente; ya que, al encontrarse frente al salón se le olvidó su exposición lo cual generó que sus compañeros se rían y burlen de él, ante lo cual sintió miedo y le faltaba el aire por lo que decidió cortar su exposición y tomar asiento. Este evento, provocó que en las siguientes ocasiones evitara exponer faltando a su clase el día que le tocaba su exposición y luego pidiendo al profesor el realizar un trabajo para compensar su nota faltante.

Historia psicosexual

Menciona que no ha tenido enamorada hasta la actualidad debido a que le cuesta iniciar la conversación sobre todo con el sexo opuesto; sin embargo, menciona que su interés por el sexo opuesto se inició a los 9 años de edad por algunas compañeras de su clase. En cuanto a su conocimiento acerca de la sexualidad, señala que no ha mantenido relaciones sexuales y que posee alguna información al respecto pues escucha a sus compañeros hablar del tema; así también, considera que es un tema que no suele hablarse en casa.

Ocupación laboral

El evaluado ha trabajado desde los 16 años de edad, iniciándose como vendedor de campo de teléfonos celulares, donde considera que tenía mayor contacto con las personas y eso le ayudaba a entablar la conversación con la gente. En la actualidad, trabaja como operario de limpieza en un restaurante los fines de semana.

Vida social

Ángel suele almorzar junto a su mamá y padrastro los fines de semana en su casa; además, es medianamente frecuente que visite a sus primos que viven en la misma casa multifamiliar, sale al cine o al centro comercial con ellos. También en ocasiones frecuenta a sus amigos más cercanos del vecindario y ven una película o se reúnen por algún cumpleaños. Finalmente, no participa en otro grupo social de su comunidad.

Enfermedades

Esteatosis Hepática, diagnosticado en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en febrero del 2016.

2.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

2.2.1. RESIDENCIA FÍSICA

Ángel convive con su madre y hace 11 meses también con su padrastro en el Distrito de Los Olivos, habitan el segundo piso en una casa construida de material noble de tres pisos, en este lugar suele pasar la mayor parte de su tiempo, donde se dedica a realizar las tareas, trabajos escolares y estudiar para sus exámenes; así también, en sus momentos libres disfruta de escuchar música, jugar videojuegos o visitar a sus primos y tíos que viven en los otros pisos de la casa multifamiliar.

2.2.2. MIEMBROS DEL GRUPO DOMESTICO

Vive con su madre y padrastro, la madre sale de casa a trabajar a las 6 am y regresa alrededor de 8 pm. En las ocasiones que pueden conversar lo hacen de temas como el trabajo, de la familia y del futuro de Ángel; sin embargo, en la mayoría de oportunidades la conversación es corta, pues la madre suele llegar cansada del trabajo; así también, ocurre los fines de semana donde la madre desea quedarse en casa a descansar; aunque, Ángel desea salir a pasear fuera de casa. Su padrastro vive hace 11 meses con Ángel y su madre, trabaja como chofer en una Empresa de plásticos, donde pasa la mayor parte del día y llega por

la noche a cenar y descansar. El padrastro considera al paciente como un hijo pues no le causa problemas a su madre y señala que a pesar que conversan poco, su relación con él es buena.

2.2.3. OCUPACIÓN, COMO POSIBLE FUENTE DE TENSIÓN,

CONFLICTO, RIESGOS DIVERSOS Y SATISFACCIONES

El paciente cuenta con un trabajo remunerado como auxiliar de limpieza donde trabaja los fines de semana. Respecto a las actividades que le generan agrado es el escuchar música romántica o rock, ver videos de animés en internet, jugar videojuegos e ir con sus primos al cine.

2.2.4. CONDICIÓN ECONÓMICA Y SEGURIDAD

Tanto la madre como el padrastro de Ángel se encargan del sustento económico del hogar, ya que se encargan de pagar los servicios básicos de la casa y la canasta familiar; aunque en ocasiones Ángel ayuda económicamente en algunos gastos como compra de víveres o pago de servicios cuando se encuentra trabajando. Así también, en ocasiones cuentan con el sustento para realizar algunos gastos adicionales como salir al cine, comer fuera de casa o realizar las compras de la semana en el mercado.

2.2.5. ACTITUDES HACIA LA SITUACIÓN ACTUAL DE VIDA

Por último, cabe mencionar que tanto la madre como su padrastro desean su mejora, sobretodo la madre se muestra más preocupada e interesada por Ángel, pues demuestra su deseo de que el paciente tenga un mejor manejo de sus emociones y bienestar en general. Así también, por su

lado, Ángel muestra motivación para aplicar las diversas estrategias brindadas durante el proceso del tratamiento con la intención de desarrollar una mejora tanto en el ámbito personal, familiar como social.

2.3. PERSONALIDAD

En cuanto a la personalidad pre-mórbida, Ángel se caracterizaba por ser una persona tranquila; cuando era niño, pese a tener un grupo reducido de amigos, solía jugar con los niños de su barrio; al inicio, le costaba entrar en el juego luego lograba desenvolverse y participar del juego con los niños de su edad; así también, a lo largo de su vida se ha caracterizado por ser poco comunicativo, tiende a no expresar lo que siente y suele confiar poco en sí mismo; además, tiende a tener baja tolerancia a frustrarse y no gustar de emociones fuertes sino de una vida diaria más calmada por lo que al observar de pequeño, las discusiones entre sus padres, cuando su padre llegaba en estado etílico por lo general, optaba por alejarse de la discusión e ir a su dormitorio y en ocasiones reaccionaba defendiendo a su madre.

En cuanto a sus responsabilidades académicas de primaria, se exhibía responsable en realizar sus deberes y solía desear ser policía cuando fuera grande. Tras el evento ocurrido a los 16 años, es que caracteres de su personalidad empezaron a cambiar y otras a destacarse; ya que, en este tiempo empezó a presentar síntomas de ansiedad frente a situaciones relacionadas con lo social que se mencionaron anteriormente; lo cual, le produce que este constantemente alerta a lo que otros puedan opinar de él y su conducta, generándole temor y desconfianza hacia otros; esto lo lleva a tomar distancia, se

aleje de otras personas y retraiga ante acontecimientos; a pesar, que su deseo sea el formar parte de situaciones sociales; sin embargo, opta por evitarlos y predisponerse a negar su interés por ello; por lo tanto, a fin de evitar situaciones que percibe como embarazosas pierde también, la posibilidad de atravesar experiencias positivas con los demás. Por otro lado, debido a la ansiedad social denota una pugna entre seguir los esfuerzos ofrecidos por otros y seguir los suyos propios producto de su ansiedad, disputándose así, entre lo que debería hacer y lo que él siente, ello se refleja a través de comportamientos como molestia o terquedad ante situaciones como discutir con su madre o primos acerca de sus pensamientos como el no saber si debido a como se siente postulará al Instituto o es que su ansiedad no le permitirá estudiar.

Por otra parte, en la actualidad suele ser reservado con sus familiares y amigos en cuanto a sus asuntos personales; a excepción, de su primo materno, con quien guarda mayor confianza y comunicación y es a quien le cuenta acerca de sus dificultades para hablar en grupo y en general con gente nueva; así también, le comenta la ansiedad y vergüenza que siente cuando tiene que exponer y tiene temor que los demás se burlen de él por parecer tonto, por ello, opta por exhibirse distante socialmente a pesar de que desea tener más amistades, salir a reuniones, al cine o a comer y conversar alegremente con amigos sin experimentar miedo a que pueda equivocarse y generarle incomodidad como para querer evitar estas situaciones. Asimismo, es una persona sensible emocionalmente y preocupado por su presente pues desea cambiar de trabajo donde sienta que pueda crecer profesionalmente y tener una satisfacción personal. Por

último, las situaciones mencionadas del paciente Ángel han ocasionado que elabore esquemas cognitivos desfavorables para su socialización tales como: “No soy lo suficientemente inteligente para los demás”, “Nunca podré superar mis temores”, “soy incapaz de hablar frente a los demás, sin sentir ansiedad”, etc.

2.4. HISTORIA FAMILIAR

2.4.1. HISTORIA PERTENECIENTE DE CADA MIEMBRO FAMILIAR

SIGNIFICATIVO

Su familia está conformada por su mamá y padrastro, con una dinámica familiar disfuncional. Falta de comunicación de la madre con su hijo debido a problemas de pareja.

Madre

La señora Gardy de 44 años de edad, natural de la provincia de Lima, estado civil conviviente, labora como Supervisora de Limpieza. Manifiesta preocupación por el retraimiento social de su único hijo puesto que para evitarle malestar no le pregunta acerca de su conducta; sin embargo, sin que Ángel se encuentre presente, la madre conversa con su actual pareja acerca del comportamiento poco social que tiene su hijo. Así también, procura darle durante el mes algunas responsabilidades en el hogar como aportar dinero para pagar algunas cuentas del hogar o aportar dinero para la alimentación.

Al iniciar la entrevista, la informante brindó información específica acerca de las etapas de la vida de su hijo, es así que se pudo apreciar la espontaneidad y

sinceridad en su relato; así como, nos exhibe su preocupación e interés por el estado actual de ansiedad que presenta su hijo, lo cual señala le genera limitaciones, ya que se le dificulta el hablar con otras personas o exponer en público, ello ha ocasionado que se aisle de sus compañeros de trabajo porque le resulta embarazoso el que pueda trabarse al hablar o no decir algo “inteligente” en la conversación y pueda ser rechazado. Además, la madre suele aconsejarle aproximadamente que ahorre dinero y ponga un negocio para que sea más independiente.

La madre se caracteriza por tener empeño en el trabajo al que se dedica, pues hace 12 años aproximadamente, trabaja como supervisora de limpieza, trabajo en el cual permanece la mayor parte del día y regresa a su hogar por la noche; a excepción de los fines de semana que descansa del trabajo y se encuentra la mayor parte del día en casa. Así también, se muestra como una persona insegura cuando no sabe qué decisión tomar respecto a su hijo, es poco demostrativa de cariño mediante caricias o abrazos y poco sociable pues no suele tener amistades cercanas o conversar con personas de su vecindario. No evidencia rasgos psicopatológicos.

Padre

El señor Esmelin de 42 años de edad, proveniente de Hualgayoc - Cajamarca, estado civil conviviente, trabaja como operario en una empresa de textiles. La relación con el paciente es lejana, Ángel no vive con su padre desde los 7 años de edad pues fue en este tiempo que sus padres se separaron por motivos de maltrato físico del padre hacia la madre. Es así como Ángel mantiene contacto con su padre solo en fechas festivas como su

cumpleaños o navidad donde recibe la llamada de su papá, conversan acerca del futuro de Ángel y como le está yendo en la actualidad; sin embargo, el paciente señala que no es de mucha confianza para él. Según el paciente manifiesta que recuerda de su niñez a su padre como poco cariñoso y conversador con las demás personas; así también recuerda episodios de su niñez donde su padre llegaba mareado a casa y en ocasiones había observado que agredía a su madre. En la actualidad, su padre convive con su actual pareja de la cual tiene 3 hijos. El paciente no mantiene contacto con sus medios hermanos.

2.4.2. SITUACIÓN SOCIAL, CULTURAL Y ECONÓMICA DE LA FAMILIA

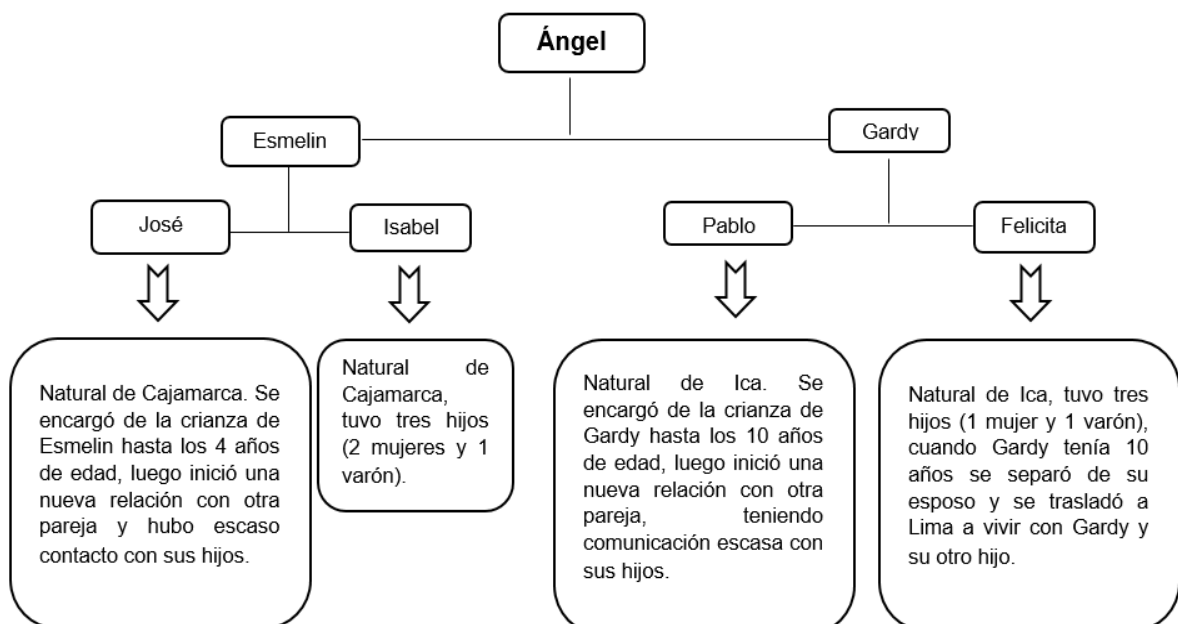
Habitan en la Provincia de Lima, distrito de Los Olivos. Entre sus tradiciones, la familia suele escuchar música tropical y vernacular por influencia de amistades y familia pues en las reuniones que realizan suelen escuchar este género musical. Asimismo, tienen como costumbre asistir a la Iglesia cuando hay alguna ceremonia como bautizo o matrimonio y algunas ocasiones a misa. Además, consideran que es importante ir a visitar al cementerio una vez al año a sus familiares fallecidos como símbolo de que aún los recuerdan. Así también, el padre incentiva al paciente a participar de deportes como el fútbol pero no es de agrado de su hijo, pues Ángel se inclina por actividades como escuchar música y jugar videojuegos; por el lado de la madre, ella considera que es importante ir a la Iglesia por lo menos 1 vez al mes, rezar y pedir por los suyos; asimismo, celebran fechas como cumpleaños y navidades, donde realizan una pequeña reunión en compañía de sus familiares más cercanos con la realización de algún plato criollo y bebidas como gaseosa y cerveza. Además, tanto el padre como la madre no son creyentes de que existe la brujería pues explican que eso no corresponde a Dios.

Por otro lado, la familia se percibe en un nivel económico mediano bajo, puesto que tanto la madre y el padrastro se encuentran en la posibilidad de proporcionarle a Ángel los servicios básicos de la casa y su canasta familiar, donde Ángel apoya con algunos gastos como el pago de los servicios de luz y agua; además, cuentan con la posibilidad de al menos una vez al mes salir al cine o de paseo por centros comerciales; sin embargo, no cuentan con la suficiente solvencia económica de brindar estudios superiores al paciente en una universidad.

2.4.3. CONDICIÓN ECONÓMICA Y SEGURIDAD

Tanto la madre como el padrastro de Ángel se encargan del sustento económico del hogar, ya que se encargan de pagar los servicios básicos de la casa y la canasta familiar; aunque en ocasiones Ángel ayuda económicamente en algunos gastos como compra de víveres o pago de servicios cuando se encuentra trabajando. Así también, en ocasiones cuentan con el sustento para realizar algunos gastos adicionales para salir al cine, comer fuera de casa o realizar compras.

2.4.4. ESTRUCTURA FAMILIAR



2.4.4. Valores y hábitos sociales del grupo familiar

Los valores inculcados que posee la familia son ser responsables cada quien con las funciones que tienen tanto en la casa como en el trabajo; así también, demuestran responsabilidad pagando de manera puntual sus deudas evitando tener intereses con los bancos o problemas con sus familiares; asimismo, incentivan la solidaridad cuando prestan dinero a sus familiares con el propósito que puedan resolver alguna urgencia que lo amerite; además, demuestran el valor de la honestidad y sinceridad con las personas de su entorno. En cuanto al padre de familia, no convive con Ángel y su madre, existe escasa comunicación con él pues se comunica vía telefónica con Ángel solo en fechas festivas como su cumpleaños o navidad.

2.4.5. Relaciones interpersonales de sus miembros y con el paciente

La madre de Ángel y su padrastro suelen participar con poca frecuencia en las reuniones de la comunidad como cumpleaños de algún vecino o en actividades que se realicen en el vecindario con fines de recreación. Por otro lado, disfrutan de pasear en familia la mayoría de los fines de semana para almorzar los tres juntos, ir al cine o pasear por los centros comerciales. En la actualidad, tienen mayor apertura para conversar acerca de cómo les va en el trabajo, las discusiones que pueden tener entre ellos cuando se ofuscan por alguna situación y qué planes tienen para su futuro. Así también, Ángel mantiene una relación más cercana con sus primos y tíos que son contemporáneos a él, salen al cine, se prestan la ropa y acuden esporádicamente a reuniones de cumpleaños de amigos en común, suelen contarse secretos y Ángel toma en cuenta sus consejos

respecto a cómo iniciar nuevas amistades. En el hogar, mantiene poca comunicación con su padrastro a pesar de mantener una relación cordial; sin embargo, Ángel mantiene mayor cercanía con su madre, en ocasiones suelen tener largas conversaciones donde su madre le brinda consejo y apoya cuando Ángel tiene la apertura para platicar acerca de su futuro; aunque no suele tener la confianza con ella para platicar acerca de sus miedos sobre lo dificultoso que se le hace interactuar con los demás, cuando le cuesta iniciar una conversación; así como, él dar su opinión otra persona pueda calificarlo como “poco inteligente” y ser objeto de burla por ello.

2.5. EXAMEN MENTAL

El evaluado aparenta la edad cronológica que manifiesta, viste acorde a la estación, ocasión, situación socioeconómica y género con aliño y aseo personal adecuado. Así también, evidencia marcha normal al dirigirse a consulta y su postura semiencorvada.

Así mismo, sus facies denotan preocupación cuando relata sus experiencias desagradables al momento de interactuar con otra persona generando mayor sudoración en zonas del rostro y manos; sin embargo, a pesar de las dificultades que le ocasiona expresar sus emociones en el transcurso de las sesiones se muestra más relajado y en confianza logrando narrar a mayor detalle sus preocupaciones y miedos, pues colabora con las pruebas psicológicas aplicadas en un inicio de la evaluación; así como, con los ejercicios y tareas asignadas en las sesiones de tratamiento.

Además, evidencia conciencia lúcida, está orientado en persona, tiempo y espacio. Presenta un lenguaje fluido y coherente con tono de voz adecuado.

A nivel de afectividad, presencia de ansiedad estado severo, ansiedad rasgo moderado y depresión leve.

De igual manera, en las áreas de memoria y percepción se encuentran conservadas, puesto que es capaz de evocar información a corto plazo y carece de la presencia de ilusiones o alucinaciones respectivamente. Así también, no refleja dificultades para conciliar el sueño, logrando descansar tranquilamente por las noches.

Por otro lado, a nivel de pensamiento demuestra que este es de contenido fóbico, debido a que reacciona con excesivo temor ante aquellas situaciones que considera podría ser evaluado o calificado de manera negativa; asimismo, exhibe una visión catastrófica, pues suele anticipar que su desempeño en lo social es desaprobatorio o negativo, lo cual provoca un incremento de su ansiedad, evitando así, situaciones que podrían resultar embarazosas para él.

Así también, en el aspecto intelectual evidencia un nivel de pensamiento abstracto pues posee la capacidad de razonar, asimilar información nueva y logra relacionarla con sus saberes previos con la intención de resolver problemas cotidianos; además, posee habilidades en operaciones matemáticas pues denota capacidad de discriminar los detalles relevantes de los elementos superficiales según el contexto en el que se encuentre.

Por último, el paciente exhibe conciencia de enfermedad ante su problemática, así como, motivación y pensamientos positivos de recuperar su

estabilidad emocional a través del tratamiento psicológico. Finalmente, su estado actual afecta en su ámbito personal, académico y social.

2.6. INFORME PSICOLÓGICO

INFORME PSICOLOGICO

DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Ángel
Edad	: 17 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 26/07/1998
Lugar de Nacimiento	: Lima
Grado de Instrucción	: 5to. de secundaria
Ocupación	: Estudiante - Auxiliar de limpieza
Religión	: Católico
Estado Civil	: Soltero
Número de Hermanos	: Hijo único
Lugar de Residencia	: Los Olivos
Referente	: El paciente
Motivo de Evaluación	: Área de rasgos de personalidad, afectiva y emocional

Evaluador : Int. II Lisette K. Huertas Cercado
Supervisión : Mag. Gladys Ibonni Toranzo Pérez
Fechas de Evaluación : 13/06/2015; 27/06/2015; 18/07/2015; 26/07/2015;
07/08/2015
Fechas de Informe : 10/08/2015

Técnicas Utilizadas : Observación y Entrevista Psicológica
Instrumentos Utilizados : Cuestionario sobre la Historia de Vida de Arnold Lazarus
Inventario Clínico Multiaxial de Millon II
Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck
(Forma- B)
Inventario de Depresión de Beck II
Escala de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta, a continuación refiere: “Tengo dificultades para relacionarme con la gente, recuerdo que esto me ocurre desde cuarto de secundaria, pues al cambiarme de colegio conocí gente nueva y tuve una experiencia vergonzosa en este nuevo colegio; recuerdo que me caba exponer, era una exposición importante para la nota final, yo sabía el tema, pero en ese momento que estaba frente a todos empecé a sentir mucho calor, me ruborice, mi corazón me latía más rápido, sudaban mis manos y pies; así también, sentía tensión en mi cuerpo; tuve que empezar a leer mi papel pues no recordaba mi exposición, mis compañeros empezaron a burlarse de mí y hablar entre ellos de

lo sucedido, lo cual me hizo sentir muy incómodo y nervioso. A pesar que desde antes me ha costado iniciar la conversación con otros pues suelo ser tranquilo, lo que me sucedió ha hecho que sea más temeroso al relacionarme con gente nueva, hablarle a una chica, decir mi propia opinión, entrar a un lugar cuando las personas ya están sentadas y sobretodo tener que exponer pues me da miedo que me critiquen o ser el centro de atención, por ello suelo no estar con gente que pueda opinar acerca de mí, recorro a evitar la mirada, alejarme por eso prefiero no salir mucho o trato de irme rápido de lugar donde estoy cuando hay gente que no conozco; así también, cuando me invitan a una reunión o fiesta prefiero no ir porque me pongo a pensar que podrían pensar de mí.

OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Paciente de género masculino, de tez trigueña, de cabello corto y color negro, de contextura gruesa y estatura promedio. Aparenta la edad cronológica que posee, viste acorde a su género, edad, situación socio económico y estación del año, con aliño e higiene personal apropiada. Así también, se presenta con marcha normal y postura semiencorvada, sus facies denotan preocupación e intranquilidad; asimismo, no establece contacto. Por otro lado; su conciencia es lúcida, su atención sostenida se encuentra orientado en persona, tiempo y espacio. Asimismo, muestra pensamiento coherente de tipo anticipatorio y catastrófico; así también, deja notar un lenguaje fluido con tono de voz adecuado. Además, refleja memoria remota e inmediata conservadas. Finalmente, su actitud fue colaboradora durante el proceso de evaluación.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En cuanto a la personalidad pre-mórbida, Ángel se caracterizaba por ser una persona tranquila; cuando era niño, pese a tener un grupo reducido de amigos, solía jugar con los niños de su barrio; al inicio, le costaba entrar en el juego luego lograba desenvolverse y participar de los mismos; así también, a lo largo de su vida se ha caracterizado por ser poco comunicativo, tiende a no expresar lo que siente y suele confiar poco en sí mismo; además, tiende a tener baja tolerancia a la frustración y no gustar de emociones fuertes sino de una vida diaria más calmada por lo que al observar de pequeño, las discusiones entre sus padres, cuando su padre llegaba en estado etílico por lo general, optaba por alejarse de la discusión e ir a su dormitorio y en ocasiones reaccionaba defendiendo a su madre.

En cuanto a sus responsabilidades académicas de primaria, se exhibía responsable en realizar sus deberes y solía desear ser policía cuando fuera grande. Tras el evento ocurrido a los 16 años, es que caracteres de su personalidad empezaron a cambiar y otras a destacarse; ya que, en este tiempo empezó a presentar síntomas de ansiedad frente a situaciones relacionadas con lo social que se mencionaron anteriormente; lo cual, le produce que este constantemente alerta a lo que otros puedan opinar de él y su conducta generándole temor y desconfianza hacia otros; esto lo lleva a tomar distancia, se aleje de otras personas y retraiga ante acontecimientos como hablarle a gente nueva, hablarle a una chica, decir su opinión, entrar a un lugar lleno de gente y sobretodo el exponer en público; a pesar, que su deseo sea el formar parte de situaciones sociales; sin embargo, opta por evitarlos y predisponerse a negar su interés por ello; por lo tanto, a fin de evitar situaciones que percibe como embarazosas pierde también, la posibilidad de atravesar experiencias positivas con los demás. Por otro lado, debido a la ansiedad social denota una pugna entre

seguir los esfuerzos ofrecidos por otros y seguir los suyos propios producto de su ansiedad, disputándose así, entre lo que debería hacer y lo que él siente, ello se refleja a través de comportamientos como molestia o terquedad ante situaciones cómo discutir con su madre o primos acerca de sus pensamientos, cómo el no saber, si debido a cómo se siente postulará al Instituto o es que su ansiedad no le permitirá estudiar.

Por otra parte, en la actualidad suele ser reservado con sus familiares y amigos en cuanto a sus asuntos personales; a excepción, de su primo materno, con quien guarda mayor confianza y comunicación y es a quien le cuenta acerca de sus dificultades para hablar en grupo y en general con gente nueva; así también, le comenta la ansiedad y vergüenza que siente cuando tiene que exponer y tiene temor que los demás se burlen de él por parecer tonto, por ello, opta por exhibirse distante socialmente a pesar de que desea tener más amistades, salir a reuniones, al cine o a comer y conversar alegremente con amigos sin experimentar miedo a que pueda equivocarse y generarle incomodidad como para querer evitar estas situaciones. Asimismo, es una persona sensible emocionalmente y preocupado por su presente pues desea cambiar de trabajo donde sienta que pueda crecer profesionalmente y tener una satisfacción personal. Por último, las situaciones mencionadas del paciente Ángel han ocasionado que elabore esquemas cognitivos desfavorables para su socialización tales

como: “No soy lo suficientemente inteligente para los demás”, “Nunca podré superar mis temores”, “Soy incapaz de hablar frente a los demás, sin sentir ansiedad”, etc.

En el área de afectividad, el evaluado presenta un nivel leve de depresión que se encuentra en relación a la disfuncionalidad que le provoca los síntomas de ansiedad y rasgos de personalidad con tendencia auto derrotistas; por lo tanto, evidencia tristeza persistente al no emprender actividades sociales que espera realizar pero no puede; así también, se muestra pesimista al pensar que será muy difícil superar esta situación, viendo su futuro como incierto y cuando ve al pasado

filtra que ha tenido muchos errores debido a pocas experiencias vividas positivamente por él en su relación con los demás, mostrando pérdida de confianza en sí mismo para tomar decisiones y sentirse con menos valor al compararse con otros; sin embargo, ello no afecta el que continúe asistiendo al colegio y al trabajo la mayor parte del tiempo; excepto, cuando tiene programada una exposición o tiene que hacer frente a situaciones sociales a las cuales reacciona con evitación o escape.

En el área emocional, a nivel cuantitativo, presenta ansiedad estado a nivel severo; puesto que, manifiesta sintomatología ansiosa como ritmo cardiaco acelerado, temblor de manos, sudoración en manos y pies, y una tensión muscular acompañada por preocupación y temor a los que la gente piensa sobre él o ser el centro de atención; así como, preocupación por posibles desgracias futuras, donde pueda ser juzgado o criticado de manera vergonzosa por otros; por lo cual, exhibe pensamiento anticipatorio y catastrófico; además, de dificultad para

relajarse y evidenciarse irritable e intranquilo ante la contrariedad de no lograr manejarse ante situaciones sociales, realizando conductas de evitación cuando le toca enfrentarse a relaciones con gente nueva, hablarle a una chica, expresar lo que siente, responder preguntas del profesor, al entrar a un lugar cuando ya hay gente sentada y cuando lo invitan a una fiesta o reunión; por otra parte, realiza conductas de escape cuando le programan una exposición en su salón de clases. En cuanto a la ansiedad rasgo presenta un nivel moderado, lo cual precisa una predisposición ansiosa, que implica que el paciente a lo largo de su vida, tienda a percibir las situaciones como amenazadoras, no permitiéndoles realizar un adecuado manejo de sus niveles de ansiedad.

CONCLUSIONES

- En el área de personalidad, el examinado presenta rasgos de personalidad evitativo y pasivo – agresivo; así como, introversión e inestabilidad, impresionando tendencia al temperamento de tipo melancólico.
- Con respecto al área de afectividad, el evaluado presenta un nivel leve de depresión.
- En el área emocional, el paciente evidencia un nivel de ansiedad estado severo; así como, un nivel de ansiedad rasgo moderado.

RECOMENDACIONES

- Terapia Cognitivo – Conductual.

CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCION

3.1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la información recopilada durante el proceso de evaluación, se evidencia dificultades a nivel cognitivo y conductual del evaluado. El paciente presenta tendencia a interpretar de manera distorsionada diversas situaciones de índoles social, lo cual le genera altos niveles de ansiedad que se manifiestan a través de reacciones fisiológicas como ritmo cardiaco acelerado, temblor y tensión corporal, sudoración de manos, pies y ruborización; además, esto se ve reforzado a nivel conductual, por comportamientos de evitación y escape que le generan también respuestas emocionales como tristeza e irritabilidad por su desempeño personal, social y familiar.

Por lo expuesto anteriormente, se vio conveniente iniciar el proceso psicoterapéutico a través del marco cognitivo conductual, lo cual le permitirá identificar, evaluar y modificar las formas como atribuye significados a sus experiencias y el cómo se anticipa hacia eventos futuros provocándole disfuncionalidad, por lo tanto, se busca que el paciente aprenda formas más saludables de respuesta ante situaciones tanto de manera emocional como conductual.

Para ello, con la finalidad de combatir las creencias irracionales se realizará la técnica de reestructuración cognitiva, la cual además permitirá la identificación de pensamientos automáticos y la búsqueda de evidencia a favor y en contra de estos. Así también, se buscará que entienda y equilibre sus niveles de ansiedad haciendo uso de la identificación de los síntomas para luego emplear técnicas como la respiración abdominal y la relajación muscular progresiva de Jacobson, originando de esta manera un mejor manejo y control de la situación.

Se utilizará la técnica de desensibilización sistemática para que por medio de la imaginación pueda enfrentar las situaciones sociales temidas, adquiriendo además pensamientos de afronte que le permitan controlar sus niveles de ansiedad, para luego realizar exposición gradual en vivo. Por último, se considera importante realizar el entrenamiento en habilidades sociales para que así el paciente pueda desenvolverse de forma adecuada en su medio personal y social.

3.2. OBJETIVOS

Objetivo general

- ❑ Mejorar el estado afectivo y emocional del paciente; a través de la modificación de pensamientos distorsionados por otros más adaptativos que le permitan enfrentarse de manera satisfactoria a diferentes situaciones en el área personal, social y familiar.

Objetivos específicos

- ❑ Explicar al paciente la problemática a través del modelo cognitivo – conductual, como el concepto de ansiedad y sus componentes.
- ❑ Lograr que el paciente comprenda el origen y forma en que se mantienen los niveles de ansiedad que presenta ante situaciones de exposición social.
- ❑ Explicar al paciente la relación entre pensamiento, emoción y conducta
- ❑ Entrenar al paciente en técnica de respiración abdominal
- ❑ Lograr el aprendizaje del manejo de las unidades subjetivas de ansiedad (SUD) y de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
- ❑ Explicar acerca de los pensamientos automáticos y lograr que el paciente lo identifique.
- ❑ Lograr que el paciente identifique y modifique sus pensamientos distorsionados
- ❑ Elaborar una jerarquía de situaciones estresantes
- ❑ Entrenar al paciente en técnicas de autoinstrucciones
- ❑ Realizar las exposiciones en vivo de forma gradual
- ❑ Entrenar al paciente en habilidades sociales

- ❑ Entrenar al paciente en técnicas de solución de problemas.

3.3 METODOLOGÍA

Se estableció un contrato terapéutico entre terapeuta y paciente, en el cual ambos se comprometieron a tener una participación activa durante el proceso de terapia. De esta forma obtuvo la colaboración profesional por parte de la terapeuta explicando y llevando a cabo las diversas técnicas terapéuticas; así también, por parte del paciente, la participación comprometida en el desarrollo de técnicas y en el cumplimiento de las tareas que se deleguen.

El desarrollo de la terapia se llevó a cabo en 19 sesiones, las cuales tuvieron una duración de 45 minutos, una vez por semana y tres sesiones de seguimiento, en donde se aplicaron las diversas técnicas cognitivas – conductuales para lograr los objetivos propuestos.

3.4 ANALISIS FUNCIONAL

ESTIMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTA	ESTIMULOS CONSECUENTES
-------------------------------	-----------------	-------------------------------

<p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar en publico • Cuando tiene una exposición • Entrar a un salón lleno de gente. • Hablar con una chica • Iniciar una conversación • Tener que decir su opinión • Contestar una pregunta en clase • Pedir un cambio de conducta que le molesta. • Llamar por teléfono • Hacer contacto visual • Asistir a reuniones sociales. • Hablar con personas desconocidas <p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordar cuando en su colegio se burlaron de él al exponer. • Imaginar: “En mi exposición las personas se reirán, hablarán y me criticarán”. • Imaginar: “Mientras expongo tartamudeo y me bloqueo”. • Pensar: “No diré nada inteligente”. • Pensar: “Pensarán mal de mí” 	<p>COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si expongo lo haré todo mal, me trabaré y bloquearé”. • “Se burlarán de mí” • “Diré cosas tontas y sin sentido” • “No podré hacerlo” • “La gente pensará que no diré nada interesante” • “Si no lo he hecho antes ahora tampoco podré” • “Deberían dejar de mirarme cuando entro al salón” • “No sé qué decir” • “Todos me quedarán viendo” • “Me van a mirar raro” • “Criticarán lo que digo” • “No digo nada inteligente” • “Le pareceré aburrido” • “Que no me conteste un familiar” • “Se darán cuenta de lo nervioso que estoy” • “Se pasarán de largo” <p>EMOCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ansiedad (10/10) • miedo (8/10) • tristeza (6/10) • irritabilidad (6/10) <p>MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular • temblor muscular • Tartamudear • Contestar con monosílabos <p>FISIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceleración del ritmo cardiaco. • Sudoración de manos y pies. • Malestar estomacal 	<p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando un compañero expone en clase y los demás se ríen. • No asistir al colegio cuando le toca una exposición. • Se excusa frente al profesor y pide hacer un trabajo para compensar su nota de exposición. • Decir excusas a sus amigos. • Sale del grupo • Se queda callado • Madre no le deja más actividades cuando se queda en casa. <p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensar: “ Si mis compañeros se burlan cuando expongo, mejor no lo hago” • Pensar: “Esto es algo que no podré superar nunca” • Pensar: “Mejor no entro” • Mantenerse en silencio en una conversación y en clase. • No hace contacto visual <div data-bbox="1050 1438 1433 1736" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Latencia: Inmediata • Duración: Variable • Frecuencia: Cada vez que se encuentra frente a esas situaciones sociales. </div>
--	---	--

3.5 SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

SESIÓN # 1

Objetivos de la Sesión

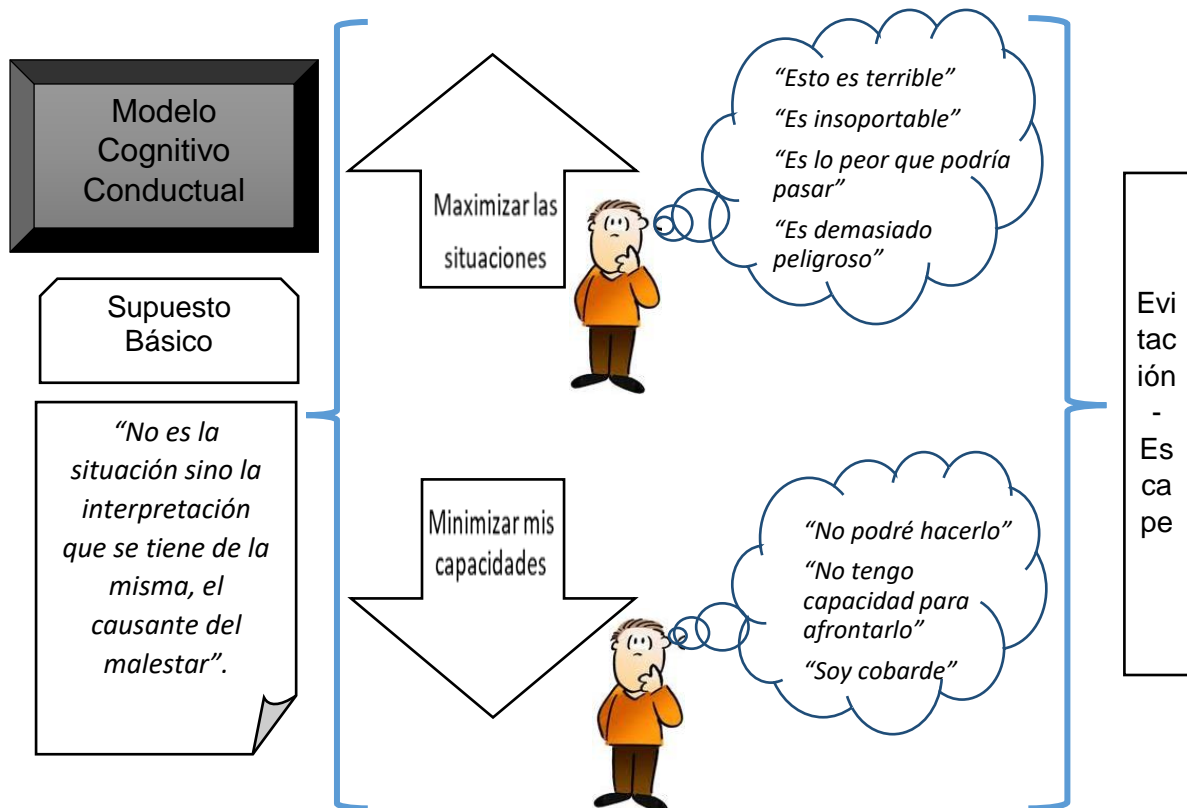
- * Reafirmar la alianza terapéutica
- * Explicar al paciente la naturaleza de su problema, sus causas y los factores que la mantienen.
- * Explicar el origen y mantenimiento de la fobia social
- * Mostrar los objetivos de la terapia así como llegar a conocer las expectativas del paciente en cuanto a su mejora.

Técnicas

- * Psicoeducación
- * Diálogo expositivo
- * Asignación de tareas

Descripción de la sesión

Se inició el proceso psicoterapéutico, dándole la bienvenida al paciente; a continuación, se pasó a la explicación acerca de la problemática de su situación actual mediante el Modelo Cognitivo - Conductual, teniendo énfasis en la diferencia entre ansiedad adaptativa y desadaptativa; así como, en las causas y factores que hacen que se mantenga la ansiedad:



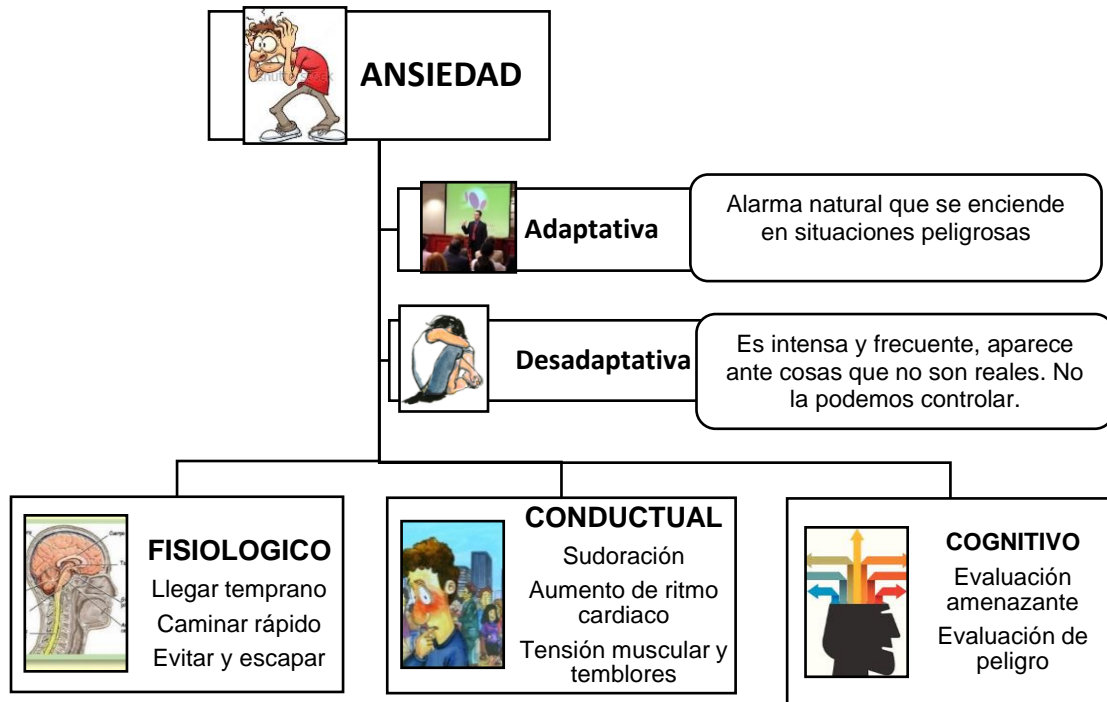
T: Ángel, como podemos observar en la imagen, la *ansiedad adaptativa* se explica como una respuesta de alarma natural que se activa ante situaciones de peligro. Por ejemplo: Estas caminando en la calle y observas que hay muchos policías con arma en sus patrullas, automáticamente tu sistema se activa y puedes sospechar que puede haber cerca unos ladrones. Ante esto empezamos a sentir ansiedad e inmediatamente recurrimos a una solución para protegernos como avanzar más rápido, meternos a un lugar seguro, etc.

En cambio la *ansiedad desadaptativa* se da como una reacción emocional que es intensa ante situaciones en las que no hay un peligro real. Por ejemplo: estas en casa y empiezas a preocuparte porque pueda entrar un ladrón a robarte en ese momento pese a que tu casa es segura. Ante esto empiezas a sentir ansiedad e inmediatamente sientes cambios a nivel corporal, más tenso y estamos en un estado de alerta.

P: Oh, ya entiendo, eso quiere decir que si por ejemplo hoy tengo un examen oral mi ansiedad adaptativa me permitiría estudiar lo más importante y necesario para poder aprobar mi examen y mi ansiedad desadaptativa sería por ejemplo si me pongo nervioso por dar mi opinión porque pienso que se pueden burlar, pero en realidad no ha pasado.

T: Muy bien, Ángel, lo has comprendido.

Posterior a ello, se pasó a explicarle los componentes de la ansiedad usando el siguiente gráfico:

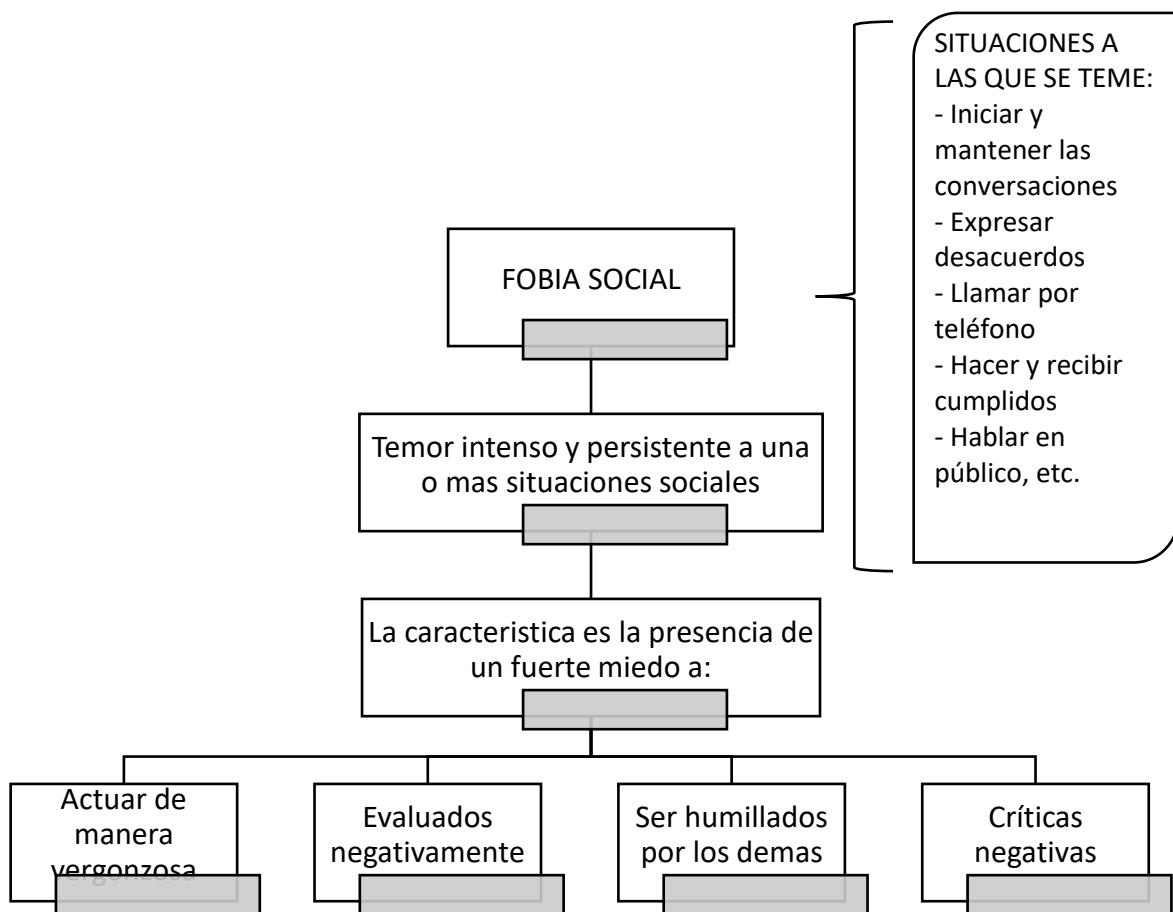


T: Muy bien Ángel, veo que has podido comprender mi explicación. Ahora que ya tienes esta información de que es la ansiedad adaptativa y desadaptativa; así como, sus componentes, me gustaría que me expliques con tus palabras cual crees que es tu dificultad actual.

P: Pues, supongo que mi temor a las relaciones sociales o hacer cosas frente a personas, en ese caso mi ansiedad sería desadaptativa porque evito y escapo por temor a que me critiquen o se burlen; sin embargo, también es mi pensar, porque evaluó mal esas situaciones y me pongo nervioso.

T: Lo has hecho bien Ángel, has podido identificar lo que aprendiste hoy en tu caso en particular, lo que has mencionado recibe el nombre de Fobia Social que es un miedo intenso a situaciones sociales en las cuales no existe un peligro real por ello es desadaptativa.

Finalmente, se le explicó el origen y mantenimiento de la fobia social mediante un gráfico:



T: Como ves Ángel, esto generalmente nace por un conjunto de situaciones que hacen que nuestra ansiedad aumente hasta que no la podamos controlar; es decir, nos condicionamos a que por ejemplo al exponer en público puedas recibir críticas y burlas por parte de los demás compañeros y nos reforzamos en que se mantenga pues lo evitas o escapamos de la situación que temes; así es como aumenta el temor.

P: Nunca lo había visto de esa manera, ahora lo entiendo.

T: Así es, pero no te preocupes a lo largo de la terapia vamos a buscar que con un paso a la vez, puedas tener control sobre tu ansiedad y gradualmente logres superar esas situaciones en las que escapamos o evitas.

P: ¿Lisette, crees que pueda lograr eso?

T: Como has visto, ello es aprendido; por lo tanto, lo puedes desaprender, definitivamente ya te encuentras un paso más cerca de lograrlo, vamos a trabajar en ello.

Posteriormente, se le planteo al paciente el objetivo general y los específicos del Proceso terapéutico que se encuentran mencionadas en la justificación del Programa de Intervención; además, se le consultó cuáles eran sus expectativas con respecto a la terapia psicológica, a lo cual respondió lo siguiente:

- Dejar de sentirme ansioso cuando expongo en mi salón de clases.
- Lograr iniciar la conversación con gente nueva y con personas del sexo opuesto.
- Decir mi punto de vista sin sentirme juzgado por los demás.
- Sentirme tranquilo y calmado al entrar a un lugar a pesar de haber gente ya sentada.

Finalmente, se le indicó como tarea para la siguiente sesión: Traer información acerca del concepto de ansiedad y síntomas fisiológicos de emociones y conducta; así como, que resalte en casa los síntomas que presenta.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 2

Objetivos de la Sesión

- * Revisar la tarea asignada la sesión anterior
- * Retroalimentar sobre el concepto de ansiedad
- * Explicar y entrenar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta

Técnicas

- * Retroalimentación
- * Psicoeducación
- * Columnas paralelas
- * Reestructuraciones cognitivas
- * Asignación de tareas

Descripción de la sesión

El paciente acude a su sesión de intervención para continuar con el proceso psicoterapéutico, donde se le dio la bienvenida y se le felicitó por la puntualidad y asistencia. Así también, se dio paso a revisar la tarea asignada de la sesión anterior, acerca de buscar información sobre el concepto de ansiedad y los síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales; además, que pueda resaltar los síntomas que a él le ocurren; es así, que con la tarea asignada al paciente se realizó la retroalimentación de la sesión anterior de la siguiente manera:

INFORMACION RECOPIADA POR EL PACIENTE

La ansiedad es una respuesta de anticipación del organismo frente a estímulos que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión.

Ansiedad: Señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad, en los que se desequilibra los sistemas que ponen en marcha la respuesta normal de ansiedad es cuando la ansiedad se convierte en no saludable, provocando un malestar significativo, con síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales,



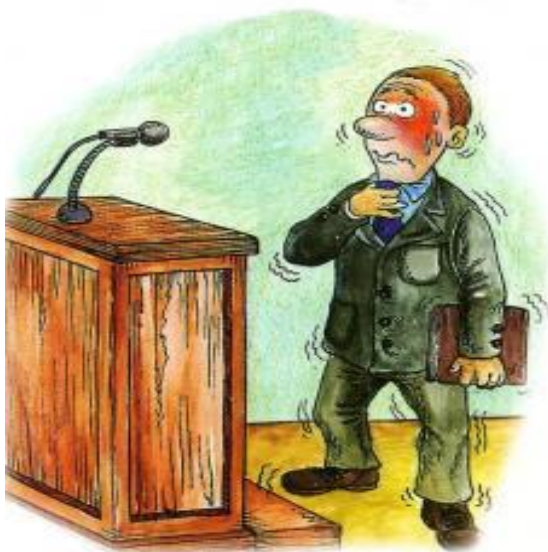
LISTA DE SINTOMAS FISIOLÓGICOS

- Taquicardia
- Palpitaciones
- Opresión en el pecho
- Falta de aire
- Temblores
- Sudoración
- Molestias digestivas
- Náuseas
- Vómitos
- Sensación de mareo



LISTA DE EMOCIONES

- | | |
|----------------------|-------------------|
| ▪ <u>Vergüenza</u> | ▪ Compasión |
| ▪ Amor | ▪ Aburrimiento |
| ▪ <u>Inseguridad</u> | ▪ Esperanza |
| ▪ <u>Frustración</u> | ▪ <u>Tristeza</u> |
| ▪ <u>Miedo</u> | ▪ Resentimiento |
| ▪ Sorpresa | ▪ Culpa |
| ▪ Confusión | ▪ <u>Ansiedad</u> |
| ▪ Impaciencia | ▪ Odio |
| ▪ Irritación | ▪ <u>Angustia</u> |
| ▪ Ira | ▪ Envidia |



LISTA DE CONDUCTAS

- Movimientos nerviosos
- Distancia entre personas
- Expresiones faciales
- Escape
- Evitación
- Inquietud motora
- Conductas agresivas
- Tartamudeo
- Paralización
- Sudoración
- Molestias digestivas
- Náuseas
- Vómitos
- Sensación de mareo

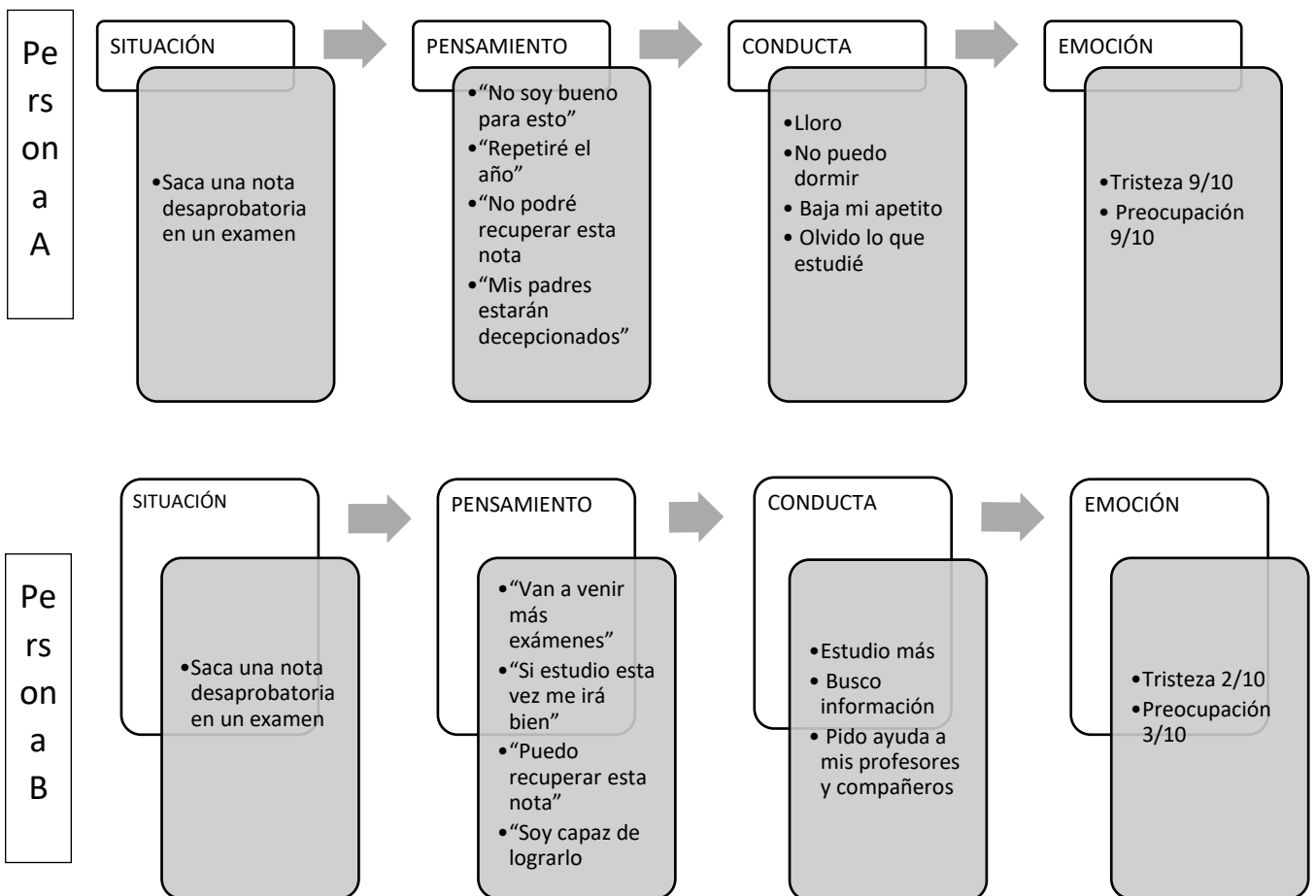
Luego, se le felicitó por el cumplimiento de la actividad y se le preguntó si tenía alguna duda o pregunta de lo tratado hasta el momento a lo cual respondió que no. Por lo tanto, se continuó con la sesión programada de la manera siguiente:

T: En relación con lo que vimos la sesión anterior; en el objetivo de la sesión de hoy, veremos cómo interactúa lo que piensas, sientes y lo que haces para no afrontar una situación.

P: Ok, perfecto.

T: Miremos este ejemplo...

TÉCNICA DE COLUMNAS PARALELAS



Posteriormente, se le preguntó al paciente:

T: ¿Observas que ambas personas (A y B) han pasado por la misma situación?, pero la persona B ha sentido menos intensidad de tristeza y preocupación. Luego de observar ambos cuadros me gustaría que me digas ¿Cuál crees tú que es la diferencia entre la persona A y la persona B?”.

P: Parece que lo que cambió fue su pensamiento...

T: Exactamente Ángel, son justamente nuestros pensamientos los que van a determinar nuestra forma de actuar pero sobretodo todo lo que sentimos en determinada situación, contrario a lo que se cree: Que nuestras emociones nos llevan a pensar de determinada manera, cuando en realidad el proceso es al revés. Ahora Ángel, realizaremos un ejercicio, pero aplicado a tu caso, me gustaría que elijas una situación que te cause ansiedad y que como en el ejemplo que acabamos de ver, reconozcas tus conductas, emociones y pensamientos.

P: Ok, me parece bien.

El paciente tardó unos minutos elaborando el ejercicio, quedando de la manera siguiente:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
<input type="checkbox"/> Exponer frente al salón de clases	<input type="checkbox"/> “Me trabaré al hablar” <input type="checkbox"/> “No podré hacerlo” <input type="checkbox"/> “Me van a criticar y se burlarán si fallo”	<input type="checkbox"/> Tristeza (7/10) <input type="checkbox"/> Ansiedad (8/10) <input type="checkbox"/> Miedo (8/10)	<input type="checkbox"/> Hablar rápido y con tono de voz bajo, trabarse al hablar, temblor de cuerpo

A continuación se realizó el siguiente debate:

T: Ángel, ¿Alguna vez te has atrevido a hacer algo por más que tengas temor?

P: Mmm pues sí, hablarle a una chica que me gustaba.

T: Cuéntame, y ¿Entre tus planes estaba hacerlo?

P: Pues si en algún momento si, pero pensé que no lo lograría tenía mucho miedo

T: Eso habla bien de ti Ángel, pues a pesar que pueda haber temor te lo propusiste y encontraste la manera de vencer el temor y poder conversar con aquella chica.

P: Si, ahora que lo pienso, si fue un logro, no suelo hacer eso.

T: Entonces, podemos ver Ángel que ello es una prueba de que eres capaz de lograr tus objetivos, porque lo hiciste bien.

P: Si, es verdad. En realidad no lo había visto de esa manera.

T: De la misma manera, podrás ver desde ahora en adelante que tus pensamientos no siempre se ajustan a la realidad; pues hemos comprobado el día de hoy que cuando te lo propones, logras hacerlo y el nerviosismo que puedas sentir queda de lado; por lo tanto, hay momentos en los que puedes relacionarte mejor con otras personas.

Veamos nuevamente el ejemplo y ahora que los hemos comprobado podrás plasmar ejemplos más adaptativos de pensamiento:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
<input type="checkbox"/> Exponer frente al salón de clases	<input type="checkbox"/> "Si fallo no será tan malo" <input type="checkbox"/> "Puedo controlar mi ansiedad y no trabarme"	<input type="checkbox"/> Tristeza (4/10) <input type="checkbox"/> Preocupación (3/10) <input type="checkbox"/> Cólera (2/10)	<input type="checkbox"/> Estar tranquilo, hablar fluidamente y con tono de voz adecuado

T: Es importante que lo que pensamos sea llevado a la búsqueda de pruebas o

evidencias que lo sustenten, pero en caso no encontremos ninguna, podremos decir que estuvimos equivocados.

Al concluir el ejercicio en sesión, se dejó realizar tarea en casa, que consiste en identificar cuatro conductas sociales que le causen malestar significativo y con lo cual redactará 4 ejercicios de como normalmente reaccionaria a nivel conductual, que emoción desencadenaría y su pensamiento. Además, se le solicitó realizar una segunda tabla donde pueda realizar los mismos cuatro ejercicios pero de una forma que le permita adaptarse y sentirse bien.

Conclusión

- * Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 3

Objetivos de la Sesión

- * Revisar la tarea asignada la sesión anterior
- * Entrenar en la diferenciación de tensión y relajación
- * Entrenar al paciente en respiración abdominal
- * Entrenar al paciente en el manejo de las unidades subjetivas de ansiedad (SUD).
- * Entrenar en la relajación muscular progresiva de Jacobson (Primer grupo).

Técnicas

- * Retroalimentación

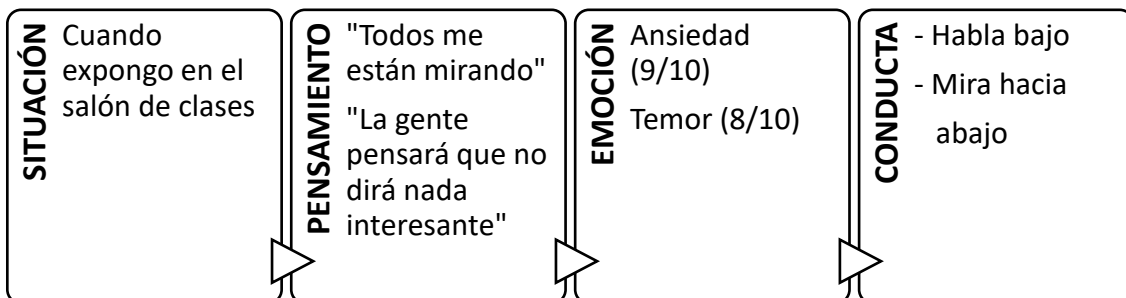
- * Psicoeducación
- * Respiración abdominal
- * Relajación muscular progresiva - 1er grupo muscular

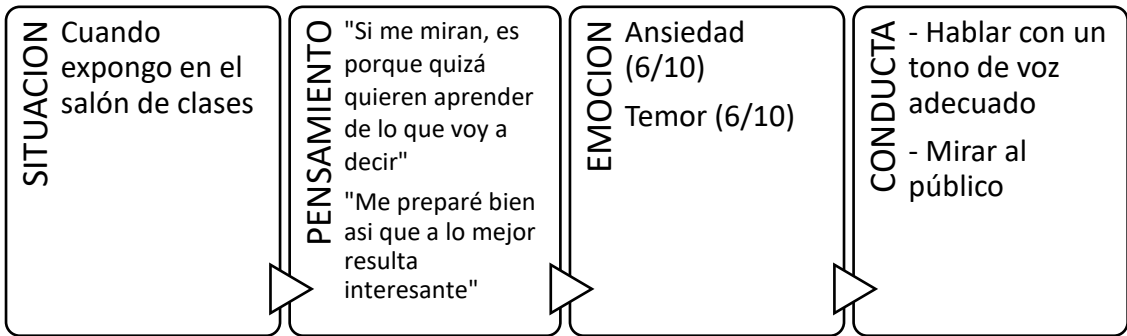
Descripción de la sesión

Se inició dándole la bienvenida al paciente; asimismo, se le preguntó cómo se encontraba y si había alguna duda sobre lo tratado en la cita anterior a lo que contestó que no tenía ninguna duda. Posterior a ello, se procedió a revisar la tarea asignada la sesión anterior (Traer 4 ejemplos propios sobre la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta); así también, se prosiguió a explicar la incompatibilidad del organismo humano acerca de la relajación y tensión. A continuación, se explicó tanto la relajación abdominal, como el manejo de las unidades subjetivas de ansiedad (SUD) y la relajación muscular progresiva de Jacobson. La sesión se elaboró de la siguiente manera:

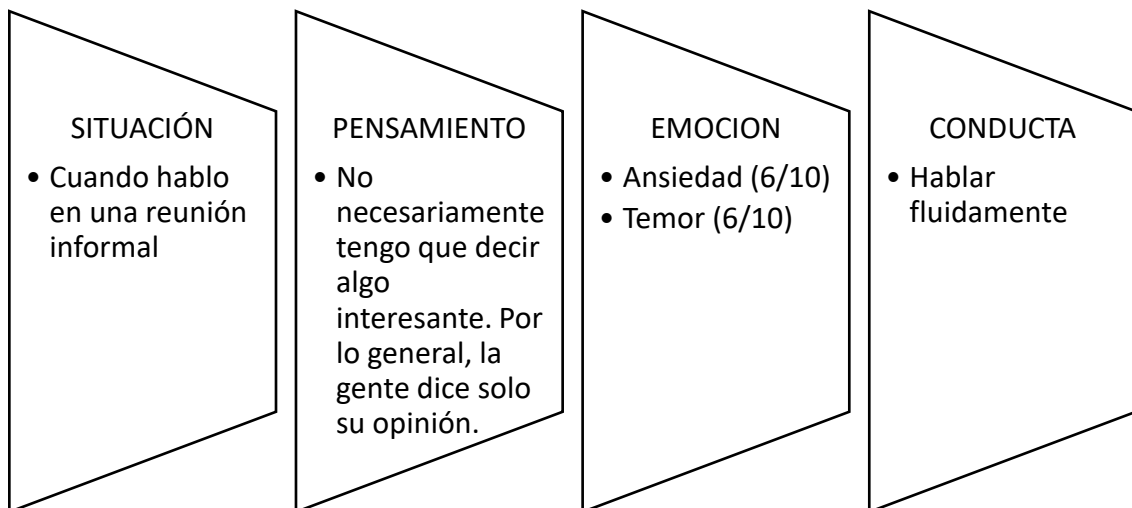
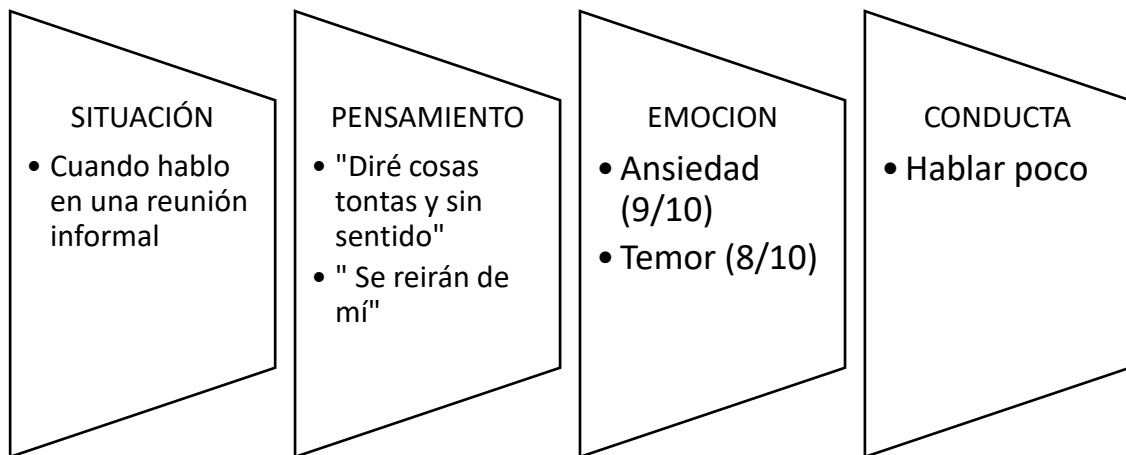
TAREA REALIZADA POR EL PACIENTE

Ejercicio 1:

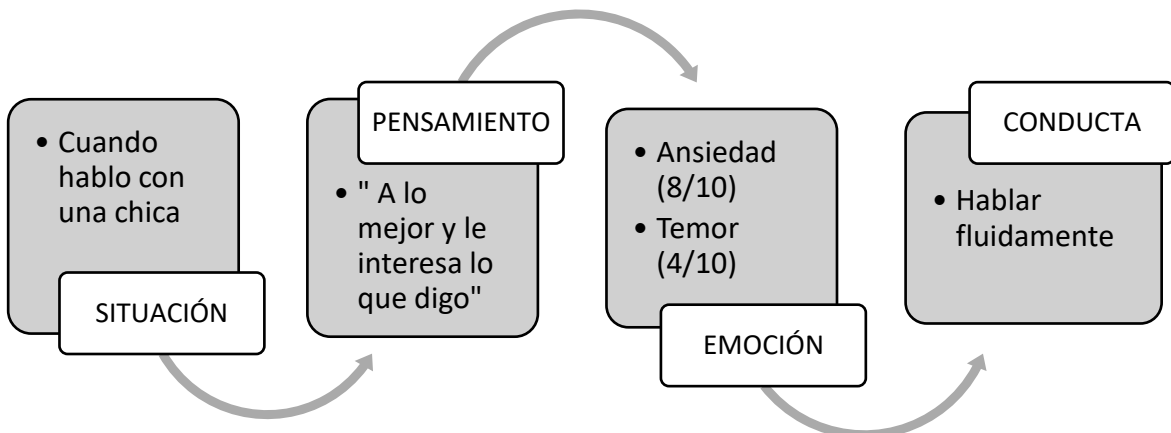
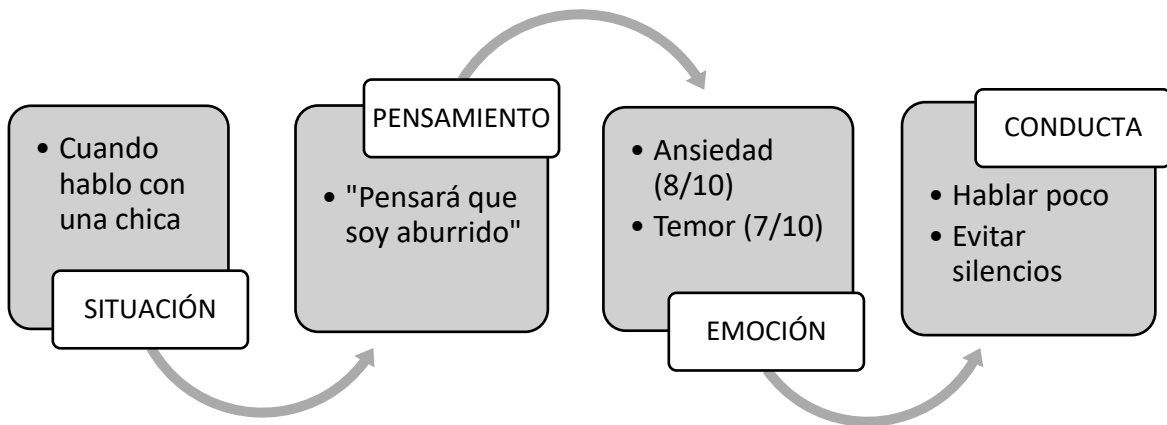




Ejercicio 2:



Ejercicio 3:

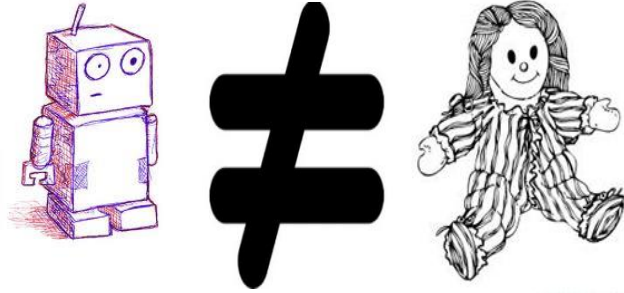


Ejercicio 4

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
<ul style="list-style-type: none"> • Al cruzarme por la calle con alguien conocido. 	<ul style="list-style-type: none"> • "No sabré que decir" 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (8/10) • Temor (8/10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cruzar al otro lado de la calle. • No saludar

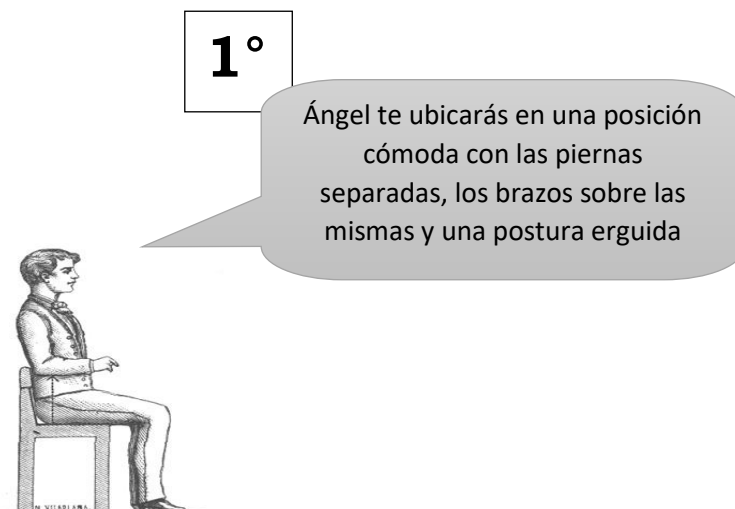
SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
<ul style="list-style-type: none"> • Al cruzarme por la calle con alguien conocido. 	<ul style="list-style-type: none"> • "En vez de pensar que tengo que decir, podría saludarlo y que la conversación se dé de manera espontánea" 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (4/10) • Temor (8/10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar en la misma calle • Saludar

A continuación, se pasó a explicar los términos de tensión y relajación respectivamente, pues se le enseñó que una persona no puede estar rígido como un robot y relajado



como un muñeco de trapo al mismo tiempo pues son respuestas incompatibles o diferentes en un mismo organismo.

Una vez entendido el concepto de tensión - relajación, se pasó a explicar la importancia de la relajación abdominal con el objetivo de poder relajarnos ante situaciones que activen nuestro organismo y genere en nosotros miedo, tensión o ansiedad no saludable. Así también, se le señaló que el respirar correctamente nos ayuda a regular la circulación de la sangre y es más óptima para realizar los ejercicios de respiración muscular; además, se le recomendó que practique la relajación estando sentado y en postura recta, tocando la zona de su abdomen para observar mejor su barriga cuando se infla a manera de un “globito”. Asimismo, se le entrenó en la realización de la respiración abdominal, unas 10 veces hasta que se logró un manejo adecuado, con los siguientes pasos:



2°

Coloca tus manos sobre tu abdomen, ahora inspira lentamente por la nariz y retén el aire durante 5 segundos, siente como tu abdomen se infla como un “globito”.



3°

Expulsa el aire lentamente durante 10 segundos, siente tu respiración...Ahora realízalo

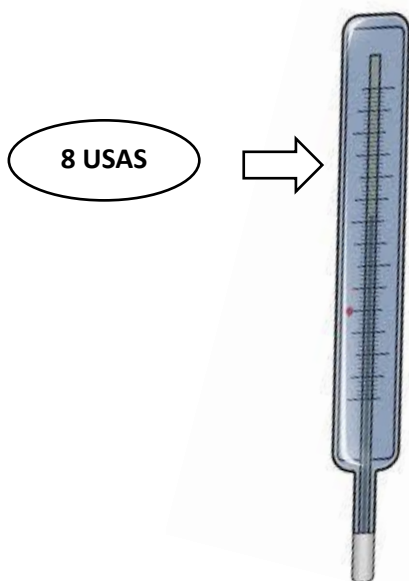


Ahora, que el paciente domina la respiración abdominal se vio conveniente antes de pasar a la relajación muscular progresiva, que el paciente conozca acerca del manejo de unidades subjetivas de ansiedad; es decir, el término USA, lo cual se explicó de la siguiente manera:

T: Ángel, USAS Significa “Unidades Subjetivas de Ansiedad”, estas unidades te permitirán puntuar tu “Nivel de ansiedad” cada vez que vayamos a empezar la relajación de algún grupo muscular y lo haremos de esta forma: Cada vez que yo te pregunte cuantas USAS tienes te vas a imaginar un termómetro en el cual la base la vamos a considerar “1” Muy poco, la mitad del termómetro como “5” Regular y la parte más alta como “10” Muy elevado. Entonces lo que tienes que hacer, es ubicar tu nivel actual de ansiedad en este termómetro e indicármelo. Para poder ubicarlo mejor es que tomes en cuenta los síntomas que tengas ya

sean fisiológicos, conductuales o cognitivos. Ahora vamos a practicarlo, ¿Cuántas USAS tienes?

P: Ahora mismo, me siento un poco ansioso porque mañana el profesor tomará examen oral a todos en mi clase. Debo estar en 8 USAS.

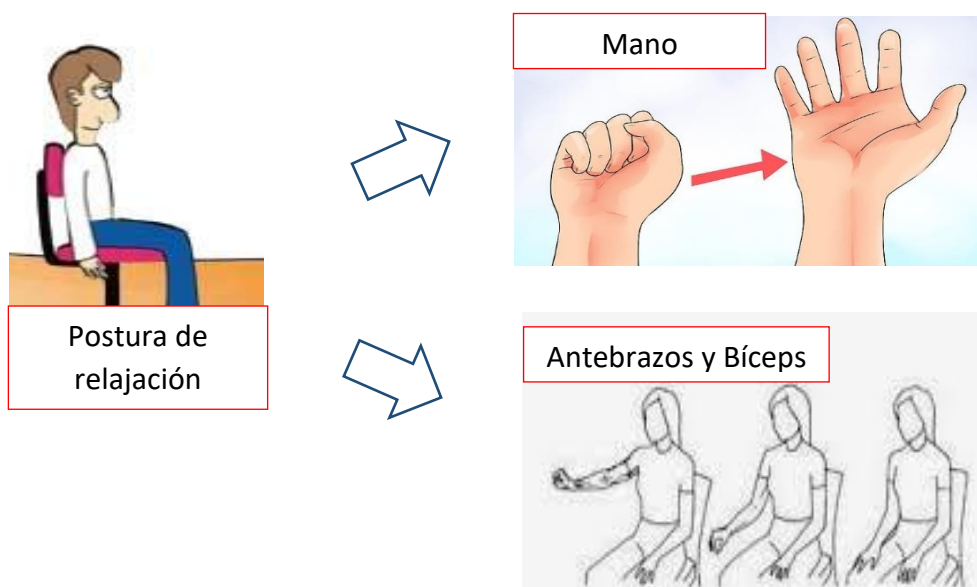


Se le pidió que lo señalara en el dibujo de un termómetro pegado en la pizarra. Quedando el siguiente gráfico:

T: Muy bien Ángel, vamos a empezar con la relajación. Esta técnica se realiza por grupos de músculos, el día de hoy entrenaremos tus músculos de las manos, brazos y piernas. Para ello aparte de las USAS, tomaremos tu pulso para que al finalizar podamos comparar el antes y después del ejercicio. La finalidad de esta técnica de relajación muscular es que tú puedas distinguir cuando te encuentres tenso y cuando estés relajado, ya que durante los estados ansiosos nuestros músculos se tensan provocando malestar, siendo tu pulso normal de 60 a 80 pulsaciones por minuto. Ahora empecemos.

Se comenzó recalcando la importancia de la postura de relajación (estando sentado y erguido). Luego, se le indicó al paciente que dejara que sus ojos se vayan cerrando y que se relaje aproximadamente por un periodo de 2 minutos. A continuación, se le indicó que vaya cerrando las manos hasta lograr una tensión

fuerte mantenido por alrededor de 5 segundos. Se le pide que se concentre en la sensación de calor y dolor que ello provoca, y sobre todo de tensión. Luego, se le señala que poco a poco vaya soltando los músculos de la mano y que note ahora como la tensión e incomodidad anterior han desaparecido. Se enfatizó la diferencia de tener la mano tensa y ahora tenerla relajada. Con la misma metodología, se procedió al trabajo con los antebrazos y bíceps.



A continuación se le explicó que estire la pierna y que los dedos del pie los dirija en dirección a sus rodillas y sienta lo desagradable que es estar tenso, para así luego experimentar la sensación de estar relajado comparándolo con un muñeco de trapo. Para cada ejercicio, se vio necesario realizarlo alrededor de 5 veces hasta que lograra el manejo adecuado de la técnica, para cual se le explicó que con la práctica y el tiempo se tendría un mejor manejo de la técnica y los síntomas irían desapareciendo.

Antes del ejercicio	8 USAS	Pulsaciones 78
Después del ejercicio	6 USAS	Pulsaciones 68

Antes de finalizar la sesión se pasó felicitar al paciente por su participación y además enfatizando la importancia de tener los pensamientos que se presenten en nuestra vida cotidiana. Así también, se le pidió que realice estos ejercicios en casa (en un ambiente cómodo y tranquilo) tanto el de la respiración abdominal como la relajación muscular del primer grupo en la misma secuencia entrenada en sesión.

Conclusión

- * Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 4

Objetivos de la sesión

- * Identificar pensamientos automáticos previos.
- * Psicoeducar acerca de los pensamientos automáticos.
- * Entrenar en la relajación muscular progresiva de Jacobson (Segundo grupo).

Técnicas

- * Retroalimentación
- * Reestructuración Cognitiva
- * Psicoeducación

- * Relajación muscular progresiva de Jacobson – 2do. Grupo muscular.
- * Asignación de tareas.

Descripción de la sesión

Se inició la sesión felicitando al paciente por su asistencia y puntualidad. Asimismo, se le pregunto cómo se había desenvuelto durante toda la semana a lo que respondió que bien y tranquilo, pues consideraba que había tenido una buena semana; así también se le consultó si había practicado la Respiración Abdominal y la relajación del primer grupo muscular a lo que respondió afirmativamente, manifestó que había logrado sentirse más relajado practicándolo. A continuación, se trabajó los pensamientos automáticos mediante un ejemplo que elaboraría el paciente en la sesión, se planteó educar al paciente acerca de lo que tratan los pensamientos automáticos, que los pueda identificar y finalmente continuar con el entrenamiento en relajación muscular ahora en el segundo grupo muscular.

T: Empecemos, Ángel. Ahora me gustaría que en la pizarra identifiques una conducta social que te cause malestar significativo y que escribas como generalmente reaccionarias a nivel conductual, que emoción desencadenaría en ti y tus pensamientos. Y luego, realices una tabla donde puedas escribir el ejercicio en forma más adaptativa.

P: ¿Cómo en la tarea anterior verdad?

T: Así es, a modo de recordar.

Persona	Situación	Pensamiento	Conducta	Emoción
A	Decir mi opinión a un grupo de amigos	<ul style="list-style-type: none"> • “Críticarán lo que digo”. • “Empezarán a decir entre ellos que no digo nada inteligente”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Me salgo del grupo. • Me quedo callado. 	<p>Cólera (6/10)</p> <p>Ansiedad (8/10)</p>

Persona	Situación	Pensamiento	Conducta	Emoción
B	Decir mi opinión a un grupo de amigos	<ul style="list-style-type: none"> • “Seguro al igual que yo darán su opinión de lo ocurrido pero quizá ni opinen de lo que dije”. • “No necesariamente tengo que decir algo inteligente, con decir mi opinión basta”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Me quedo en el grupo. • Opino de lo ocurrido. 	<p>Cólera (3/10)</p> <p>Ansiedad (5/10)</p>

Al ver el ejercicio, se realizó el siguiente debate:

T: Ángel, puedes notar en la pizarra que tu cólera y ansiedad han disminuido...

¿Por qué crees que eso ocurre?

P: Creo que es porque en el segundo ejemplo, me animé a quedarme en el lugar donde estaba el grupo de mis compañeros de salón y cambiaron mis pensamientos eso fue lo que me motivo. Pese a que pudieran opinar de lo que dije o no, yo igual pensé de forma positiva.

T: Bien, Ángel. Ahora mediante este ejercicio podemos recordar de lo que habíamos tratado... Pues nuestros pensamientos cumplen un papel importantísimo en diversas situaciones de nuestra vida cotidiana.

P: Oh, me queda más claro.

T: Ahora Ángel ¿Cuándo estás ante una situación que te genera ansiedad tú decides que pensar?

P: No, es que a veces viene solo a mi mente, creo que ni cuenta me doy de lo que estoy pensando.

T: Así es, entonces podemos decir que estos pensamientos ocurren de manera inesperada y que no se encuentra en nuestro control. Justamente a estos pensamientos se llaman Pensamientos Automáticos y nacen por nuestras experiencias anteriores con situaciones parecidas. Por ejemplo, a ti Ángel, te ocurren ante situaciones sociales y hacen que tu ansiedad aumente porque evalúas la situación en base a tus experiencias y las creencias que te has formado de ello, lo cual se expresa en tus respuestas fisiológicas (como sudoración, etc) y esto te lleva a la conducta que mencionaste en el ejemplo "A" (Salirte del grupo, quedarte callado).

P: Es decir ¿Nunca podré controlarlo?

T: En eso trabajaremos, ahora tendrás una tarea a desarrollar en casa. En tu Cuaderno de Terapia escribirás sólo 3 situaciones que te causen mayor malestar significativo,

P: Ok, lo apuntaré.

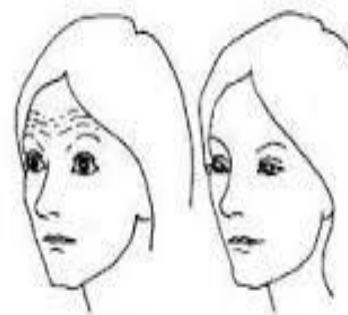
T: Ahora de esa lista, identifica los pensamientos automáticos que te ocurren cuando vives estas situaciones.

Luego, se procedió a retroalimentar la sesión anterior acerca de la relajación abdominal (del primer grupo muscular). En primer lugar, tomándole la pulsación y pidiéndole que diga cuál era su USAS actual, después se le pidió que practicara la

respiración abdominal y muscular de la manera en que lo había hecho en casa con la finalidad de que logre relajarse ante situaciones que activen su organismo y le puedan ocasionar nuevamente tensión o ansiedad desadaptativa.

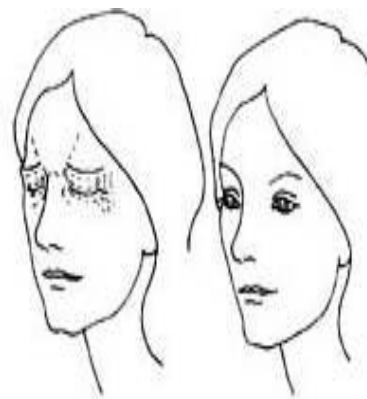
Por último, se trabajó el siguiente grupo de relajación muscular progresiva de Jacobson, mediante el modelado para dar la instrucción al paciente y luego este lo realice en el orden explicado:

T: Ángel, vas a arrugar la frente hacia arriba, nota donde se siente particularmente la tensión y date cuenta de lo desagradable que es. Ahora vas a relajar poniendo especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas. Tómate unos segundos para

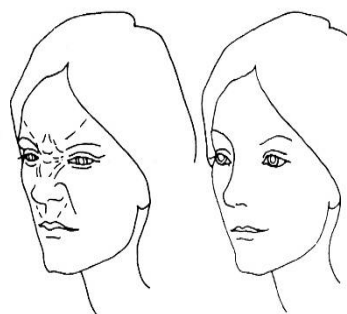


sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos. Es como si los músculos hubieran desaparecido. Están totalmente relajados.

Ahora, vas a cerrar los ojos apretando fuertemente, debes sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, date cuenta de lo desagradable que es esa sensación. A continuación, poco a poco vas a relajar tus ojos tanto como puedas y muy despacio para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos.



Arruga la nariz, ahora puedes sentir la sensación desagradable de tensión en el puente orificios de la nariz. Poco a poco, irás relajando la nariz, despacio,



dejando toda la tensión fuera y disfrutando de la agradable sensación.

Lo estás haciendo bien, ahora aprieta los dientes, los músculos que están tensos son los que están a los lados de la cara y en las sienes. Luego, poco a poco relajarás esos músculos.



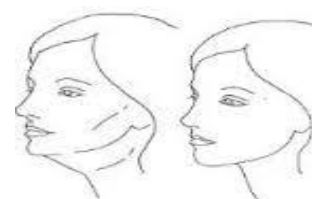
Bien, ahora arruga los labios fuertemente. Nota la tensión en los labios superiores e inferiores y en toda la zona alrededor de los labios. Luego gradualmente relajaras los labios.



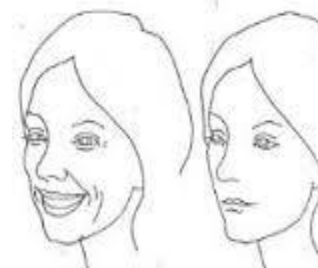
Quiero que aprietes y tenses el cuello por unos segundos. Comprueba donde se siente la tensión, luego relaja los músculos lentamente.



Ahora, colocarás tu lengua de forma que apriete fuertemente el paladar, mantén la tensión por unos segundos y luego relaja lentamente.



Muy bien, finalmente quiero que adoptes una sonrisa forzada. Los labios superiores e inferiores; así como, ambas mejillas deben estar tensas y rígidas. Gradualmente relaja los músculos de cada una de las mejillas.



De esta manera, se reforzó al paciente al realizar cada ejercicio y se terminó con los músculos de la sonrisa; ante lo trabajado el paciente manifestaba sentirse más relajado al realizar estos ejercicios. Se mostraron los siguientes resultados:

Inicio del ejercicio	Pulsaciones 76	8 USAS
Final ejercicio	Pulsaciones 60	5 USAS

Para concluir la sesión, se le felicitó por su desempeño y motivación; así como, se le recordó el traer para la siguiente sesión 3 situaciones que le causen mayor malestar significativo y que de esos 3, identificara los pensamientos automáticos que le ocurren cuando pasa por esas situaciones, todo ello escrito en su Cuaderno de Terapia.

Conclusión

- * Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 5

Objetivos de la Sesión

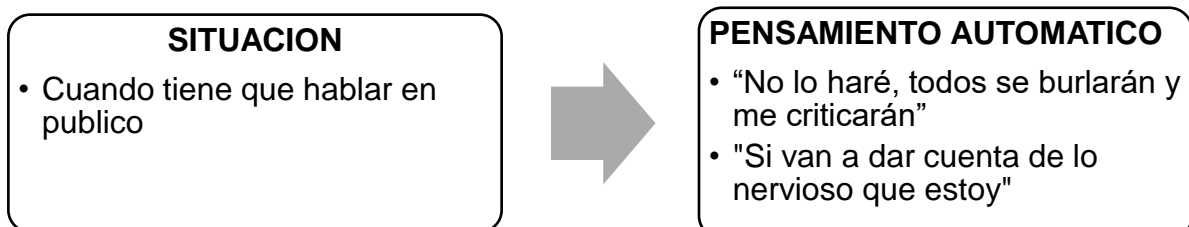
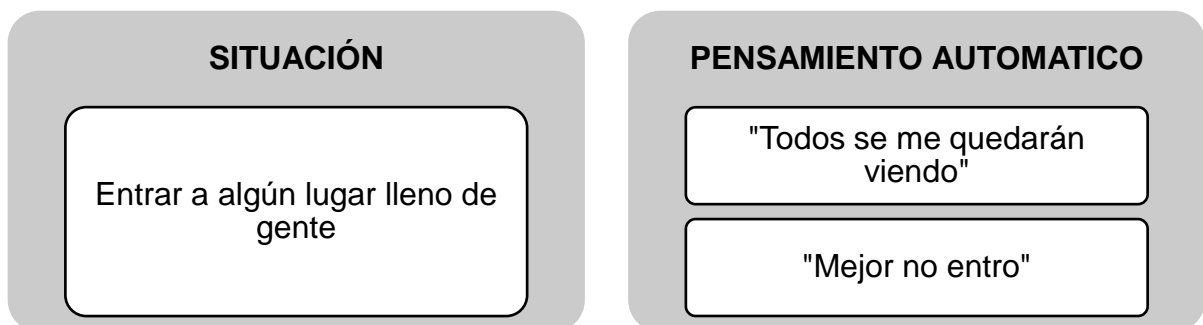
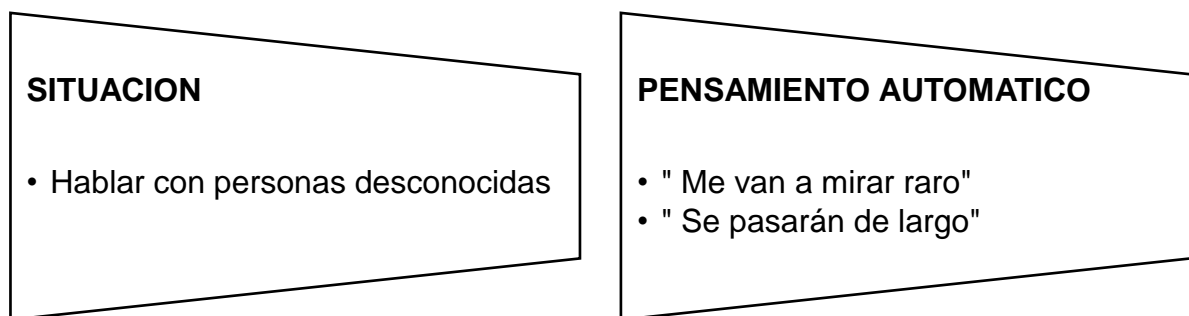
- * Identificar las creencias intermedias del paciente

Técnicas

- * Retroalimentación
- * Reestructuración cognitiva
- * Psicoeducación

Descripción de la sesión

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente. Se le preguntó si recordaba lo desarrollado durante la sesión anterior a lo cual respondió de forma afirmativa, tras lo cual se le recordó la tarea asignada en la sesión anterior (3 situaciones de su Lista que le causen malestar significativo). Luego, se procedió a identificar el pensamiento automático; para luego, mediante el diálogo identificar las creencias intermedias del paciente. El paciente lo realizó de la siguiente manera:



T: Ángel, me da gusto, que hayas podido identificar tus pensamientos automáticos y la ansiedad que te generan cuando te encuentras en ese momento.

A: Gracias, Lisette.

T: Aunque ahora, yo me pregunto a Ángel, ¿Que te gustaría que las otras personas hicieran cuando hablas en público, entrar a un lugar lleno de gente o cuando le hablas a personas desconocidas?

P: Bueno, me gustaría que sean amigables o amables conmigo por ejemplo.

T: ¿Que sean amables contigo ayudaría a que te sientas bien?

P: Si, es que me gustaría ser como otros chicos de mi edad, que se relacionan muy bien, yo realmente quiero conocer gente pero mi ansiedad es más fuerte.

T: Entiendo Ángel, sin embargo, considero que tú eres más fuerte que la ansiedad, pues eres tú quien notó que algo no estaba bien y que vino con la esperanza de encontrar soluciones, quizás solo faltaría encontrar las herramientas necesarias para hacerle frente y justamente en eso es que estamos trabajando ¿no te parece?

P: Es verdad. Solo que a veces se me olvida.

T: Bien, Ángel. Ahora cuéntame y que sucedería si alguien se acerca hacia ti a iniciar la conversación ¿Qué harías tú?

P: Oh Bueno, me pongo ansioso, prefiero irme a otro lugar pero no sé cómo decirlo. Intento estar calmado pero igual creo que se dan cuenta y se extrañan de mi comportamiento.

T: A ver si entiendo, entonces, cómo que no te sientes muy seguro en cuanto a relaciones sociales se trata y ¿Optas por limitarte a tener una posición distante para poder alejarte?

P: Si, yo no sé qué pueda estar pensando la otra persona...seguro pensará que soy raro o extraño.

T: Haber, recordemos las sesiones anteriores ¿Tenemos prueba de lo que pueden estar pensando los demás?

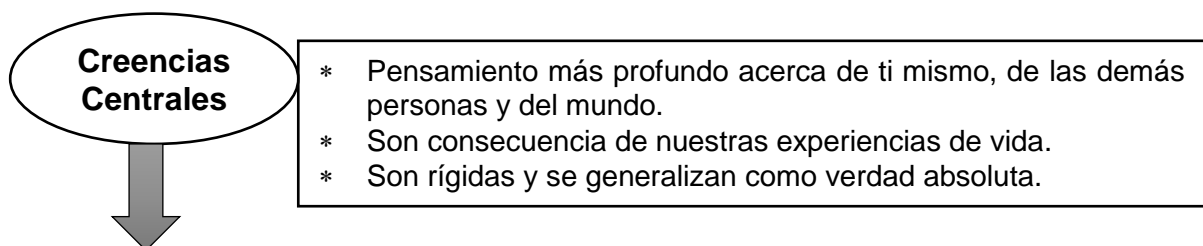
P: Bueno, no.

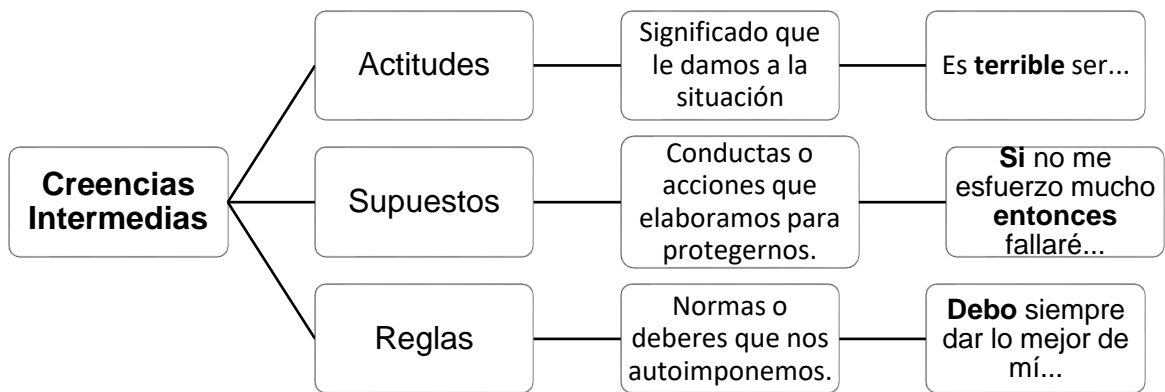
T: Claro, en realidad las personas pueden estar pensando o no en eso. Lo importante es que no le demos un significado negativo a cualquier evento que pasemos. Ese evento u otro...

P: Si, ya lo recuerdo.

T: Ahora, vamos a ver en la pizarra este mapa conceptual acerca de las Creencias Intermedias y Centrales, pues tienen mucho que ver con los Pensamientos automáticos, de preferencia toma nota. ¿Estás listo, Ángel?

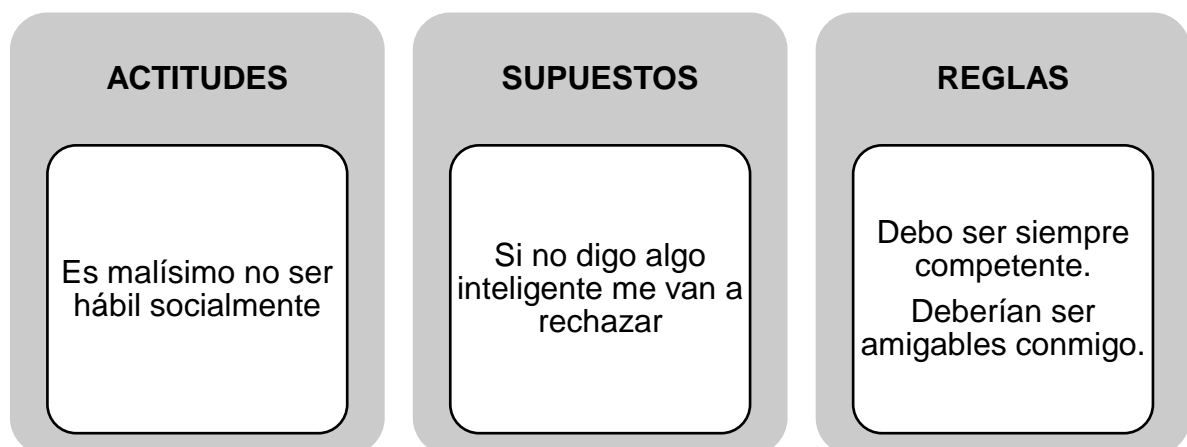
P: Sí, claro. Lo anotaré.





T: Ahora que puedes identificar tus pensamientos automáticos en diferentes situaciones. Eso nos va a ayudar para conocer tus creencias intermedias que están compuestas por actitudes, suposiciones y reglas las cuales nosotros mismos nos autoimponemos acerca de si mismos, los otros y del mundo que se activan en situaciones problemáticas sin darnos cuenta de ello en nuestra vida cotidiana; sin embargo, al darse a diario se vuelven Exigencias en nuestra vida que al final nos van a causar malestar. Ahora veámoslo, aplicados a ejemplos de tu vida y lo que te sucede a ti, ¿Está bien?

A: Ok, está bien.



T: Ahora que ya vamos terminando, ¿Se entendió lo tratado el día de hoy Ángel?

A: Antes ni me había fijado en eso, pero ahora que me ha explicado sí, veo que nos imponemos cosas y también se las imponemos a los demás. En verdad, es muy importante lo que pensamos y ahora me doy cuenta el valor de ello.

T: Así es Ángel, que bueno que lo hayas comprendido.

Conclusión

- * Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 6

Objetivos de la sesión:

- * Identificar las creencias centrales.
- * Retroalimentar el entrenamiento en relajación muscular progresiva (Primer y segundo grupo muscular)
- * Entrenar en la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson (Tercer grupo muscular)

Técnicas:

- * Retroalimentación
- * Reestructuración Cognitiva
- * Relajación Muscular Progresiva de Jacobson - 1er y 2do grupo muscular
- * Relajación Muscular Progresiva de Jacobson - 3er grupo muscular

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión, con la bienvenida del paciente al proceso terapéutico. Luego de ello, se procedió a explorar como se sentía el paciente, a lo que respondió que se sentía bien pero que le preocupaba sus clases, pues le tocaban las últimas exposiciones del año, mencionó que le angustiaba pensar que podía hacerlo mal y verse como un “tonto” frente a los demás. Por lo tanto, se vio necesario continuar con la profundización en las creencias ahora las nucleares, mediante el siguiente diálogo:

T: Ángel, entiendo que tus últimas exposiciones estén cerca, ¿consideras que eres capaz de hacerlo como lo esperas?

P: Creo que sí pero me falta aún repasar para no quedarme callado o bloquearme.

T: ¿Entonces te sientes listo para exponer?

P: Aun no, tengo que repasar mis exposiciones más, aun no las he aprendido. Yo sé que si no las aprendo podría quedar como un “tonto” frente a todos

T: ¿Y cómo te haría sentir eso?

P: Me haría sentir tonto pero también como que he fracasado...

T: Ya veo... ¿Y qué otras situaciones te hacen sentir eso? “El fracaso”?

P: Cuando no logro las cosas que me propongo, como hacer nuevos amigos, responder a los orales de los profesores...pero ahora entiendo que eso son exigencias que nos imponemos y que hemos aprendido en la sociedad a pensar de esa forma.

T: Muy bien, Ángel y ¿Consideras que es muy importante el tener que agradar a los demás?

P: Ahora menos que antes. Ahora entiendo, que primero debemos sentirnos bien con nosotros, no podemos gustarle a todos.

T: Así es, que bueno que te des cuenta de eso, es un pensamiento más adaptativo y saludable.

P: Es verdad.

T: Y cuéntame Ángel, ¿tienes evidencias de que no harás una buena exposición en clase?

P: Pues no, aún no ha pasado.

T: Entonces, ¿consideras que es saludable pensar en ello? Es decir, ¿Te es útil para tu exposición y personalmente para ti?

P: (mueve la cabeza hacia los lados) No, todo lo contrario.

T: ¿Años anteriores has expuesto, tranquilamente?

P: Pues sí, no me gustaba pero lo hacía y no era malo (al exponer)

T: Entonces, ¿Qué crees tú Ángel que pueda faltar para considerar que llegarás a exponer bien?

P: No pensar tan negativamente, ayudaría mucho. Podría hasta concentrarme mejor en estudiar y prepararme en vez de rendirme antes de tiempo. Como dices no es útil pensar así y tampoco me hace sentir bien.

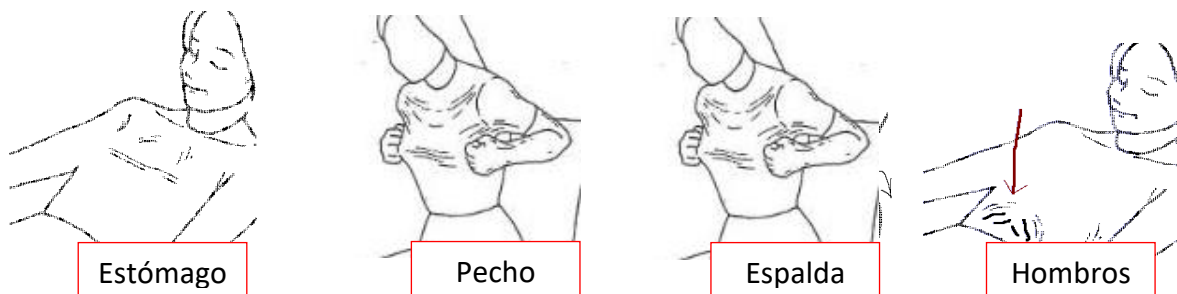
T: Así es Ángel, te felicito lo has comprendido. Ahora que piensas del “fracaso”?

P: Que no es un pensamiento positivo y pensar negativamente lleva a sentirse así “como un fracasado”

T: me alegra que te des cuenta de ello.

Así también, se vio conveniente continuar ahora entrenando en la segunda parte de la técnica de relajación muscular. La cual se realizó de la siguiente manera:

Se hizo uso de un sillón reclinable, se le pidió al paciente no tener nada que le incomode en alguna parte del cuerpo y con tono de voz apropiado por parte del terapeuta se brindó las instrucciones que corresponden pero antes se realizó la toma del ritmo de pulsaciones por minuto, Obteniendo una Pulsación de 78 y 8 de USAS. Luego se le indicó que estire los brazos y los cruce de manera que ejerza presión sobre el pectoral, se le pide que note esa sensación y luego lentamente relaje esa zona y se hace énfasis en la diferencia de tensión y relajación en dicha zona. Finalmente, se le pide que en la posición sentado, estire sus brazos y los retroceda para ejercer presión sobre la espalda por 5 segundos, y luego lentamente regrese sus brazos a la posición inicial que tenía, enfatizando nuevamente en la diferencia de tensión y relajación en dicho lugar. Con la misma metodología se procedió a trabajar los músculos de los hombros y estómago.



Después, de una primera prueba y teniendo un desempeño aceptable, se le pidió que pusiera en práctica el uso de los 3 grupos musculares aprendidos ahora en conjunto. El paciente lo realizó de forma correcta y se procedió a tomar la pulsación finalizado el ejercicio, obteniéndose los siguientes resultados:

Antes del ejercicio	8 USAS	Pulsaciones 78
Después del ejercicio	6 USAS	Pulsaciones 68

Además, se le preguntó por el efecto que tuvo el entrenamiento del ejercicio en el. Ante lo cual, señala que le sirve mucho y nota la diferencia entre las tensiones y relajaciones en las partes de su cuerpo que se trabajan. Finalmente, se le pide que en casa continúe practicando la relajación de los 3 grupos musculares.

Conclusión

- * Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 7

Objetivos de la Sesión

- * Explicar al paciente los tipos de pensamientos distorsionados.
- * Entrenar al paciente en la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (Cuarto grupo muscular).

Técnicas

- * Retroalimentación
- * Psicoeducación
- * Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson – 4to. grupo muscular
- * Biblioterapia
- * Asignación de tareas

Descripción de la sesión

Se dio la bienvenida al paciente a la sesión para continuar con el proceso psicoterapéutico; así como, se le felicitó por su constancia y puntualidad en la terapia. Luego de señalarle los objetivos de la sesión, se pasó a desarrollar los tipos de pensamientos distorsionados y que el paciente mediante ejemplos con material didáctico pueda descubrir con que tipos de pensamiento se identifica.

TIPOS DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

1. FILTRAJE

Se toman los detalles negativos y se magnifican, mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación.



2. INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO

Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.



3. SOBREGENERALIZACION

Se extrae una conclusión general a partir de un acontecimiento puntual. Si ocurre algo malo una vez, esperará que ocurra una y otra vez.



8. RAZONAMIENTO EMOCIONAL

Cree que lo que siente tendría que ser verdadero, automáticamente. Si siente como tonto y aburrido una cosa, entonces debe ser tonto y aburrido.



9. FALACIA DE CONTROL

Si se siente externamente controlado (impotente), se ve así mismo desamparado, como una víctima del destino. La falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean



10. FALACIA DE JUSTICIA

La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.



11. CULPABILIDAD

La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos.

¿Qué pasó alumno Joaquín?, saco un 10 en el examen de Ciencias...



Es culpa de Juan, que no me prestó sus apuntes.



12. DEBERÍA

La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.

Gordo, ¿Por qué le pegaste a Luis?



Tenía muchos chicos, debería haberme invitado...



13. FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA

Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

En algún momento mis hijos sabrán recompensarme por todo el sacrificio que hago...



14. FALACIA DE CAMBIO

Una persona espera que los demás cambiarán para seguirle si los influye lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.



15. TENER RAZÓN

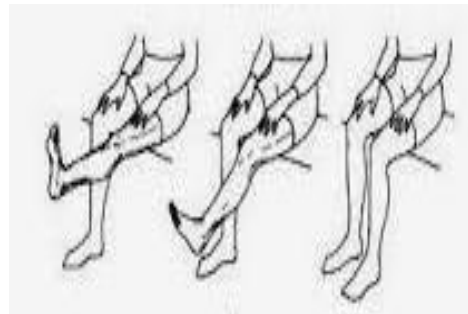
Continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.



Después de lo expuesto, se le brindó material acerca de lo tratado en sesión (Resumen de los Tipos de Pensamientos Distorsionados); así también, se le brindó ejercicios para relacionar cada ejemplo con el tipo de pensamiento distorsionado que le corresponda) y se le indicó desarrollar ejemplos propios de los Pensamientos Distorsionados con los que más se identifica.

Posteriormente, se le preguntó al paciente si cumplió con practicar los ejercicios de respiración y los ejercicios de relajación de los 3 primeros grupos musculares a lo cual respondió de forma afirmativa. A continuación se le explicó el entrenamiento del cuarto grupo muscular, para lo cual se utilizó un ambiente apropiado (sillón reclinable) y se le brindó las instrucciones necesarias para el cumplimiento de las metas esperadas como desprenderse de algún objeto que le incomode. Luego, se adecuó un tono de voz apropiado por parte del terapeuta para indicar las instrucciones.

Por lo tanto, se inició la sesión señalándole al paciente que ejerza presión sobre sus muslos y glúteos y que posteriormente relaje lentamente dicha zona, señalando que se concentre en la diferencia de tensión-relajación. Así también,



se le pidió que de manera lenta, ejerza presión en la zona de sus pantorrillas y que cuando sienta a tensión, suelte el músculo de forma lenta. Por último, se pasó a trabajar los músculos de las piernas, donde se le pidió estirar dicha zona y que los dedos del pie los dirija en dirección a sus rodillas con la finalidad de que ejerza presión sobre sus piernas, ante lo cual tuvo un buen desempeño logrando la relajación de la zona mencionada.

Finalizado ello, se realizó la explicación, donde se indicó al paciente que ejecutara el ejercicio por sí solo, y que a continuación realizara la práctica de los cuatro grupos musculares en conjunto. Ante lo mencionado, el paciente tuvo una correcta ejecución mostrando resultados satisfactorios puesto que no presentó

dificultad alguna. Por último, se le felicitó por su participación en sesión; asimismo, se le indicó que practicara en casa los dos tipos de relajación entrenadas hasta el momento; tanto la abdominal como la progresiva con la ejecución de los cuatro grupos musculares en conjunto hasta dominarlo.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos propuestos.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 8

Objetivos de la sesión:

- * Revisar la tarea asignada la sesión anterior
- * Retroalimentar mediante ejercicios los tipos de pensamientos distorsionados.
- * Identificar y reestructurar distorsiones cognitivas.
- * Demostrar los efectos de la técnica de Relajación Abdominal y Progresiva para el manejo de la ansiedad.

Técnicas:

- * Psicoeducación
- * Pensamientos distorsionados
- * Reestructuración Cognitiva
- * Debate
- * Relajación Abdominal

- * Relajación muscular progresiva

Descripción de la sesión:

Paciente acude a su sesión para continuar con el proceso psicoterapéutico, se le felicitó por su asistencia y puntualidad. Asimismo, se dio paso a explicar los objetivos de la sesión, mencionándole que haremos un pequeño repaso con la tarea dejada en la sesión anterior (Se indicó como tarea el realizar ejemplos propios de los tipos de Pensamientos Distorsionados tratados en la sesión pasada con los que más el paciente se identifica; así como, ejercicios prácticos donde cada ejemplo lo una con el Pensamiento Distorsionado que le corresponda. Finalmente, se le indicó que pondríamos en práctica los dos tipos de relajación explicadas con anterioridad la relajación abdominal y progresiva. Por lo tanto, la sesión se condujo de la siguiente manera:

El paciente presentó la tarea asignada en la sesión anterior, con lo cual se realizó la retroalimentación de la sesión anterior:

Filtraje	“Quiero conversar con otras personas, pero no soy bueno en eso, así que mejor me voy”
Interpretación del pensamiento	“Se reirán de mí al exponer”
Sobregeneralización	“Todos se relacionan mejor que yo”
Personalización	“Si la conversación no es interesante, la culpa es mía por no saber que decir”
Pensamiento polarizado	“Si no soy competente entonces soy fracasado”
Etiquetas globales	“No sé de qué hablar...soy un aburrido”
Visión catastrófica	“y si me equivoco o tartamudeo se burlarán de mí”
Deberías	“Los demás deberían ser amables conmigo”

EJERCICIOS PRACTICOS

- ✓ **Relaciona cada ejemplo con el tipo de pensamiento distorsionado al que se refiera:**

1. Desde lo de Alicia nunca he vuelto a confiar en una "gringa".	Sobregeneralización ()
2. Realmente, pocas personas de aquí parecen ser más listas que yo.	Culpabilidad ()
3. Si fueras sexualmente más liberal, podríamos ser un matrimonio mucho más feliz.	Interpretación del pensamiento ()
4. He trabajado mucho para criar a estos niños y mira cómo me lo agradecen.	Etiquetajes globales ()
5. Si no estás conmigo, estás contra mí.	Falacia de cambio ()
6. Pude haber disfrutado del paseo al campo a no ser por el perro muerto en el camino.	Personalización ()
7. Me siento deprimido, la vida no tiene sentido.	Debería ()
8. No puedes luchar contra el sistema.	Razonamiento emocional ()
9. Tu defecto es que todos los meses te encuentras en un aprieto.	Tener razón ()
10. Fue un perdedor desde el primer día que se presentó aquí.	Falacia de la recompensa divina ()
11. No es justo que salgas y te diviertas mientras yo me quedo haciendo los trabajos de la casa.	Pensamiento polarizado ()
12. Siempre está sonriendo pero sé que no me quiere.	Visión catastrófica ()
13. No me importa lo que pienses, lo volvería a hacer exactamente de nuevo.	Filtraje ()
14. No nos hemos visto en dos días y creo que nuestra relación se está desmoronando.	Falacias de control ()
15. No deberías preguntar nunca a la gente cuestiones personales.	Falacia de la justicia ()

A continuación, se pasó a la segunda parte de la sesión, donde se le preguntó al paciente si había practicado en casa la relajación abdominal y progresiva, mencionando con satisfacción de que había logrado aprenderlo en casa. Así también, se le preguntó acerca de cómo le había ido esta última semana y si había experimentado algún tipo de tensión, a lo cual contestó lo siguiente:

P: La verdad que me ha ido más mal que bien. Hace unos días mis compañeros de salón estaban hablando de chicas y en una de esas un amigo contó que había besado a la chica que me gusta, al escuchar eso me sentí muy mal, mi corazón latía rápido, me costaba respirar y me empecé a sentir nervioso.

T: Entiendo lo ocurrido Ángel, seguramente fue una sorpresa para ti, ¿Es así?

P: Si la verdad que sí, no tenía ni idea.

T: ¿Qué pensaste sobre lo que contó tu amigo?

P: Que él ha sido capaz de hablarle y hasta darle un beso y yo nada...

T: Y que tu amigo haya sido capaz, ¿eso que te hace pensar de ti?

P: Que soy un quedado y monce, por eso siempre esas cosas suceden conmigo.

T: Y que siempre esas cosas sucedan contigo, ¿Qué diría de ti?

P: Que soy un fracaso con las mujeres, soy incapaz de hablarle a una mujer; así como ellos. (Sus compañeros).

T: El que seas incapaz de hablarle a una mujer, como dices Ángel, ¿Qué significaría eso de tu persona?

P: Que soy inferior a ellos porque no me atrevo así como ellos se atreven.

T: ¿Te cuesta también hablar a hombres?

P: Si también, empezar a hablar cuando no los conozco mucho...pero mucho menos que con las mujeres...

T: Entiendo, y cuéntame Ángel, supongamos que de aquí en adelante, tú intentes buscar ayuda y solucionar tu problema, pero que a pesar de eso no puedas solucionarlo, ¿Cómo verías tu futuro?

P: Muy terrible, porque en todo lugar me encontraré con mujeres, y tendría muchos problemas para conseguir una pareja también...

T: Ok, veamos ese punto.

P: Ok.

T: Por ejemplo, veamos esta Terapia, ¿El que vengas aquí, donde necesariamente tienes que hablar con mujeres como la Técnica en enfermería donde pides tú cita, como yo, tu psicóloga; sin embargo, lo realizas adecuadamente, pese a ello, seguirías considerando que eres incapaz?

P: Bueno, eso creo que lo hago porque es algo rutinario...

T: Así es; sin embargo, ello es una prueba de que sí puedes hacerlo. El hecho de que tú puedas empezar la conversación con cualquier persona, sea hombre o mujer, y que mantengas esa conversación por un periodo de tiempo, no importa si es corto, eso demuestra que no eres totalmente incapaz de afrontar esa situación.

P: Si, viéndolo así es cierto.

T: Ahora veamos un ejemplo para que quede más claro. Veremos la historia de dos hombres que tienen problemas para hablar con las mujeres. El primero es Juan, que tiene la dificultad pero por lo menos lo realiza al ir a comprar a la bodega, cuando paga su pasaje a una cobradora en el bus o cuando habla con su

jefa en el trabajo. Y en el segundo caso de Pepe, el si no habla con ninguna mujer por ningún motivo, a pesar que quiere hacerlo. Ahora te pregunto a ti Ángel ¿Quién crees que pueda superar más rápido su problema si recurre y busca ayuda?

P: Me parece que Juan.

T: ¿Por qué, piensas que Juan?

P: Bueno, siquiera él puede hablar con algunas mujeres, al menos lo intenta, creo que es más fácil que él pueda superar esa dificultad.

T: Así es Ángel, ahora respóndeme ¿Una persona con el calificativo que mencionaste (incapaz), podría al menos hacer algo bien?

P: Definitivamente no. Fracasaría en todo.

T: ¿Y cómo crees que sería su futuro?

P: Creo que no tendría posibilidades sería casi imposible fallaría mucho.

T: ¿Y los demás, siempre lo superarían?

P: Si, siempre estarían por encima de él.

T: Ok, y cuéntame en esta semana que ha pasado ¿Con cuántas mujeres has podido hablar?

P: Mmm, que recuerde con mi mamá, mi prima, mi tía, a la cobradora de la combi y una amiga del barrio...

T: Ya veo... y con la cobradora de la combi y con tu vecina del barrio ¿Qué sentiste al hablarles?

P: Pues tranquilo, le pagué el pasaje a la cobradora normal, ya la he visto un par de veces porque siempre tomo esa ruta. De ahí, con mi vecina que vive cerquita a mi casa, normal porque ya la conozco desde niño y si le tengo confianza...

T: Y cuéntame, si la persona fuera un fracaso para hablar con las mujeres, por más conocida o familiar sea la mujer o chica ¿Crees que podría conversar siquiera unos momentos, así la conozca hace mucho tiempo?

P: Bueno (piensa), si es fracasado no, de hecho no podría...

T: Ahora dime, conoces alguno de tus amigos que tenga mucha facilidad para relacionarse con las mujeres

P: Si, es de mi salón, se llama Adrián.

T: ¿Y cómo se porta él con las chicas?

P: Él es amigable, las hace reír, a pesar que lo quieran chotear él no se cohíbe, tiene varias amigas.

T: ¿Recuerdas alguna anécdota en especial que lo hayan “choteado”?

P: Si, él quería hablarle a una chica de otro salón pero cuando ella paso solo lo saludó y se fue, me dio risa.

T: Ya veo... ¿Y cómo se puso él?

P: Estaba colorado y se rió nomas, le gritó a la chica: “En la salida conversamos”.

T: ¿Has visto otras ocasiones donde lo hayan rechazado?

P: Sí, pero esa fue la más graciosa.

T: Y Dime Ángel ¿Tú consideras a Adrián como un fracasado para hacer amigos?

P: No, todo lo contrario.

T: ¿Cuáles serían las razones?

P: (Piensa) Bueno porque tiene varias amigas y amigos, él lo toma tranquilo si lo “chotean” y como que continúa, no se pone entristece ni nada.

T: Entonces, pese que Adrián pueda haber fallado en ocasiones eso no lo hace un fracasado y menos lo limita de que pueda seguir intentándolo. ¿No es verdad?

P: Es verdad.

T: Ahora, si tú no consideras a Adrián un fracasado a pesar que en algunas ocasiones lo hayan rechazado chicas ¿Te parece correcto pensar que tú si eres un fracasado por algo que no has intentado y aun cuando hemos demostrado aquí que si te comunicas con chicas?

P: Si lo veo así, no sería un fracasado.

T: ¿Por qué no?

P: Porque si hablo con mujeres, quizá no con todas, pero sí lo hago. Y como Adrián he fallado algunas veces, pero ha habido veces en que sí lo he conseguido. Pero pese a ello, soy tímido.

T: Si, y definitivamente hay personas tímidas pero no por eso son un fracaso como persona.

P: Bueno eso es verdad.

T: Aun así considero que estas a tiempo de relacionarte, por ello estas aquí, aquí también trabajaremos en tus habilidad para socializar con los demás.

P: Si eso me serviría mucho.

T: Bien, ahora ¿De qué te das cuenta?

P: (Piensa) Que no soy un fracaso como creía, ya que tengo amigas o conocidas que sí logró conversar con ellas aunque sea por periodos cortos de tiempo.

T: Ahora el que una conversación sea amena... Depende ¿solo de ti?

P: No, de ambos, de las dos personas compartiendo lo que piensan acerca de lo que estén hablando.

T: Entonces, tampoco serías un fracaso si una conversación no sale como a ti te gustaría que resultará.

P: No, porque no solo depende de mí, quizás también depende del contexto u otros motivos.

T: Entonces ¿Seguirías pensando que no eres capaz de hablar con las mujeres?

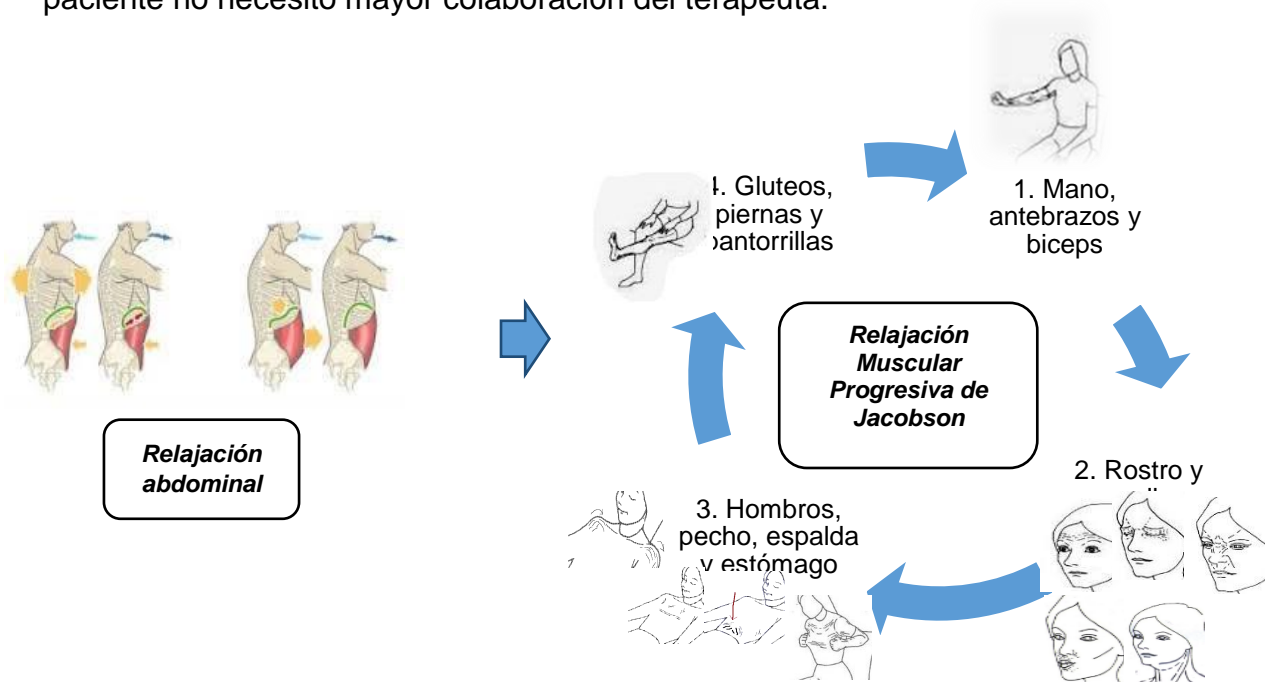
P: No ya no, todo lo que hemos conversado me ha hecho darme cuenta que en verdad si puedo, y practicando a relacionarme lograré hacerlo mejor.

T: Muy bien Ángel.

Una vez visto ello, se continuó la sesión con aplicación completa de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson de la siguiente manera:

Antes de iniciar con la relajación propiamente dicha, se vio conveniente tomar las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS) y las pulsaciones por minuto del paciente. Luego, se pasó a hacer uso de la Visualización con el objetivo de que el paciente imagine una situación donde es el protagonista de una escena en la cual él está haciendo el ridículo, con la finalidad de lograr un estado de tensión emocional. Aquí, se obtuvo como resultado que el paciente antes del ejercicio tenía una ansiedad de 8/10 USAS y un pulso de 83 P/m.

Posteriormente, se inició primero con la técnica de Relajación Abdominal realizando unas 15 repeticiones y luego se pasó a realizar la Relajación progresiva de Jacobson con sus 4 grupos musculares en conjunto. Cabe resaltar, que se observó buena ejecución en ambas técnicas de relajación por lo que el paciente no necesito mayor colaboración del terapeuta.



Ya para finalizar, se tomó nuevamente las unidades subjetivas de ansiedad (USAS), donde el paciente indicó que sentía un 4/10 USAS y en cuanto a sus pulsaciones 71 P/m. Tanto las mediciones antes, como después del ejercicio, se organizaron en el siguiente cuadro:

Inicio del ejercicio	Pulsaciones 83	8 USAS
Final ejercicio	Pulsaciones 71	4 USAS

Terminada la ejecución de la técnica, se le felicitó por su buen desempeño y se le señaló la importancia de una práctica diaria con la finalidad de lograr que pueda realizar dichas relajaciones por sí solo como en la sesión.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos propuestos.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 9

Objetivos de la sesión:

- * Entrenar en autoinstrucciones
- * Psicoeducar en desensibilización sistemática
- * Realizar jerarquía de las situaciones temidas.

Técnicas:

- * Retroalimentación
- * Psicoeducación
- * Dialogo expositivo

- * Autoinstrucciones
- * Modelado
- * Tarjetas de Afrontamiento
- * Desensibilización sistemática (Listado de situaciones temida in vitro)

Descripción de la sesión:

Se dio inicio a la sesión dando la bienvenida al paciente y recordando lo tratado en la sesión anterior, haciendo al paciente preguntas sobre la práctica de la relajación muscular, a lo cual el paciente indicó que lo practicó y llevó a cabo en casa durante las mañanas al despertar, además mencionó que también lo aplica en los momentos que se sentía tenso debido a que su exposición se acercaba, encontrándose más tranquilo cada vez que lo realizaba. Se continuó con el siguiente diálogo:

T: Ángel te felicito por tu empeño en tu terapia y que estés aplicando las técnicas que has aprendido aquí hasta el momento.

P: Así es, Lisette. Me siento más capaz de poder vencer la ansiedad y sobretodo mis pensamientos que la provocan. Ahora puedo ver, lo importante que es tener pensamientos más saludables y no exigirme cosas a los demás y a mí.

T: Claro, esa es la idea. Vamos bien, y estamos en el camino, así que continuaremos aprendiendo cosas para seguir mejorando. Te felicito por la motivación que demuestras. Eso denota el interés que tienes por mejorar.





P: Gracias, Lisette.

T: Bien, entonces ahora nos toca ver acerca de las Auto-Instrucciones. Las instrucciones son palabras, mensajes u órdenes que nos damos a nosotros mismos y que guían nuestra actuación indicándonos lo que debemos hacer o sentir en cada momento. Por lo tanto, esta técnica, te permitirá manejar mejor tus

pensamientos cuando se inicia la emoción en ti, al encontrarte antes, durante o después de haber afrontado la situación.

P: Oh, entiendo. ¿Esto me ayudará con mis pensamientos negativos?

T: Así es Ángel, al ser un diálogo interno, te guiará para cambiar pensamientos y emociones negativas que quieran aparecer. Es por eso, que ahora veremos, que tendrías que hacer en cada paso, son 4 pasos que aprenderemos, veamos a continuación: T: La aplicación de esto hará que te sientas mejor al enfrentar a situaciones temidas, reduciendo así tu tensión emocional y logrando enfrentarlas sin dificultad.

 <p>PASO 1 Me dispongo a afrontar la situación, utilizando las autoinstrucciones preparadas con anterioridad para guiar mi diálogo interno.</p>	 <p>PASO 2 Cuando la emoción empieza la utilizo como señal de aviso para poner en marcha mi plan de control.</p>	 <p>PASO 3 Antes y durante el afrontamiento de la situación digo mensajes positivos</p>	 <p>PASO 4 Después de afrontar la situación me valoro y me felicito por ello.</p>
---	---	---	--

P: Entiendo Lisette, ¿y cómo sabré en que momento usarlo?

T: Cuando presentes algún tipo de tensión en ti, sabrás que está presente la ansiedad.

P: Ok, entiendo.

T: Así es. Ahora veremos cuáles son esos *mensajes positivos* que básicamente son pensamientos que te dirás a ti mismo (diálogo interno) que te darán ánimo antes, durante y después del afrontamiento a las situaciones temidas. Por

ejemplo, al encontrarte **antes** de estar frente a una situación temida podrías decirte por ejemplo: “Ya lo hice con éxito en otras ocasiones”

P: Es como motivarme y darme ánimos, ya entiendo.

T: Claro, lo estás entendiendo. Ahora, si tú ya te encuentras **durante** la situación que te causa temor, podrías decirte algo como: “yo puedo hacerlo” ese sería tu mensaje positivo en el Paso 3. Por último, en el Paso 4, **Después** que has afrontado la situación, te felicitas por tu logro, con pensamientos como: “Lo hice bastante bien”. ¿Se entendió hasta aquí, Ángel?

P: Si, yo creo que esos pensamiento ayudarán mucho, ¿aunque yo tengo que inventarlos?

T: Así es Ángel, lo escribirás en estas tarjetas que tengo por aquí. Es importante que estos pensamientos sean idóneos y significativos para ti.

El paciente escribió en las tarjetas los pensamientos de afrente de la siguiente manera:

ANTES

DURANTE

DESPUES

Puedo relajarme e Ya lo hice con éxito en otra

Estoy concentrado en mi respiración

Me relajé y ¡Lo conseguí!

No hay motivo para preocuparse

Estoy manteniendo el control

La próxima vez no tendré que preocuparme tanto

Ya lo hice con éxito en otra ocasión

Puedo hacerlo, lo estoy haciendo

¡Lo logré!

Sé que puedo hacerlo

Puedo controlar la ansiedad en unos límites manejables

Pude controlar la ansiedad

Voy a hacerlo y lo lograré

No tengo miedo no pienso en él

Es posible no tener miedo.

T: Muy bien Ángel, ahora que tienes estas tarjetas, te pido que memorices cada una de ella pues te ayudarán en pensar de manera positiva, lo cual como ya habíamos tratado anteriormente, ello tendrá un impacto en tus emociones y en tu actuar.

P: Si, es verdad. Lo recuerdo.

T: Bien, entonces estas tarjetas debes tenerlas a la mano para que las interiorices, donde desees en tu billetera, mesa de noche, pegado en una pared, etc. donde te resulte más cómodo y fácil de leer; así como, para que logres familiarizarte completamente con ellos.

P: Creo que lo pondré en mi billetera y en la pared...

T: Ok, perfecto. Te hago este pedido ya que esto nos servirá para la próxima sesión, donde trabajaremos en que logres enfrentar situaciones que te resultan amenazantes, de manera que haremos uso de la relajación que has aprendido anteriormente mientras a la vez visualizas en tu mente una escena que te produzca ansiedad, imaginándola tan real como te sea posible.

P: Claro, entiendo.

T: Ahora, haremos una pequeña práctica de lo que será la próxima sesión y como usaremos las autoinstrucciones en situaciones que nos produzcan ansiedad o malestar. ¿Está bien?

P: Si, mejor lo practico

Se vio el siguiente ejemplo con el paciente:

“Acercarte a una compañera de tu salón y pedirle prestado su cuaderno para ponerte al día”

T: Primero lo realizaré yo, tú vas a observar cómo es que lo realizo para luego tu hacerlo, ¿Ok? Ahora vamos a suponer que tú eres la compañera de salón y yo te pediré prestado tu cuaderno.

P: Ok.

Ahora se dio inicio al modelado, la terapeuta se coloca de un lado del consultorio y el paciente sentado observando como realiza el ejemplo la terapeuta:

T: Quiero poner al día en mi cuaderno, puedo pedirle su cuaderno, *sé que puedo hacerlo*. Estoy listo. Tengo que acercarme a mi compañera. Bien. Me acercaré despacio y tranquilo, mirando al frente. Muy bien, *estoy mantenimiento el control*. Está bien. Ahora estoy cerca...respira....me pondré a una distancia adecuada...Ahora sí...lo diré..."Hola, por favor ¿Podrías prestarme tu cuaderno para ponerme al día?...Gracias. Te lo devuelvo luego. ¡Lo logré!

T: Bien, de eso trata Ángel ¿Qué te pareció? ¿Podrías hacerlo?

P: Yo creo que sí.

T: Muy bien, ahora invertiremos los papeles. Tu estarás en el lugar donde estuve, tú serás quien me pida prestado el cuaderno y ahora yo haré de tu compañera de clase ¿Está bien?

P: Si, está bien.

T: Te estaré guiando con mis palabras, recuerda que estamos practicando. Bien continuemos

(El paciente se coloca de pie, ahora en el lugar que estuvo la terapeuta).

Bien... Ahora, quiero ponerme al día en mi cuaderno ¿Qué es lo que tengo que hacer? Tengo que pedirle prestado el cuaderno a mi compañera. Bien... ¿Y cómo se lo digo?... Bien, primero tengo que acercarme despacio y tranquilo, respira...mirando hacia adelante...Sitúate a una distancia correcta...Bien, muy

bien...Ahora díselo..."Hola, ¿Crees que puedas prestarme tu cuaderno?...

Gracias...Ahora sí. ¡Me relajé y lo conseguí!

T: ¿Cómo te sientes Ángel?

P: Bien, de verdad que por pasos no es tan difícil.

T: Está bien. Ahora, toca que lo realices solo, recuerda que es una práctica, así que verbalizaras en voz alta lo que hemos estado practicando. La siguiente sesión si será un dialogo interno el que tu realizaras. ¿Listo?

P: Sí, estoy listo.

Se realiza el mismo procedimiento, ahora el paciente se coloca a un lado del consultorio y empieza a verbalizar, lo que anteriormente mencionó la terapeuta en el texto. El paciente cumple de manera adecuada con el ejercicio, por momentos, esta dubitativo, pero al usar los pensamientos de afronte continúa con el ejercicio y logra dirigirse a la compañera (terapeuta) para pedirle su cuaderno prestado.

T: Ok, igual trataremos esta técnica por fases. Primero, realizaremos una lista de situaciones que temes o que te produzcan ansiedad...

A continuación se realizó junto al paciente su Lista de Situaciones temidas, quedando de la manera siguiente:

LISTA DE SITUACIONES QUE TEME

SITUACIÓN
1. Exponer en público
2. Contestar una pregunta en clase
3. Hablar con una chica
4. Llamar por teléfono
5. Iniciar o mantener la conversación con gente nueva
6. Expresar mi propia opinión

7. Pedir a otro que cambie una conducta que me molesta
8. Entrar a un lugar donde ya hay gente sentada
9. Exponer en público
10. Hablar de sí mismo o sus sentimientos

T: Bien Ángel, ahora de estas 10 situaciones, las ordenaremos desde las que te causan menor temor a las que te causan mayor temor, puntuándolas de lo mínimo que es “1” hasta llegar a lo máximo que es “10”.

SITUACION	USAS (Unidades Subjetivas de Ansiedad)
1. Mirar a los demás a la cara	1/10
2. Llamar por teléfono	2/10
3. Contestar una pregunta en clase.	3/10
4. Pedir a otro que cambie una conducta que me molesta	4/10
5. Hablar de mí mismo o mis sentimientos	5/10
6. Expresar mi opinión	5/10
7. Iniciar la conversación con gente nueva	7/10
8. Hablar con una chica	8/10
9. Entrar a un lugar donde ya hay gente sentada	9/10
10. Exponer en público	10/10

Concluida la sesión, se le indicó continuar con la práctica de la respiración abdominal y la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson; así como,

se le reitero que interiorice sus autoinstrucciones porque en la siguiente sesión serían trabajadas.

Lisette Huertas Cercado
Interna II – Psicología

SESIÓN # 10

Objetivos de la Sesión

- * Exponer al paciente in vitro a las situaciones temidas.
- * Evaluación con los padres del avance del tratamiento.

Técnicas

- * Retroalimentación
- * Autoinstrucciones
- * Desensibilización Sistemática (Exposición In vitro)

Descripción de la sesión

Se dio inicio a la sesión, felicitando al paciente por su asistencia y puntualidad. Se le preguntó cómo se había sentido esta semana, a lo cual respondió que bien y tranquilo. A continuación, se realizó junto al paciente la descripción al detalle un lugar que le cause tranquilidad, para luego trabajar la Desensibilización Sistemática. Luego, se realizó evaluación a los padres acerca del avance y progreso del paciente en el tratamiento. A continuación el desarrollo de la sesión:

T: Ahora Ángel, para ya estar listos, necesitaremos que en esta hoja describas un lugar que te cause calma, relajó y tranquilidad. Tomando en cuenta en la

descripción el escribir los detalles del lugar, los colores, olores, sonidos, etc. Cualquier duda puedes consultarme y te oriento.

P: Ok, me parece bien.

Luego que el paciente terminara de redactar la descripción del lugar, quedó de la siguiente manera:

“Me encuentro en un bello paisaje verde, muy natural, donde hay árboles altos y frondosos y sus hojas se mueven al viento, en los pasos que doy, la tierra se siente suave en mis pies, hay algunos arbustos con hojas muy verdes y suaves que



brillan a la luz de la mañana. Avanzando, noté que muy cerca se oye el sonido de agua, me acerqué y vi una pequeña catarata detrás de los arboles donde fluye el agua hasta hacerse una pequeña laguna, y donde de rato en rato aparecía un ave remojándose en la laguna. Estamos como a las 10 de la mañana el sol está agradable. Al borde de la laguna veo sentado a mi mejor amigo Juan, vestido con un short jean y un polo azul, voltea hacia mí y me saluda emocionado, diciéndome: ¡Ángel ven! ¡Esto esta bravazo!”.

Terminada la descripción de la escena, se le felicitó por su creatividad y buena imaginación. Por consiguiente, se procedió a trabajar en la desensibilización de las primeras 3 situaciones vista en la Lista de situaciones Ansiógenas. Por lo tanto, se trabajó en el siguiente diálogo:

T: Ahora Ángel, puedes sentarte lo más cómodo que puedas y si tienes algo que cause presión como un reloj o pulsera te lo puedes quitar.

P: Ok

T: Muy bien, ahora ponte cómodo en la silla y te pediré por favor que puedas cerrar tus ojos y puedas realizar la respiración abdominal. Desde este momento, te pediré que te encuentres atento a mis indicaciones y que en dos momentos tomaré tu brazo para medirte el pulso y te preguntaré cuanto tienes de USAS, como ya lo hemos venido trabajando. En este proceso, tú continuarás manteniendo en tu mente la imagen que estamos trabajando, el lindo paisaje y continuarás con tus ojos cerrados.

P: Ok, está bien.

T: Ahora quiero que me señales, en que parte de tu cuerpo sientes tensión. Apenas lo señales vas a empezar a relajar los músculos de esa zona, usando la Relajación Muscular que conoces, realízalo pausadamente usando la respiración abdominal hasta que sientas relajada esa zona del músculo, cuando eso suceda me avisas. Además, harás uso de las Autoinstrucciones que vimos en la sesión anterior. Por lo tanto, ante cada imagen debes decírtelas a ti mismo interiormente Antes, durante y después de cada escena.

Transcurrieron unos minutos en que el paciente realizaba la relajación sobretodo de los músculos de cuello y espalda que fueron los más tensionados. Se tomó el pulso y el paciente refirió su nivel de USAS, quedando de la siguiente manera:

	Pulsaciones x min	USAS
Inicio del ejercicio	65	2

Se inicia con la primera situación ansiógena de la Lista: "Mirar a los demás al rostro", mediante el siguiente diálogo:

T: Muy bien Ángel, te voy a pedir que desde ahora en todas las escenas que imagines uses todos tus sentidos; es decir, observes los colores de manera nítida, sientas olores, percibas el clima, la idea es que tengas la escena tan real como te sea posible. Empecemos, ahora quiero que mantengas tu respiración y te imagines una persona que trabaja en tu mismo turno y te saluda diciendo ¡Hola Ángel! Sabes que ante esto tendrías que levantar la cabeza para mirar a la persona a la cara... (Se tomó el Pulso dando 72 y se preguntó en qué Nivel de USAS a lo cual afirmó que ahora en 4 USAS)...Ahora suelta el aire lentamente y la tensión que sentías va disminuyendo hasta que la escena desaparezca e inmediatamente visualiza aquel lugar calmado, relajado y tranquilo de donde Juan te llamaba, en aquel lugar solo hay paz y tranquilidad, visualízalo al detalle. (Pasado unos minutos se volvió a tomar el pulso, dando 69 pulsaciones y al preguntar en qué Nivel de USAS se encontraba, contestó que en 2 USAS como al inicio). Se dejó que unos minutos el paciente continuara respirando de manera lenta y se procedió a realizar la misma escena, en donde el paciente hizo uso de las mismas instrucciones, donde finalmente se obtuvo 64 pulsaciones y 2 USAS).

A continuación, se pasó a la segunda situación ansiógenas: "Llamar por teléfono"

T: Ángel, continúa con la respiración y ahora veremos otra escena, esta es de llamar por teléfono, quiero que te visualices en tu dormitorio deseando llamar a tu amigo Juan para salir a pasear al Centro comercial. Entonces, de manera lenta te aproximas a dirigirte a tu celular, buscas entre tus contactos y le das "llamar" a pesar de tu miedo de que te conteste otra persona, entonces empieza a sonar el teléfono de casa, (Se encuentra en 76 pulsaciones y afirma que el nivel de USAS

son de 6). Ahora vas a finalizar la acción y mantener la respiración por unos segundos, luego vas a despedirte suavemente y con ello se va despidiendo también tu tensión. A continuación y de inmediato imagina tu imagen que te da tanta paz y tranquilidad, visualízala y disfruta de esa sensación de calma, mantén la imagen por unos minutos.

Aquí sus pulsaciones bajaron a 69 y 4 USAS; por lo tanto, se decidió realizarlo nuevamente, brindándose las mismas instrucciones que anteriormente se brindaron, ahora obtuvo 67 pulsaciones y 2 USAS.

Terminada la anterior, se pasó a la tercera situación ansiógena: “Contestar una pregunta en clase”

T: Ángel, continua respirando, ya estamos por terminar pasaremos a la última escena de hoy. Vas a respirar y a continuación quiero que te sitúas en el salón de clases tus compañeros están en sus asientos en el curso de Historia. El profesor ha mencionado que empezará a hacer preguntas sobre lo tratado en clase. Ante esto, conoces que hay varias probabilidades de que pueda tocarte a ti alguna pregunta para responder, en ese instante, sientes que se activan reacciones en tu cuerpo esto te produce tensión y en ese momento el profesor menciona tu nombre (78 Pulsaciones y 6 USAS). Dejas eso a un lado y vas a escuchar atentamente la pregunta del profesor y la respondes, visualiza esa acción unos segundos...Respira lentamente y con esto prosigue a borrar la imagen de tu mente y en su lugar comienza a experimentar e imaginarte el bello paisaje y manantial, el cual te produce paz y tranquilidad, disfruta por un momento del lugar. (Se obtuvo 69 pulsaciones y 6 USAS.

Al observar, aun el nivel de ansiedad, se prosiguió a realizar la misma situación 2 veces más; al finalizar obtuvo 65 pulsaciones y 3 USAS. Ante esto, se logró los objetivos, el paciente obtuvo mejores resultados y se vio un progreso al visualizar la imagen de relajó y calma.

Se continuó con el siguiente diálogo:

T: ¿Cómo te has sentido?

P: Un poco extraño, sentí algo de mareo, pero ahora ya más relajado.

T: ¿Qué sentías al imaginar las situaciones de tu lista?

P: Me sudaban las manos y mi corazón latía rápido.

T: ¿Y usaste tus autoinstrucciones, de las tarjetas de afronte que aprendiste?

P: Sí, las iba repitiendo en mi mente.

T: ¿Hubo algo que te resultara más difícil?

P: (Piensa) Solo los cambios de imagen pero se me hacía más nítido imaginarlo cada vez más... a pesar que el cambio era fuerte sentí que al ver ese paisaje y mi amigo ahí maravillado con el lugar y yo también, hacía que ya no me sienta tan ansioso.

T: Muy bien Ángel. Me gustaría que en casa continúes con la práctica de estas 3 situaciones. Cuentas con tus tarjetas de afronte (Autoinstrucciones), con tu imagen relajante y dominas la técnica de respiración. La idea de esto, es que progresivamente tus Pulsaciones y nivel de ansiedad sean leves. Vamos por buen camino. Te felicito.

P: Gracias Lisette.

T: La siguiente sesión continuaremos con las situaciones que siguen en tu lista, por ello es importante que practiques en tu casa las que ya hemos realizado el día de hoy.

P: Ok. Lo practicaré.

Por último, se realizó la evaluación a los padres acerca del avance de terapia del paciente:

Seguidamente, se entrevistó a su madre y su padrastro, quienes viven con el paciente, con el objetivo de conocer que progresos han visto ellos a lo largo de la terapia de Ángel. La madre y el padrastro manifiestan que lo ven más relajado que antes, han observado que se encuentra más motivado en sus estudios y trabajo, conversa un poco más en casa, mira más a la cara a las personas y notan que su estado de ánimo también ha mejorado. Señalan que están contentos con los cambios que está teniendo Ángel, pues señalan que esto le está ayudando para su futuro y también en la relación que tiene con los demás.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos propuestos.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 11

Objetivos de la Sesión

- * Exponer al paciente in vitro a las situaciones temidas
- * Explicar al paciente sobre el concepto y características de las habilidades sociales; así como, las habilidades sociales básicas.

Técnicas

- * Psicoeducación

- * Diálogo expositivo
- * Desensibilización Sistemática (Exposición In vitro)
- * Habilidades Sociales (Concepto y características)

Descripción de la sesión

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente. Se le preguntó si había practicado las 3 situaciones realizadas en la sesión, a lo cual respondió afirmativamente y que no se le habían presentado inconvenientes. Asimismo, se procedió a trabajar la sesión del día de hoy con las siguientes 4 situaciones ansiógenas de la lista y posteriormente, se pasó a introducir al paciente al campo de las habilidades sociales, en cuanto a los conceptos y características sociales básicas. Por lo tanto, la sesión se condujo de la manera siguiente:

T: Ángel, continuaremos con la técnica que trabajamos la sesión anterior, de igual manera, realizaremos el procedimiento de la sesión anterior.

P: Ok, estoy listo.

T: Bien Ángel, te pediré que te coloques en una posición cómoda en la silla, si tuvieras algún objeto que te cause presión como un reloj, puedes quitártelo. Ahora, realizaremos los mismos pasos que usamos en la sesión anterior en las 3 situaciones que vimos para ello seguirás mis instrucciones ¿Listo?

P: Si, empecemos.

T: Ok empecemos, puedes cerrar los ojos y empieza realizando la respiración abdominal.

(Paciente se tomó unos minutos)

T: Ahora, percibe en zona del cuerpo donde sientas tensión vas a empezar relajándola lentamente haciendo uso de la relajación muscular hasta que la tensión de la zona desaparezca. Después de unos minutos de que el paciente

relajara la zona del cuello y espalda, se prosiguió a tomar el pulso y refirió su nivel de USAS, ubicados en la siguiente tabla:

	Pulsaciones x min	USAS
Inicio del ejercicio	66	3

Se continuó, con la cuarta situación ansiógena de la Lista: “Pedir a otro que cambie una conducta que me molesta”

T: Muy bien, ahora te voy a pedir que las escenas te las imagines lo más reales posible, haciendo uso de todos tus sentidos. Continua respirando y ahora quiero que imagines al detalle, que te encuentras en el colegio, en la hora de tu recreo, en eso se acerca un compañero del salón, ese compañero que siempre molesta a todos, te empieza a decir apodos y empiezas a sentir temor, pues si le dices algo puede reírse de ti y burlarse aún más; en ese instante, empiezas a sentir reacciones en tu cuerpo, te sudan tus manos y tu corazón empieza a latir más fuerte, lo cual te produce tensión. Poco a poco, lo miras a los ojos y cuando le pides que deje de colocarte apodos, tu ansiedad se eleva aún más. (Se obtuvo 85 pulsaciones y un nivel de USAS de 7. Continúa con la imagen unos minutos más, mientras tanto sigue experimentando cada síntoma de ansiedad, continúa con tu respiración; ahora, has una respiración profunda y cuando botes el aire a la vez estarás botando tu ansiedad, ahora cambia la imagen y pasa a la imagen relajante que te produce tanta paz y tranquilidad, sitúate ahí y experimenta el disfrute que te produce. (Se obtuvieron 79 pulsaciones y un nivel de USAS de 5). Al notar, que solo disminuyó un poco la ansiedad se decidió realizar dos veces más el ejercicio, dándole las mismas instrucciones, se obtuvo 72 pulsaciones y un nivel de USAS de 3).

Se pasó a la quinta situación ansiógena de la Lista: "Hablar de mí mismo"

T: A continuación, Ángel, te vas a visualizar dentro de un grupo de 4 compañeros, ustedes se encuentran conversando en el salón ya que no hay profesor, ubícate en un lugar específico en la escena y visualiza los detalles como los colores del lugar, clima, olores, etc. Luego, tú estás callado y escuchando lo que dicen, pero en un momento de la conversación uno de ellos, dirige su mirada hacia ti y te realiza una pregunta personal, te pregunta: ¿Qué te gusta de una chica? Los demás te observan, inmediatamente, sientes como se acelera tu corazón y empiezas a sudar en tus manos, sientes tensión en tu cuello y espalda (Se obtuvieron 79 pulsaciones y un nivel de USAS de 7). Piensas que lo que digas les parecerá aburrido y pueden burlarse de ti, pero de todas formas le respondes. Sientes elevada tu ansiedad. Mantén esa escena unos segundos y experimenta cada síntoma de ansiedad. Ahora, quiero que respires lentamente, irás borrando esa imagen y te trasladarás a la imagen del paisaje con árboles frondosos y ese gran manantial que te da paz y calma, experimenta esa sensación de disfrute que te produce este bello lugar. (Se obtuvo 69 Pulsaciones y un nivel de USAS de 6). Al notar, que los niveles de ansiedad aún permanecían elevados, se continuó trabajando en esta quinta situación, un par de veces más, mediante la cual se obtuvo una medida de 66 pulsaciones y un nivel de USAS de 4).

Se prosiguió, con la sexta situación ansiógena de la Lista: "Expresar mi opinión"

T: Vamos bien Ángel, continuaremos con la siguiente situación, haremos uso de la imagen anterior, visualízala con detalles, sitúate nuevamente con un grupo de 4 compañeros en el salón de clases, ustedes se encuentran conversando, algunos de ellos empiezan a opinar acerca de la Educación en el Perú, y cada

uno va dando su opinión del tema. Ante esto, tú sabes que ya tocará tu turno de decir tu opinión del tema, entonces, llegó tu turno...En ese momento, empieza a sentir reacciones fisiológicas en tu cuerpo, sientes tensión, empieza a sudar tus manos, piensas que puedes decir algo poco inteligente y se reirán de ti. (Se obtuvo 80 pulsaciones y un nivel de USAS de 7). Quédate con esa escena unos momentos experimentando los síntomas de tu ansiedad. A continuación, terminarás la acción y dirás tu opinión, mantén la acción por unos momentos. Ahora, empieza a respirar lentamente, más lento, y con ello vayas borrando esta imagen de tu mente, inmediatamente comienzas a experimentar e imaginar el bello paisaje con ese bello manantial y tu amigo maravillado tanto como tú del lugar, quédate experimentando esa sensación de disfrute que te da el lugar, y te hace sentir tan bien. (Obtuvo 69 Pulsaciones y un nivel de USAS de 5).

Se decidió, repetir una vez más la última escena, con el fin de que disminuya su nivel de USAS al nivel inicial del ejercicio. Ante lo cual se consiguió, 65 pulsaciones y un nivel de USAS de 3).

T: Bien Ángel, ahora pasaremos a la última situación, quiero que visualices que vas a iniciar la conversación con una persona desconocida para ti. Recuerda que antes, durante y después harás uso de las autoinstrucciones como en las anteriores situaciones. Ubícate en el bus, hay gente pasando, estás sentado y hay un asiento vacío a tu lado, visualiza al detalle el lugar, los colores, olores, ruido y clima...En eso una persona se sienta al lado tuyo, en eso notas que se alegró de encontrar asiento, entonces decides hablarle sobre ello. De inmediato, te sientes ansioso, tus manos empiezan a sudar y se acelera tu corazón. Tus síntomas de ansiedad van en aumento y lo puedes sentir (obtuvo 85 pulsaciones y un nivel de USAS de 8). Mantén unos minutos la imagen y los síntomas sigue

experimentándolos, sigue respirando y ahora te trasladaras a la imagen que te produces paz y tranquilidad, aquel paisaje verde y bello, ahora lentamente irás expirando el aire que has tomado, te quedarás en el paisaje que te produce esa sensación de disfrute, una calma que te hace sentir bien, continúa experimentando esa sensación. (Obtuvo 68 pulsaciones y un nivel de USAS de 4).

T: Lo has logrado Ángel, ¿Cómo te sientes con eso?

P: La verdad que contento. Me he dado cuenta que ahora puedo imaginar con mayor detalle las imágenes, la que me causa ansiedad y la que me relaja. Y al cambiar de una a otra usando mis pensamientos ya no me siento tan ansioso.

T: Bien Ángel, eso es muy positivo. Continúa así. Veo que has progresado. Eso ayudará para las siguientes situaciones que veremos.

P: Ok.

T: Más adelante, ya no serán situaciones imaginadas sino progresivamente las realizarás en la vida real. ¿Estaría bien?

P: Si me gustaría intentarlo.

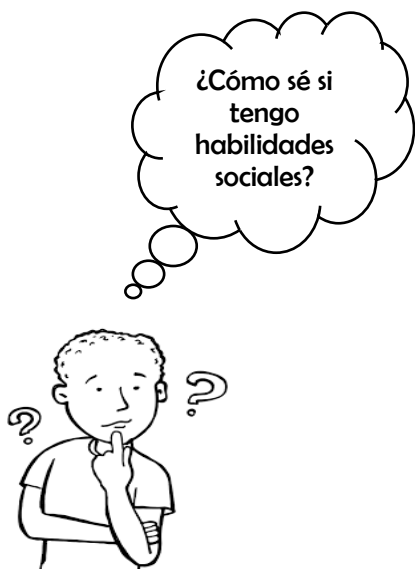
A continuación, se inició el entrenamiento de las Habilidades Sociales:

Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación que se presenta.

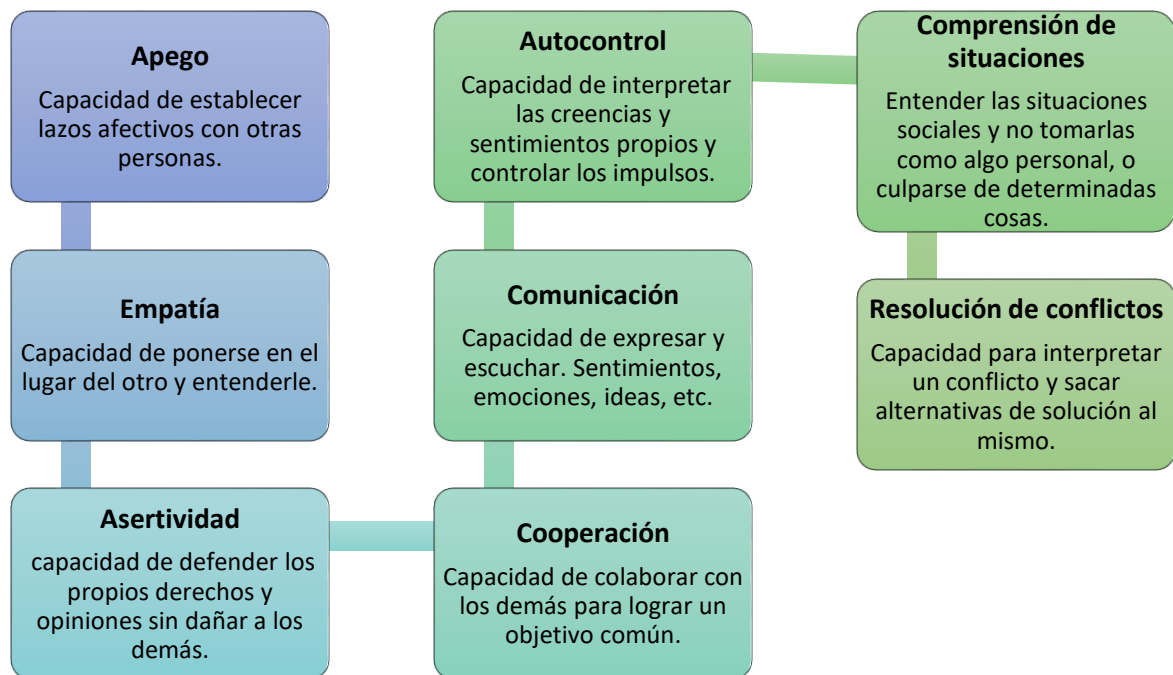


CARACTERÍSTICAS DE LAS HH.SS:



- La adquirimos desde nuestra infancia a través del aprendizaje al relacionarnos con otras personas (familia, amigos, etc).
- Es importante lo que se dice (conducta verbal) y lo que no se dice (conducta no verbal).
- Son recíprocas por naturaleza (para desarrollarla se requiere de la relación con otras personas).
- Determinadas conductas se repiten si tienen un refuerzo interpretado como positivo (acorde con sus ideas y sentimientos) o negativo (en desacuerdo).
- Formadas por un repertorio de creencias, sentimientos y valores, que son la base de la conducta social.
- Influyen en el autoconcepto y la autoestima y estos a su vez son cruciales para las diferentes conductas en el medio social.

HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS



T: Que tal Ángel ¿Se entendió el tema de habilidades sociales? ¿Consideras que es importante contar con habilidades sociales?

P: Si, creo que es muy importante para relacionarnos con las demás personas. Yo creo que he estado fallando en eso...

T: Más que una falla, es una habilidad a desarrollar y en la cual vamos a estar trabajando aquí potencializando y practicando estas habilidades. Que mejor manera que, practicando lo que deseamos aprender ¿No es cierto Ángel?

P: Es verdad.

Conclusión

Se lograron los objetivos propuestos.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 12

Objetivos de la Sesión

- * Exponer al paciente in vitro a las situaciones temidas.
- * Entrenar al paciente en Habilidades Sociales (Escalera del Autoestima)

Técnicas

- * Desensibilización Sistemática (In vitro)
- * Diálogo expositivo
- * Psicoeducación
- * Escalera del Autoestima

Descripción de la sesión

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente. Se indagó como se iba sintiendo con la terapia a lo cual respondió que tranquilo y contento por lo que va aprendiendo. Así también, se le preguntó si había estado practicando las 3 situaciones que realizamos la sesión anterior, ante lo cual respondió afirmativamente y que las había hecho uso de las autoinstrucciones como lo practicado en la última sesión. Seguidamente, para continuar con el Entrenamiento en Habilidades Sociales, se trató el tema del Autoestima, mediante la Escalera del Autoestima. Por lo tanto, se inició la sesión, con la continuación del trabajo en las 4 últimas situaciones temidas:

Se pidió al paciente que se coloque en su asiento con una postura adecuada y que si tuviera algún objeto que le presione, se le dio la indicación que se lo quitara. Luego, se le indicó que practicará la respiración abdominal, y se le brindaron las siguientes instrucciones:

T: Sigue con tu respiración abdominal, ahora si sientes que algún músculo se empieza a tensar, vas a relajar esa zona del músculo, como lo has estado

haciendo con la Relajación muscular. Continúa. Y cuando te empieces a sentirte más relajado empezamos con la siguiente situación. Me avisas ¿listo?

(Luego de unos minutos)

P: Ahora sí.

	Pulsaciones x min	USAS
Inicio del ejercicio	62	3

Se continuó, con la octava situación de la Lista: “Hablar con una chica” y se le brindaron las siguientes instrucciones:

T: Ahora, te vas a visualizar subiendo al micro que te lleva a tu casa, imagina los detalles, no está tan lleno, así que ves un asiento vacío y decides sentarte, en eso miras al lado y está sentada una compañera de tu salón de clases, ella te saluda y de inmediato sientes tensión corporal, te empiezan a sudar tus manos, se acelera tu corazón, y cuando decides hablarle sientes tus síntomas de ansiedad más altos (Se obtuvo 86 Pulsaciones y refirió un nivel de USAS de 8). Continúa con esa imagen unos minutos más, y con la ansiedad que te hace sentir; ahora, continúa respirando y cambiarás la imagen que elegiste y que aparezca la imagen que te relaja, el paisaje que te produce calma y tranquilidad, mientras con ello botas el aire que tomaste, ahora mantente experimentando esa sensación de disfrute con la imagen de calma. (Se obtuvo 68 Pulsaciones y un nivel de USAS de 4).

Ahora se trabajó la novena situación de la Lista: “Entrar a un lugar donde ya hay gente sentada”.

T: A continuación, te ubicarás llegando a tu salón, notas que ya empezó la clase y que tus compañeros ya están sentados. El profesor está tomando asistencia y tus compañeros voltean a verte y tú te encuentras en la puerta del salón. En ese momento, empiezas a sentir la reacción fisiológica en tu cuerpo, se acelera tu corazón, sientes temblor en tu cuerpo y empiezan a sudarte las manos (Se obtuvo 87 pulsaciones y un nivel de USAS de 8). Mantén unos segundos experimentando esta sensación de ansiedad, eres consciente de ello, pero te animas a ingresar al aula aunque te miren o hablen entre ellos. Ahora, te trasladarás, a la imagen que te produce calma, ese bello paisaje verde y con un bello manantial. Ahora te sientes más tranquilo, pudiste enfrentar la situación y ahora te encuentra en esa sensación

que da paz y te encuentras disfrutando de ello. (Obtuvo 69 pulsaciones y un nivel de USAS de 3).

T: Bien Ángel, ¿Cómo te sientes hasta este momento?

P: Bien, lo intenté y pude conseguirlo eso me pone muy contento.

T: Me alegra mucho. Ahora Ángel, pasaremos a la última situación de la Lista, pero esta vez, tú me irás narrando la escena de exponer a un grupo de personas.

P: Ok

Última y decima situación de la Lista: "Exponer en clase"

Antes de iniciar, se tomó el pulso al paciente, donde se obtuvo 65 pulsaciones y un nivel de USAS de 3.

P: Me ubico llegando a mi aula, sé que hoy me toca dar una exposición. Voy a mi aula y me paso a sentar en mi lugar, ya falta poco para que sea mi turno de exponer y empiezo a sentirme ansioso, me sudan y tiemblan mis manos, mis latidos de corazón se aceleran y empiezo a sentir malestar estomacal. Ahí en mi

asiento, empiezo a darme pensamientos positivos y empiezo a sentir que puedo controlar la ansiedad en unos límites manejables. Mi compañero ya terminó de exponer, es mi turno; entonces, me acerco adelante y pongo mis diapositivas, me empiezo a sentir cada vez más tranquilo en ese momento. Estoy manteniendo el control y empiezo a exponer, estoy contento porque las cosas están saliendo bien. Terminó la exposición y algunos de mis compañeros aplauden el profesor dice que lo hice bien.

T: Muy bien Ángel, lo has hecho bastante bien. Continúa practicando esta escena en casa; ya que, practicaremos más adelante ya no imaginando sino haciendo en vivo.

P: Ok, me parece bien.

A continuación, se desarrolló la sesión con el entrenamiento en habilidades sociales. En esta oportunidad, se trató acerca de la Autoestima y los elementos vinculados a ésta. Luego, se realizaron algunos ejercicios prácticos para la consolidación del aprendizaje del paciente. Por lo tanto, la sesión se condujo de la siguiente manera:

T: Ahora, Ángel hablaremos un poco de un tema que de seguro has escuchado, se trata de la Autoestima. Cuéntame que es lo que sabes acerca de la Autoestima, ¿Que se viene a tu mente cuando te menciono la palabra autoestima?

P: Ahhh, si claro lo he escuchado... autoestima es quererse y valorarse a sí mismo ¿No?

T: Así es Ángel. Cuando hablamos de **Autoestima**, hablamos del conocimiento que tenemos de nuestro valor propio como persona. Esta proviene de la suma de nuestras propias ideas, opiniones y sentimientos que tenemos sobre nosotros

mismos, las cuales se van construyendo desde nuestra niñez por influencia de nuestros padres, amigos y demás personas con las que nos relacionamos a lo largo de nuestra vida.

P: Ya veo...Yo creo que aún está mi autoestima en crecimiento...

T: Así es Ángel, considero que has mejorado la manera en cómo te ves; sin embargo, la autoestima es un crecimiento en un proceso continuo y cambiante por ello es bueno, complementarlo con mayor información para que puedas continuar poniéndolo en práctica ¿Te parece?

P: Es verdad, si continuemos.

T: Bien y ahora veremos a través de un esquema en Escalera los conceptos vinculados a la Autoestima...

Escalera de la autoestima



AUTOESTIMA La valoración que tenemos sobre: lo que pensamos de nosotros mismos, los sentimientos que nos tenemos y la forma como actuamos en sintonía con lo anterior.



AUTORESPETO Es entender y satisfacer las propias necesidades y valores; así como expresar y manejar las emociones y sentimientos.



AUTOACEPTACIÓN Es el resultado de nuestro propio juicio sobre nosotros mismos. Es admitir y reconocer lo que somos, así como la posibilidad de ser cada día mejores.



AUTOEVALUACIÓN Es la capacidad interna de evaluar nuestra forma de ser o actuar como buenas, si es que son satisfactorias, interesantes y enriquecedoras o como malas si no lo son.



AUTOCONCEPTO Es el conjunto de ideas o creencias que tenemos acerca de nosotros mismos, que pueden llegar a limitarnos ante ciertas situaciones en la vida.



AUTOCONOCIMIENTO Es el conocimiento propio, supone la madurez de conocer cualidades y defectos y apoyarse en los primeros y luchar contra los segundos.

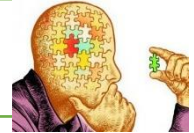
T: Ángel, como vemos... al final de la Escalera se encuentra la AUTOESTIMA, pues esta viene a ser la suma de todos los pasos anteriores. Por ello se la considera importante, afecta prácticamente todo lo que hacemos y nos ayuda a tener relaciones positivas con los demás, nos da seguridad y nos permite tener éxito en las diversas áreas de nuestra vida.

P: Si ahora voy entendiendo mejor.

A continuación se procedió a realizar unos ejercicios acerca del tema expuesto, trabajando cada uno de los escalones de la Escalera del Autoestima del paciente.

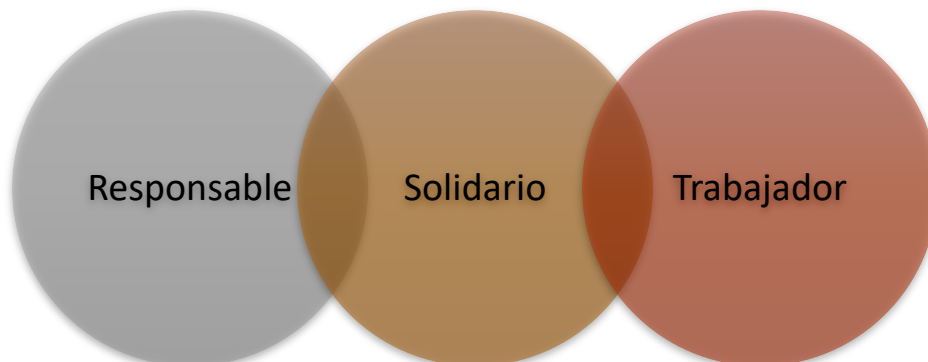
Ejercicios

1. Trabajaremos el 1er. Escalón: “**AUTOCONOCIMIENTO**”. Para ello haremos un listado de las virtudes y defectos que encuentras en ti.



VIRTUDES	DEFECTOS
<ul style="list-style-type: none">• Trabajador• Responsable• Solidario• Honesto• Leal	<ul style="list-style-type: none">• Aburrido• Inseguro• Sensible• Desordenado

2. Ahora una vez identificadas las Virtudes y Defectos, vamos al 2do. Escalón: “**AUTOCONCEPTO**”. Aquí, pasemos a definirte. Tienes que escoger unas palabras que te identifiquen.



3. Ahora, vamos al 3er escalón: **“AUTOEVALUACION”**. Aquí evaluarás de qué manera las virtudes y defectos que posees te pueden beneficiar o perjudicar, dependiendo de las situaciones.



VIRTUDES	BENEFICIA	PERJUDICA
✚ Trabajador	•	
✚ Responsable	•	
✚ Solidario	•	
✚ Honesto	•	
✚ Leal	•	

DEFECTOS	BENEFICIA	PERJUDICA
✚ Aburrido		•
✚ Inseguro		•
✚ Sensible		•
✚ Desordenado		•

T: Ángel, aquí nos podemos dar cuenta que algunos defectos la perjudican, entonces, como ya sabes y conoces mejor cuales tienes y de qué manera te perjudican, depende mucho de uno mismo modificarlos para que pueda tener más éxito.

4. Vamos al 4to. escalón: **“AUTOACEPTACION”**. A continuación vemos un ejemplo para habituarse a pensar y hablar bien de uno mismo, reconociendo quienes somos. La siguiente viñeta la llenarás con un ejemplo personal.



FRASES QUE ES PREFERIBLE NO DECIRNOS A NOSOTROS MISMOS

ES MEJOR DECIR...



FRASES QUE ES PREFERIBLE NO DECIRNOS A NOSOTROS MISMOS

Soy un monce, no puedo exponer como quisiera



ES MEJOR DECIR...

Poco a poco he ido mejorando en mis exposiciones, pronto lograré tener un buen desempeño al exponer.



5. Ahora al 5to. escalón: **“AUTORESPETO”**. En la tabla que se presenta a continuación escribirás situaciones en las que consideras que te respetas y no se respetas respectivamente. Luego, contesta las preguntas que se presentan.



Me respeto cuando...

- Confío en mí
- Me digo cosas positivas
- Valoro mis esfuerzos

No me respeto cuando...

- No me muestro tal como soy
- Me quedo callado si me ofenden
- No me valoro



Contesta las siguientes preguntas:

¿Qué debería dejar caer para lograr respetarme en este caso?

Dejar ir pensamientos negativos que aunque he mejorado mucho aun a veces vienen a mi mente.

¿Qué debería desarrollar para lograr respetarme en este caso?

Mi autoestima, el valorarme y quererme a mí mismo

¿Tengo ganas de lograrlo?

Si me encuentro muy motivado, yo sé que ahora puedo lograrlo

¿Qué de mí estoy dispuesto a poner en juego para lograrlo?

Mi tiempo y disposición, confiar más en mí

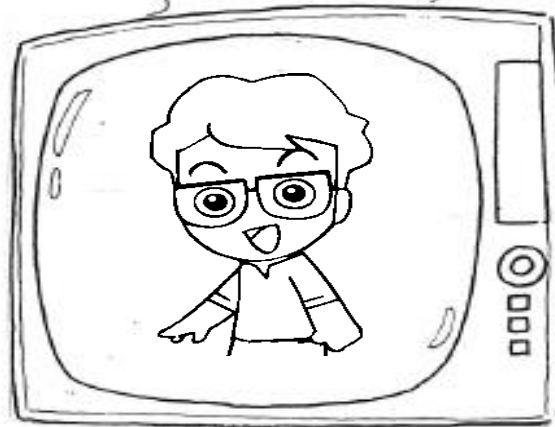
Comienza a aplicarlo desde ¡Ya! Si perseveras en el camino apropiado un resultado positivo es seguro. Si esperas que algo suceda o que lo resuelva alguien, el resultado también será seguro: No pasará nada. ¡Decídelo!



6. Ahora al 6to. y último escalón: “**AUTOESTIMA**”. Aquí desarrollaremos un Spot Publicitario, intentando venderte a los demás, haciendo uso de las virtudes propias que vimos en el 1er. Escalón.



*¡Buenos días público televidente, soy Ángel!
Una persona Amable, sensible, inteligente,
trabajadora, generosa, leal, honesta y
responsable. ¡Ese soy yoo!*



Finalmente, se le felicitó por su participación y disposición durante la sesión.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose motivación para el cambio.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 13

Objetivos de la Sesión

- * Retroalimentar sobre el concepto en Habilidades Sociales.
- * Explicar sobre los Estilos de Comunicación
- * Entrenar al paciente en los Derechos Asertivos
- * Exponer al paciente a situaciones temidas.

Técnicas

- * Retroalimentación
- * Psicoeducación
- * Diálogo Expositivo
- * Desensibilización Sistemática (Exposición En vivo)
- * Asignación de tareas

Descripción de la sesión

Paciente Ángel acude a sesión, se inició consultándole como se sentía, hasta el momento con sus avances; ante lo cual, refirió que se sentía bien y tranquilo pues había intentado cosas a las cuales temía y había logrado realizarlas. A continuación, se prosiguió con la Retroalimentación en el concepto y características de las Habilidades sociales; continuando con el Entrenamiento en HH.SS, se trabajó el tema acerca de los estilos de comunicación y el entrenamiento del paciente en los derechos asertivos; Así también, se realizó la Exposición en vivo en la situación temida: Iniciar la conversación con gente nueva. La sesión se condujo de la manera siguiente:

HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación que se presenta.



Características de las H.H.SS

La adquirimos desde nuestra infancia a través del aprendizaje al relacionarnos con otras personas (familia, amigos, etc).

Es importante lo que se dice (conducta verbal) y lo que no se dice (conducta no verbal).

Son recíprocas por naturaleza (para desarrollarla se requiere de la relación con otras personas).

Determinadas conductas se repiten si tienen un refuerzo interpretado como positivo (acorde con sus ideas y sentimientos) o negativo (en desacuerdo).

Formadas por un repertorio de creencias, sentimientos y valores, que son la base de la conducta social.

Influyen en el autoconcepto y la autoestima y estos a su vez son cruciales para las diferentes conductas en el medio social.

Habilidades Sociales básicas

Apego

Capacidad de establecer lazos afectivos con otras personas.

Empatía

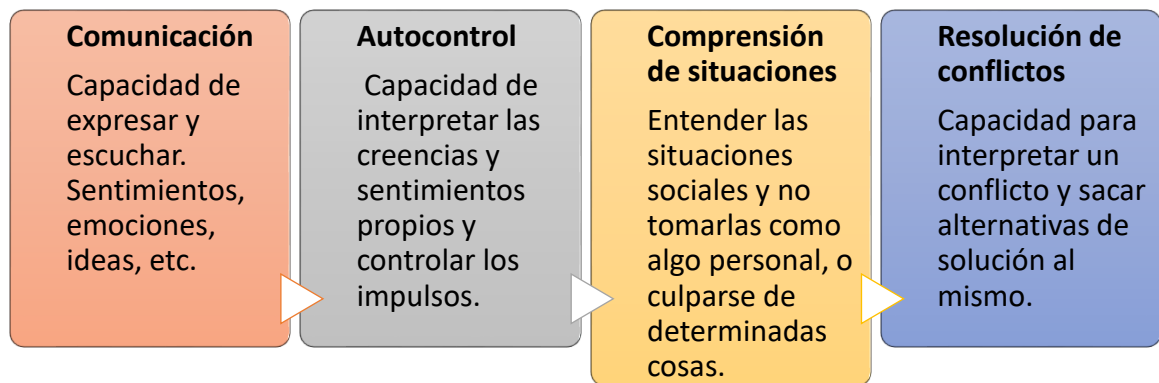
Capacidad de ponerse en el lugar del otro y entenderle.

Asertividad

capacidad de defender los propios derechos y opiniones sin dañar a los demás.

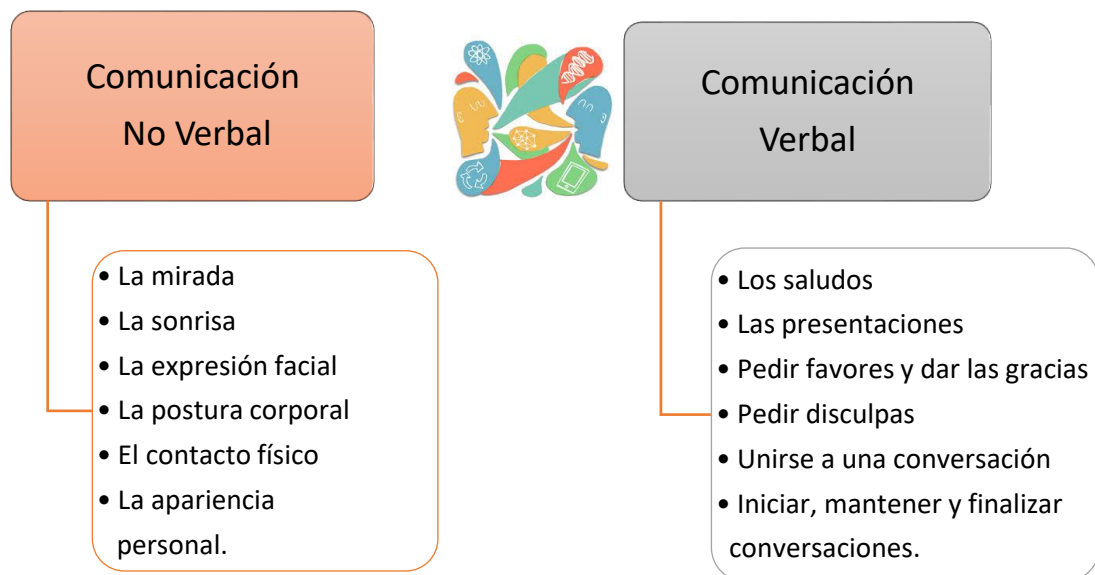
Cooperación

Capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común.



A continuación se trató la sesión de hoy acerca de los Estilos de Comunicación:

T: Bien Ángel, ahora veremos un poco de los Estilos de comunicación ya que es la forma en que intercambiamos ideas, sentimientos, emociones, entre otros....Por lo tanto, se trata de una actividad compartida, que necesariamente relaciona a dos o más personas. A continuación veremos que hay 2 formas de comunicarnos:



T: Ángel, como podemos observar la comunicación es de tipo verbal y no verbal; en realidad, la mayoría de lo que expresamos es no verbal; es decir, lo que nuestro cuerpo manifiesta. Por ello, la comunicación sea intencional o no

intencional siempre produce efectos sobre los demás. Ahora vamos a comenzar con los Estilos de Comunicación:

Estilos de Comunicación

Pasivo

Conducta verbal

Tímida

Volumen de voz bajo

Tono inseguro

Conducta no verbal

Desvío de la mirada

Movimientos nerviosos

Postura recogida

Efectos

Dificultad de conseguir los objetivos.

Nivel de autoestima baja, conflictos internos de la persona.

No defiende sus derechos.



Ejemplo:

Pedro al llegar a su casa se da cuenta que su hermano se ha puesto su camisa nueva, ello le produce cólera pero no dice nada.

Agresivo

Conducta verbal

Impositiva
Con interrupciones
Elevado volumen de voz

Conducta no verbal

Mirada fija

Gestos amenazantes

Postura tensa

Efectos

Crea tensión
No vemos los diferentes puntos de vista.

Bloquea la comunicación.

No considerar el derecho de los demás de ser tratados con respeto



Ejemplo:

*Pedro: Juan eres un conchudo, ¿Por qué te pones mi camisa nueva?
Juan: No me fastidies.*

Asertivo

Conducta verbal

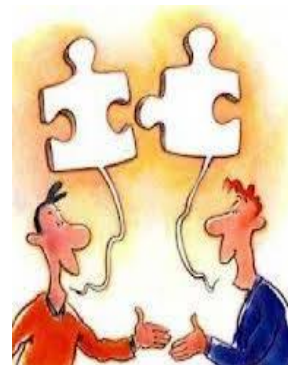
Directa
Es firme
Voz sin vacilaciones

Conducta no verbal

Mirada segura-directa
Gestos firmes
Postura relajada

Efectos

Consigue sus objetivos.
Satisfecho consigo mismo
Relaciones interpersonales positivas, es selectivo, sabe decir "no".
Respeto su derecho y el de los demás.



Ejemplo:

Pedro: Juan estoy muy molesto porque te has puesto mi camisa nueva sin mi permiso.

Juan: Discúlpame Pedro, no volveré hacerlo.

T: Ahora Ángel, que conoces que existen 3 diferentes estilos de comunicarnos ¿Con cuál de los estilos te identificas más a la hora de comunicarte, con el Estilo pasivo, agresivo o asertivo?

P: Ah bueno, yo creo que con el pasivo y pocas veces con el asertivo y agresivo.

T: Muy bien Ángel, es importante identificar el estilo con el que nos comunicamos pero también es importante identificar el estilo que usa la persona con la que nos relacionamos... Ahora después de conocer los estilos de comunicación, ¿De qué te puedes dar cuenta, cual consideras que te falta por desarrollar?

P: Mmm...Bueno creo que me falta aprender más a comunicarme con el estilo asertivo.

T: Así es, Ángel. Tú lo has dicho. Es por ello, que a continuación veremos de que trata el estilo asertivo y como podremos desarrollarnos en este estilo.

Se procedió a explicar al paciente acerca de lo que significa ser asertivo y cuáles son los Derechos Asertivos, de la siguiente manera:

T: Ángel, cuando hablamos de *SER ASERTIVOS*, nos referimos a expresar lo que queremos de un modo directo y honesto, indicando claramente lo que deseamos de la otra persona, pero mostrando respeto por ella y cuidando la relación con el otro.

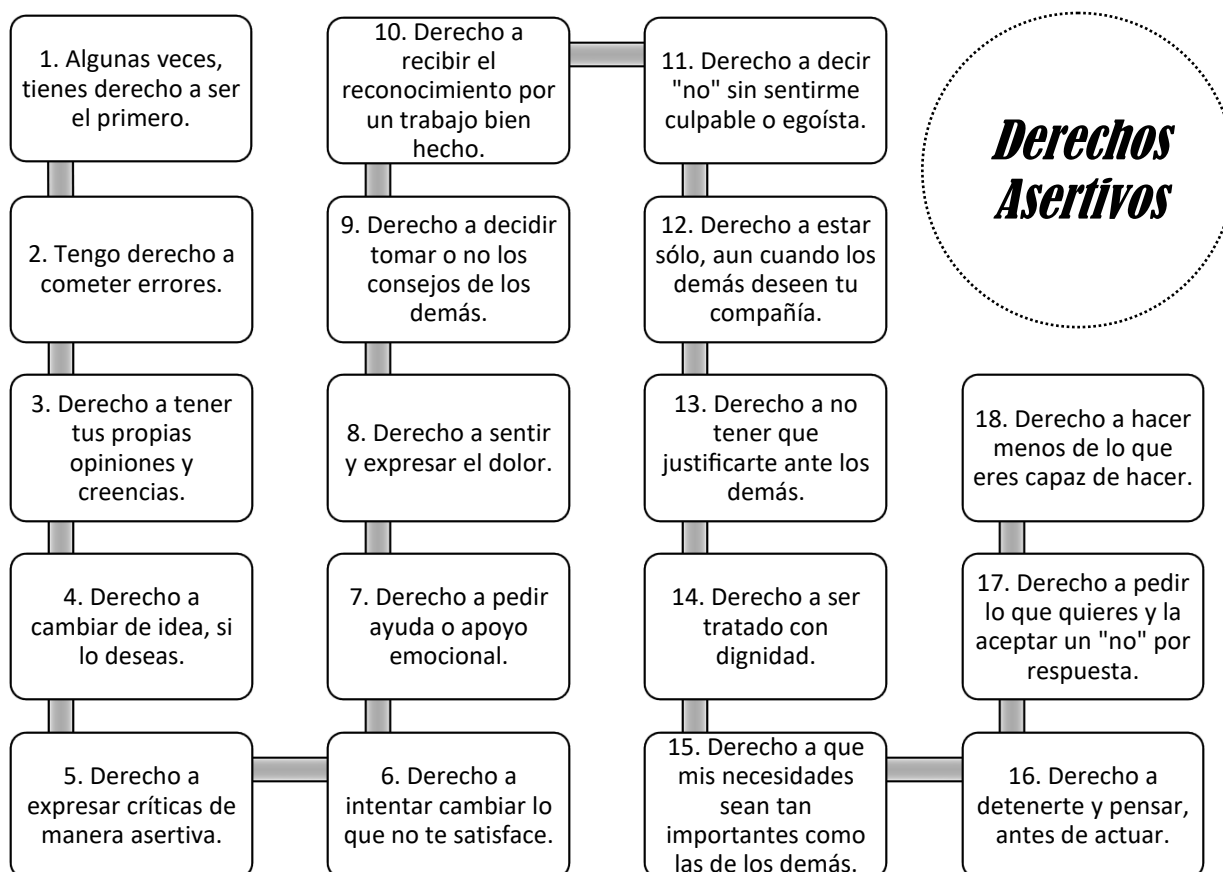
P: Ya voy entendiendo mejor.

T: Bien; también, anteriormente habíamos dicho que el ser asertivos era respetar nuestros derechos y el de los demás. ¿Cierto?

P: Si, lo recuerdo.

T: Así es, por eso vamos a conocer cuáles son esos Derechos que nos van a permitir comunicarnos asertivamente.

A continuación, se pasó a la explicación de cada uno de los Derechos Asertivos.



T: ¿Qué te pareció el conocer los Derechos Asertivos?

P: Que son verdad. Creo que es importante que todos los conozcamos para saber nuestros derechos y de las otras personas.

T: Si, son necesarios y que podamos interiorizarlos para que se nos sea más sencillo ponerlos en práctica.

P: Si, me gustaría aprendérmelos.

T: Así es, podrás pegarlo en algún lugar visible de tu casa, la Lista de Derechos Asertivos que te entregaré en un rato.

P: Ok, está bien.

Luego, se le reforzó al paciente felicitándolo por su interés y motivación en la Terapia; así también, se pasó a realizar la exposición en vivo, acerca de una situación de su Lista de situaciones temidas. En esta oportunidad, se le indicó la actividad de llamar desde su celular al teléfono fijo de su amigo Juan.

Finalmente, el paciente fue capaz de enfrentar adecuadamente la situación, sin sufrir temor de que alguien más pudiera contestar y no su amigo Juan. El paciente señaló sentirse tranquilo y satisfecho con su desempeño.

Al terminar la sesión, se le entregó una hoja con la Lista de Los Derechos Asertivos, se le explicó que ello le servirá para resolver los ejercicios dejados para casa, acerca de los temas de Estilos de comunicación y Derechos Asertivos, los cuales le corresponde traer para la siguiente sesión.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos propuestos.

SESIÓN # 14

Objetivos de la sesión:

- * Retroalimentar al paciente en los Estilos de Comunicación y Derechos Asertivos.
- * Entrenar al paciente en cómo iniciar, mantener y terminar conversaciones.
- * Exponer al paciente a situaciones temidas.

Técnicas:

- * Retroalimentación
- * Psicoeducación
- * Diálogo expositivo
- * Modelado
- * Ensayo Conductual
- * Desensibilización Sistemática (En vivo)

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente; así también, se le preguntó si había tenido la oportunidad de poner en práctica los Derechos Asertivos de la anterior sesión a lo cual respondió afirmativamente. Además, se revisó las actividades (ejercicios) dejados como tarea en la sesión anterior y con ello se realizó la respectiva retroalimentación. Luego, se prosiguió con la sesión programada, acerca del tema como iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Por último, se expuso al paciente a las situaciones temidas. La sesión se desarrolló de la siguiente manera:

Ejercicios Propuestos para la Casa

1. Para cada una de las situaciones que se presentan decide si la Respuesta es Comunicación Pasiva, Agresiva o Asertiva.



- ❖ Chico le dice a su enamorada: *“Me gustaría que te tiñeras el pelo de rubio”*.

Respuesta: *“A mí que me importa lo que tú quieres, no me friegues”*.

- A) Pasivo B) Asertivo C) Agresivo

- ❖ Profesor le dice a un estudiante: *“Tus tareas están muy mal resueltas. Hazlas de nuevo”*.

Estudiante responde: *“Está bien, tiene razón”* y piensa (me siento mal, la verdad es que soy un inútil).

- A) Pasivo B) Asertivo C) Agresivo

- ❖ Chica le dice a su amigo: *“¿Podrías acompañarme a pedir mi mochila, después de la clase?”*

Respuesta del amigo: *“Lo siento, pero hoy no puedo”*.

- A) Pasivo B) Asertivo C) Agresivo

- ❖ Juan le dice a Daniel: *“Aléjate de Martha o le diré a ella que tú eres un fumón”*.

Respuesta de Daniel: *“Inténtalo y te enseñaré quién puede y quién no puede ver a Martha”*.

- A) Pasivo B) Asertivo C) Agresivo

- ❖ Juan: le dice a Pepe *“Pedro se ha comido tu refrigerio”*

Respuesta de Pepe: *“El siempre hace eso, me da cólera, pero no le diré nada”*

A) Pasivo

B) Asertivo

C) Agresivo

2. De tu Lista de Derechos Asertivos, elige cual *Derecho* correspondería a cada uno de los supuestos erróneos que te presentamos a continuación.



- ❖ Supuesto: “Hay que acatar los puntos de vista de los demás”.

Respuesta: *Derecho a tener tus propias opiniones y creencias.*

- ❖ Supuesto: “No hay que hacer perder a los demás su tiempo con los problemas de uno”.

Respuesta: *Derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.*

- ❖ Supuesto: “Cuando alguien te da un consejo es mejor seguirlo, porque suele tener razón”.

Respuesta: *Derecho a decidir tomar o no los consejos de los demás.*

- ❖ Supuesto: “Es vergonzoso cometer errores”.

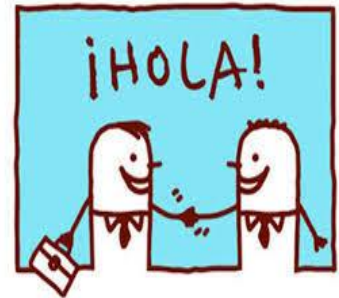
Respuesta: *Tengo derecho a cometer errores.*

- ❖ Supuesto: “Hay que intentar adaptarse a los demás”.

Respuesta: *Derecho a decir "no" sin sentirme culpable o egoísta.*

Seguidamente, se continuó el entrenamiento en cómo iniciar, mantener y terminar conversaciones.

PAUTAS PARA INICIAR CONVERSACIONES



Haz una pregunta o comentario sobre la situación o actividad en la que estés implicado.

Haz cumplidos a los demás sobre algún aspecto de su conducta, apariencia o algún atributo.

Haz una observación o una pregunta casual sobre lo que está haciendo alguien.

Pide ayuda, consejo, opinión o información a otra persona.

Ofrece algo a alguien.

Comparte tus experiencias, sentimientos u opiniones personales.

Saluda a la otra persona y preséntate.

¡Importante!
Antes de eso es importante atender a los elementos no verbales.



PAUTAS PARA FINALIZAR CONVERSACIONES



• Puedes ver a alguna otra persona con las que te gustaría habla y decir: "Perdona, pero estoy viendo a alguien con quien me gustaría saludar".

• Empezar a marcharte y decir: "Perdona, pero tengo que irme. Me alegra haberte visto".

• Puedes expresar tu intención de finalizar la conversación junto con el "He disfrutado mucho de esta velada, me gustaría que nos volviésemos a reunir pronto" .

• Expresar algo positivo antes de comunicar nuestra decisión. P.e.: "Lo siento Ana, me encanta hablar contigo pero tengo que irme ya" o "Qué rabia que me tenga que ir con lo interesante que estaba siendo la conversación".

• Concertar una cita y/o llamada si deseamos volver a encontrarnos con esa persona.

SITUACIONES PARA INICIAR Y FINALIZAR CONVERSACIONES

- *Al esperar el bus coincides con una persona con la ue siempre te estás encontrando últimamente (En el trabajo, el barrio o tus estudios). Inicia la conversación acerca de esta casualidad.*
- *Ves a un conocido al salir del trabajo. Inicia una conversación acerca de cómo les fue el día de hoy en el trabajo.*
- *Te encuentras en el salón de clases al lado de un compañero esperando que tu curso empiece. Inicia una conversación sobre la clase.*
- *Caminando por el barrio te encontraste a una persona que te presentaron en una reunión a la que fuiste hace poco. Inicia una conversación acerca de la Reunión a la que asistieron.*
- *Te encontraste a alguien en la cola de la cafetería para comer. Inicia una conversación acerca de la comida.*
- *Coincides con un vecino en el autobus. Aprovecha para iniciar y finalizar una conversación.*

Pautas para mantener conversaciones



Preguntas con final cerrado/abierto

Con la meta de obtener información de la otra persona, es necesario hacer preguntas. *Preguntas con final cerrado*: Donde el que responde no tiene otra elección en su respuesta que la ofrecida por el que pregunta. (p.e.: "Donde", "cuando", "quien"). *Preguntas con final abierto*: Aquellas que pueden contestarse de diversas formas (p.e.: "que", "cómo", "por qué").

Libre información

Dar información que no fue específicamente por la pregunta. La libre información es a menudo una especie de invitación para hablar sobre aquello que la persona que la ofrece piensa que es apropiado. (p.e. Persona A: "¿Cual es tu pasatiempo?" Persona B: Jugar videojuegos. El fin de semana me reuniré con mis amigos a jugar un rato.

Autorevelación

Acto de compartir con otra persona aspectos de los que te convierte en persona, aspectos que la otra persona conocerá o comprenderá sin tu ayuda. La autorrevelaciones puede ser el principal medio por el que las relaciones de contacto superficial pueden transformarse en reciprocidad. El llegar a una mayor intimidad y amistad se logra contando cosas sobre los propios sentimientos, fantasías, gustos, deseos, etc.

La Escucha

Prestar atención a los mensajes que envían y asociar futuras respuestas con esos mensajes. La escucha activa se da cuando un individuo manifiesta ciertas conductas que indican que claramente está prestando atención. Puede consistir en mensajes verbales cortos u ocasionales, o exclamaciones como: "Ah", "Ah ¿sí?", etc. Se puede usar el asentir con la cabeza, sonreír, contacto ocular directo, adoptar una postura recta, etc.

Pausas terminales

Cuando un temas parece haber quedado agotado, se puede practicar una clase de rescate volviendo explícitamente a un tema anterior de la conversación. (p.e.: Todo esto está muy bien. Pero hay otro asunto del que no hemos hablado...", "A propósito de lo que estuvimos hablando al inicio de la conversación...").

Los silencios

Las conversaciones conllevan a periodos de silencio que son normales, pueden ser usados como pausas refrescantes. El silencio no debe causar ansiedad, sino que las autoverbalizaciones negativas hacen que las podamos sentir.

A continuación, se dio inicio a la Exposición en Vivo:

T: Ángel, ahora que ya has logrado las anteriores sesiones el imaginar las situaciones de manera detallada en las sesiones anteriores. Ahora vamos a practicarlo de manera real o en vivo. A continuación, vas a empezar una conversación con uno de los internos ¿Te parece?

P: Ok, lo intentaré.

Antes de realizar la exposición en vivo, se vio conveniente realizar un Modelado con el objetivo de que obtenga ejemplos de nuevas maneras para actuar frente a este tipo de situaciones.

T: Antes, lo practicaremos conmigo, haremos como que no nos conocemos y de manera simulada, como supuesto estaremos en tu salón de clases y me voy a acercar a ti para conversar. Observaras mi comportamiento como mi tono de voz, mi mirada, postura, la confianza que tengo para hablar, etc.

P: Esta bien, espero que lo intentemos varias veces, quiero practicarlo.

T: Así es, eso haremos practicarlo. Recuerda que ya conoces los procedimientos y has obtenido buenos resultados.

P: Es verdad

Se comenzó a simular la situación y se dio el siguiente diálogo:

T: ¡Hola! ¿Qué tal? ¿Cómo estás?

P: Hola, bien, ¿Cómo te llamas?

T: Lisette ¿Y tú?

P: Ángel

T: Ángel, ¿Has hecho la tarea que dejó el profesor?

P: Aun no, pero ya busque información para hacerla.

T: Que bueno, yo también. Se me complico un poco encontrar información ¿Tu donde la conseguiste?

P: Fui a una Biblioteca y ahí había bastante información. Aunque también, podrías encontrarlo en internet.

T: Si, tienes razón. Muchas gracias por tu ayuda.

P: De nada.

Se pasó a conversar acerca de la situación que se había simulado y fue bajo el siguiente dialogo:

T: Bien Ángel, ¿Cómo te sentiste?

P: Bien, estuve relajado y tranquilo

T: Bien ¿Y qué pudiste observar?

P: Bueno, noté que me mirabas a los ojos mientras hablabas, escuchabas atentamente, tenías un tono de voz tranquilo y permitías que la conversación sea fluida.

T: Bien Ángel, si la idea es que la conversación sea fluida y amena para que las personas en el diálogo se sientan a gusto. Ahora, que ya lo hemos practicado, otra persona entrara aquí al consultorio y quiero que en base de lo que has podido observar puedas tener un diálogo de 5 minutos con él. ¿Listo?

P: Si

Se pasó a un interno al consultorio, tomó asiento y se desarrolló el siguiente dialogo:

P: ¡Hola! Me llamo Ángel ¿Cómo te llamas?

I: Hola Ángel, me llamo Oliver, ¿Qué tal cómo estás?

P: Bien tranquilo... Ya te he visto aquí en el pasadizo del Hospital

I: ¿Así? Sí, yo también te he visto. Yo trabajo aquí hace casi 1 año. Y cuéntame, ¿Qué te gustaría estudiar más adelante?

P: Ah, me gustaría alguna carrera técnica que tenga que ver con la Electrónica

I: Que chévere, yo sé algo de circuitos eléctricos. Es una buena elección Ángel. Te felicito.

P: Gracias, Oliver.

El paciente logró iniciar y mantener la conversación, consiguiendo la fluidez en el diálogo; por lo tanto, se le reforzó en su buen desempeño. En cuando a su conducta no verbal, tuvo una buena postura, un tono de voz adecuado y comunicaba interés; así como, mantenía escucha activa al tener contacto visual con la persona que dialogaba.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 15

Objetivos de la Sesión

- * Retroalimentar la sesión anterior.
- * Instruir al paciente en técnicas asertivas.
- * Entrenar al paciente en cuanto a las técnicas asertivas.

Técnicas

- * Retroalimentación

- * Psicoeducación
- * Diálogo expositivo
- * Técnicas Asertivas
- * Modelado
- * Ensayo conductual
- * Asignación de tareas

Descripción de la sesión

El paciente acude a la sesión terapéutica, donde se le dio la bienvenida y se le felicitó por su asistencia y puntualidad a la sesión. Seguidamente, se procedió a realizar la retroalimentación de la sesión anterior, al realizar el repaso de conceptos tratados, donde el paciente respondió acertadamente: por lo tanto, a continuación, se dio paso a iniciar la sesión del día de hoy: Se realizó la explicación acerca de las Técnicas Asertivas y luego, se entrenó al paciente en el uso de estas técnicas aplicado a las situaciones que se le dejó como tarea y trajo escritas para la sesión. Por lo tanto, la sesión se condujo de la siguiente manera:

T: Ahora Ángel, veremos cuáles son las técnicas asertivas que nos permitirán afrontar situaciones críticas o discusiones de una manera adecuada.

P: Ok, está bien.

T: Para las técnicas haremos uso de una situación para ejemplificar cada técnica, esta tratará de un diálogo que haremos nosotros, acerca de un amigo que tiene el comportamiento de llegar tarde a las citas con su otro amigo ¿Preparado?

P: Si, empecemos.

TÉCNICAS ASERTIVAS

"DISCO RAYADO"

Consiste en repetir el propio punto de vista

Ejemplo:

P: Tu tienes la culpa que lleguemos tarde como siempre.

T: Tenía que ayudarle a mi mamá no tenía otro momento.

P: Pero siempre llegamos tarde.

T: Es verdad, pero en este caso no podía dejar de ayudar a mi mamá en ese momento.

P: Pero es que siempre, eres tu la que nos hace llegar tarde.

T: Quizá sea verdad, pero te repito esta vez no tuvo otro remedio que terminar de ayudarle a mi mamá.

"BANCO DE NIEBLA"

- Consiste a dar la razón a la persona, en lo que uno considere pueda haber razón en su crítica; aunque, negándose a la vez, a entrar en mayores discusiones. Es así, como se da un aparente "ceder terreno", sin cederlo realmente; pues, en el fondo, se deja en claro que no se va a cambiar de postura.
- La persona demuestra que cambiará si lo estima conveniente, pero no porque el otro se empeñe en ello.
- Para su éxito, el tono de voz debe ser tranquilo, reflexivo, como meditando las palabras que nos dice el otro.

Ejemplo:

- P: Tu tienes la culpa de que llegemos tarde como siempre.
- T: Si, es posible que tengas razón.
- P: Claro, como siempre, tienes otras cosas que hacer.
- T: Pues si, casi siempre tengo otras cosas que hacer antes.
- P: Estoy cansado, de que por tu culpa lleguemos tarde.
- T: Ya es verdad, siempre llegamos tarde.

" APLAZAMIENTO ASERTIVO "

Consiste en aplazar la respuesta que vamos a dar a la persona que nos ha criticado, hasta que nos sintamos más tranquilos y capaces de responder correctamente.

Ejemplo:

P: Tu tienes la culpa de que llegemos tarde como siempre.

T: Mira, es un tema que ya hemos hablado con anterioridad. Si te parece, lo dejamos ahora, que tengo trabajo, y lo hablamos con calma mañana ¿Te parece?

(Si ocurre la insistencia, se puede usar la Técnica del Disco rayado).

"TECNICA PARA PROCESAR EL CAMBIO"

Consiste en desplazar el foco de discusión hacia el análisis de lo que está ocurriendo entre dos personas. Es como salirse del contenido, de lo que se está hablando y verlo "desde afuera".

Ejemplo:

P: Tu tienes la culpa de que llegemos tarde, como siempre...

T: Pues, no sé porque lo dices. Llegamos tarde porque le estabas ayudando a tu mamá.

P: Pero, yo me puse a ayudarla porque tu te estabas demorando y no acababas nunca. Además, tu sabes que ella no podía cargar sola ese paquete.

T: Mira, nos estamos saliendo del tema quizá esta discusión no tiene tanta importancia como parece. ¿no te parece?

TÉCNICA DE IGNORAR

- Es aplicable cuando vemos a nuestro interlocutor molesto y tememos que sus críticas terminen en insultos, sin llegar a tener nosotros la oportunidad de defendernos.
- Es importante, controlar el tono de voz con el que usamos la técnica; pues, un tono de voz brusco, suscitara mayor agresividad en el otro.



Ejemplo:

- P: Tu tienes la culpa de que llegamos tarde como siempre.
- T: Me parece que estas muy enojado, mejor hablamos luego.

" ACUERDO ASERTIVO "

Es util en situaciones en las que reconocemos que la otra persona tiene razón al estar enojado, pero no admitimos la forma de decirnoslo.

Esta técnica logra "apaciguar" al interlocutor al admitir el error, pero separa claramente el "hacer" del "ser". Previene el uso de etiquetas por cualquiera de las dos personas.

Ejemplo:

P: Tú tienes la culpa de que llegaremos tarde, como siempre.
T: Tienes razón, llegamos tarde por mi culpa. Pero sabes, que normalmente, no suelo ser impuntual.

" PREGUNTA ASERTIVA "

- Consiste en "pensar bien" de la persona que nos critica y dar por hecho que su crítica es con buena intención (independientemente de lo que realmente sea). Como de todo se puede aprender, obligaremos a la persona a que nos dé más información acerca de sus argumentos, para así tener claro a qué se refiere y en qué quiere que cambiemos. (Luego dependerá de nosotros el hecho que cambiemos o no).
- Si la persona da respuestas vagas , la obligaremos por medio de nuestras preguntas a especificar lo que dice.
- Cuando la crítica es malintencionada o está lanzada "sin pensar", la persona pronto se quedará sin argumentos; sin embargo, si esta fundada en una reflexión, puede que con sus datos, nos ayude a modificar algo de nuestra conducta.

Ejemplo:

- P: Tu tienes la culpa de que llegáramos tarde como siempre.
- T: ¿ Qué es exactamente lo que te molesta de mi forma de actuar? o ¿Cómo sugieres que cambie para que no se vuelva a repetir?.

- En cualquier punto, esta pregunta rompe con los esquemas del interlocutor, ya que ni nos defendemos, ni respondemos con agresividad a su crítica, así como, tampoco cedemos pues nos detenemos a preguntar solamente.

Se pidió al paciente la tarea asignada en la sesión anterior (Traer 3 situaciones recientes en las cuales haya tenido algún desacuerdo, la cual quedó de la manera siguiente:

SITUACIONES:

1. Cuando mi mamá quiere que aporte más en los gastos de la casa pero yo le digo que si doy más me va a faltar para los gastos que tengo.
2. Cuando mi mamá me ordena que arregle mi dormitorio pero yo no quiero hacerlo en ese momento sino luego o más tarde.

T: Bien, Ángel, te felicito por haber cumplido con lo que te asigné, ahora me gustaría que podamos ver a mayor detalle cada situación ¿Te parece?

P: Si, de acuerdo.

T: Ok, entonces, a continuación veremos la primera situación al detalle para saber cómo ocurre generalmente el diálogo de esa situación y luego veremos que técnica de las que hemos visto, le podrías aplicar a la situación; para ello, dramatizaremos cómo hubiera sido el responder más asertivamente a estas situaciones ¿Listo?

P: Si, listo.

Seguidamente, se hizo uso de las técnicas asertivas como “Disco rayado”. El procedimiento fue usar la primera situación de la tarea asignada, con la cual la terapeuta toma el papel del paciente y el paciente del familiar, luego se realizara un ensayo donde se hará el dialogo tal como ocurre en la realidad y luego se hará la misma situación aplicando las técnicas asertiva del “Disco rayado”.

SITUACIÓN #1: Cuando mi mamá quiere que aporte más en los gastos de la casa pero yo le digo que si doy más me va a faltar para los gastos que tengo.

SITUACION REAL

T: (en el rol del paciente) Mamá ¿Qué me ibas a decir?

P: Hijo, este mes quedamos que darías (dinero) para los servicios de la casa.

T: ¡Pero mamá! He tenido gastos.

P: Te digo, porque este mes se ha gastado más también.

T: ¡Ay mamá! ¿Y si después me falta para mis pasajes y mi comida? No me entiendes que ¡Tengo gastos!

SITUACION USANDO TECNICA ASERTIVA:

T: Mamá ¿Qué me ibas a decir?

P: Hijo, este mes quedamos que darías (dinero) para los servicios de la casa.

T: Este mes no cuento con dinero mamá.

P: Te digo, porque este mes se ha gastado más también.

T: Yo sé mamá, pero este mes va a ser difícil que te pueda apoyar. Yo creo que el siguiente mes, no habrá inconvenientes.

P: Esta bien hijo...

Se continuó con la situación #2 donde nuevamente se realizó el papel del paciente y la madre, luego, se realizó el ensayo como en la situación anterior. Seguidamente, se pasó a dramatizar la escena utilizando las técnicas: Aplazamiento asertivo, pregunta asertiva y acuerdo asertivo.

SITUACION #2: Cuando mi mamá me ordena que arregle mi dormitorio pero yo no quiero hacerlo en ese momento sino luego o más tarde.

SITUACION REAL

T: ¿Qué pasa mamá?

P: ¿A qué hora vas a limpiar y ordenar tu dormitorio?

T: Te dije que el fin de semana...

P: Pero Ángel como vas a estar así viviendo con tanto desorden y todo sucio.

T: ¡Ya mamá! ¡Ya te dije que luego!

P: Ay Ángel, yo lo digo para tu bien y no entiendes...

SITUACION USANDO TECNICA ASERTIVA:

T: ¿Qué pasa mamá?

P: ¿A qué hora vas a limpiar y ordenar tu dormitorio?

T: El fin de semana mamá, después de que termine de hacer mis trabajos.

P: Siempre Ángel te gusta tener todo desordenado, prefieres estar echado en tu cama viendo tus videos. En el trabajo también dejas todo desordenado porque tu jefe...

T: Mamá, creo que te estás saliendo del tema, estás hablándome de ordenar mi cuarto, ya te dije que mejor el fin de semana.

P: Ay Ángel, pero siempre lo dejas para después

T: A ver mamá ¿Qué es lo que te molesta?

P: Es que no veo que lo ordenes

T: Es cierto que no ordeno seguido, pero te prometo que después de terminar mis trabajos lo hago, no creas a mi también me gusta ver mi dormitorio limpio y ordenado.

P: Esta bien Ángel. Así espero.

T: Bien Ángel, ¿Cómo te sentiste con esta práctica?

P: Muy bien la verdad

T: ¿De qué te has podido dar cuenta?

P: Que si aplico las técnicas puedo responder mucho mejor a situaciones que generalmente no lo hago y entro en desacuerdos o discusiones sobre todo con mi mamá

T: Así, es, pienso que lo has hecho muy bien. Supiste manejar ambas situaciones que hemos practicado hoy. Sería conveniente que leas continuamente las técnicas para que puedas ponerlas en prácticas fácilmente cuando lo necesites.

P: Si, lo practicaré.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 16

Objetivos de la Sesión

- * Entrenar e instruir al paciente en técnicas para hacer y rechazar peticiones
- * Explicar cómo pedir cambios de comportamiento.
- * Aplicar el pedir cambios de comportamiento

Técnicas

- * Psicoeducación
- * Dialogo expositivo
- * Técnicas asertivas (Disco rayado, Técnica del Sándwich)
- * Modelado
- * Autoinstrucciones
- * Asignación de tareas

Descripción de la sesión

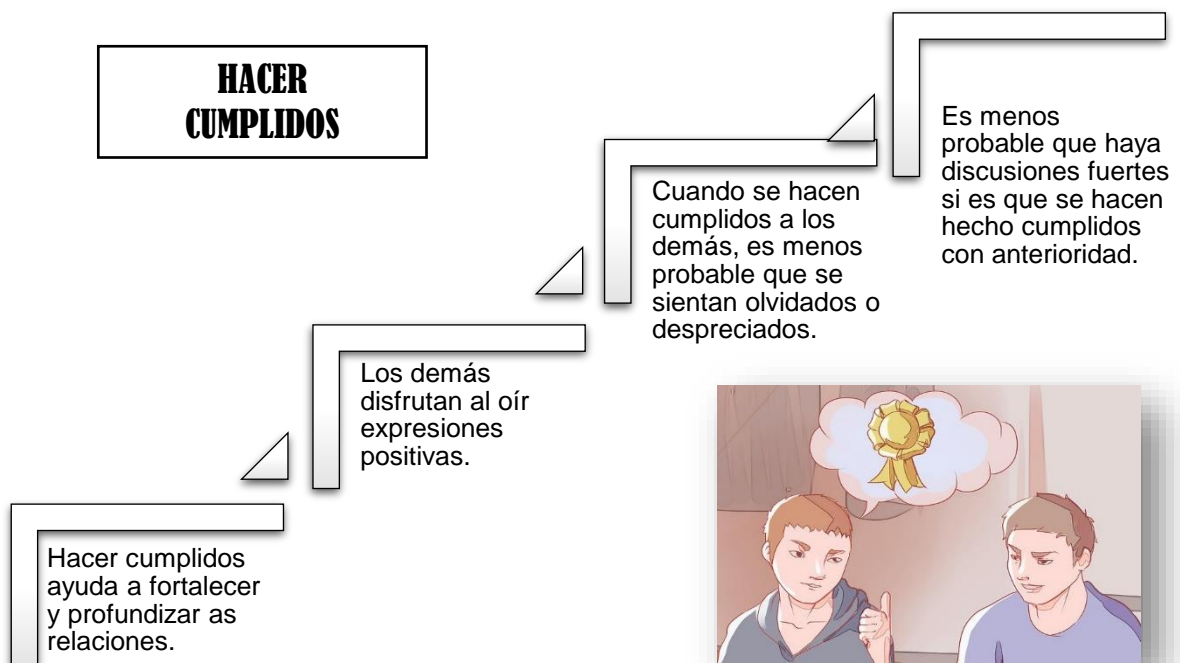
El paciente acude a consulta para continuar con el proceso de psicoterapia, se le dio la bienvenida y se le consultó acerca de cómo se había sentido en esta última

semana y si había estado practicando el iniciar la conversación con gente nueva. El paciente mencionó estar contento con su avance y se sentía más tranquilo, pues estaba llevando a la práctica poco a poco las pautas brindadas en sus conversaciones de su día a día. A continuación, se prosiguió con el Entrenamiento en hacer



y rechazar peticiones; pero antes, dándole una breve explicación de lo importante que es hacer cumplidos y de ésta manera expresar aprecio por el otro; así también, se le instruyó en técnicas y ejemplos donde pueda aplicar ambas. Seguidamente, se realizó la explicación de cómo pedir cambios de comportamiento y se aplicó durante la sesión en una situación planteada por el paciente, mediante la técnica del Modelado

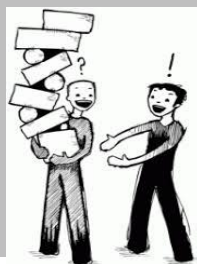
Por lo tanto, la sesión se produjo de la siguiente manera:



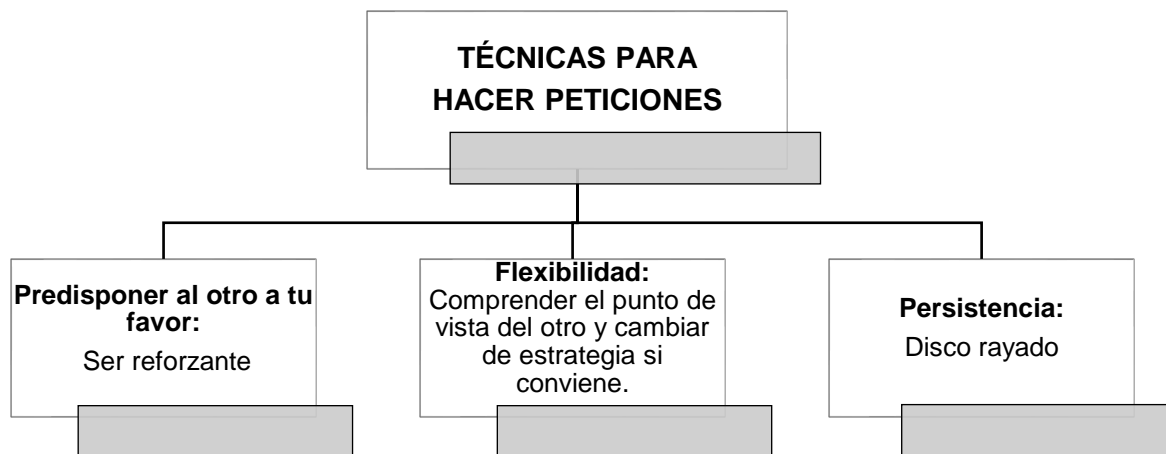
HACER PETICIONES

- ❖ Ser directo.
- ❖ No es necesario ninguna justificación, aunque las explicaciones normalmente ayudan.
- ❖ No es necesaria ninguna disculpa.
- ❖ Hay que estar preparado para oír tanto un "No" como un "Sí", y respetar el derecho de la otra persona a decirlo.

Ejemplos



- Pedir cosas que deseas y te corresponden
- Pedir favores
- Pedir ayuda cuando la necesitas
- Solicitar información
- Pedir que te cambien un producto
- Proponer citas o actividades.



Técnica del Disco Rayado

- Al Hacer la petición, repetirla una y otra vez.

Ejemplo: Un paciente pide información a su doctor sobre su enfermedad y tratamiento.

- *Doctor: Tómese usted la medicación que le señalo en la receta*
- *Paciente: Si, doctor... ¿Pero podría informarme sobre mi enfermedad, y los posibles efectos secundarios del tratamiento?*
- *Doctor: Confié en mí y no se preocupe, tome el tratamiento como le indico.*
- *Paciente: Entiendo doctor, ¿Pero podría informarme sobre mi enfermedad, aunque sea brevemente y los posibles efectos secundarios que puede tener mi tratamiento...?*
- *Doctor: No sea usted tan temeroso y confíe en su doctor.*
- *Paciente: Sí, pero me ayudaría el que Usted me explique que puede deberse mi enfermedad, y que posibles efectos adversos puede tener el tratamiento. (Y seguir así, como un Disco Rayado).*

RECHAZAR PETICIONES

- ❖ Pedir tiempo (si es necesario) para pensar sobre la petición.
- ❖ Pedir más Información y/o Clarificación.
- ❖ Cargar con la responsabilidad de las propias decisiones.
- ❖ Si uno es presionado, se puede repetir el "no", pero no existe la obligación de dar una razón o justificar una respuesta.
- ❖ Expresar la negativa de manera clara y amable.
P.e.: "Muchas gracias pero no deseo hacerlo. Te agradecería, que no insistas en el tema", "Mi respuesta seguirá siendo la misma", etc.



Técnica del Disco rayado

Repetir lo que queremos sin enojarnos ni ceder a los intentos del otro de que hagamos lo que nos pide. (cuando no queremos hacerlo).

Ejemplo: Un amigo te invita a fumar y tú no quieres hacerlo, le respondes con

la

“Técnica del Disco Rayado”.

- *Amigo: Hola...te invito un cigarro...*
- *Tu: Gracias, pero no deseo...*
- *Amigo: Te va a gustar, pruébalo y verás.*
- *Tu: Ya veo que te gusta, pero no me apetece...*
- *Amigo: No seas así...el que menos fuma.*
- *Tú: Es posible, pero yo pasó, no se me antoja.*

Técnica del Sándwich

- Expresar algo positivo inmediatamente antes y después de emitir un mensaje.
- Se usa para "suavizar" mensajes que puede resultar molesto a quien lo escucha.

Ejemplo: Si un amigo (a) te pide ayuda y te encuentras ocupado, puedes responder con la “**Técnica del Sándwich**”:



PEDIR CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO



DESCRIBO

La situación y conducta que deseo se modifique.

- Ej: *"Cuando respiro el humo de los cigarrillos que fumas..."*

EXPRESO MIS SENTIMIENTOS

Empieza con palabras como: "me siento, pienso..."

- Ej: *"Me siento mal, me molesta la garganta, me duele la cabeza..."*

PIDO CAMBIOS

Con mensajes como: "Preferiría, quisiera, me gustaría..."

- Ej: *"Me gustaría que llegásemos a un acuerdo para que ambos nos sintiéramos bien, que tú pudieras fumar y que yo no me tragase el humo"*

EXPRESO CONSECUENCIAS

Positivas que proporcionarás si la otra persona mantiene el acuerdo para cambiar. En caso del no cambio y sea necesario, señala a la otra persona las consecuencias negativas que proporcionarás.

- Ej: *"De esta forma podría trabajar mejor y tendría más tiempo libre para compartir contigo..."* (C. Positiva)
"De lo contrario tendríamos que estudiar por turnos y perderíamos mucho más tiempo los dos..." (C. Negativa)

T: Bien Ángel, como hemos podido ver en el Ejemplo son 4 los pasos que podemos seguir al Pedir un cambio de comportamiento a alguien más: Numero 1, Describo la conducta que deseo se modifique; número 2, expreso mis sentimientos; número 3, pido el cambio y número 4, expreso las consecuencias. ¿Alguna duda hasta aquí?

P: No, me quedo claro.

T: Listo, entonces a continuación, haremos un ejemplo aquí en el consultorio, de cómo pedir un cambio de comportamiento; pero antes, quiero que pienses en algún comportamiento de otra persona que te moleste o perjudique al que le vamos a aplicar la petición de conducta

El paciente se tomó unos minutos y brindó el siguiente ejemplo:

“Pedir a Luis (compañero de mi clase) que cambie su comportamiento de criticarme frente a otras personas”

T: Bien Ángel, entonces, primero lo realizaré yo y tú estarás observando todo lo que realizo para que luego tú lo puedas realizar. Ahora, vamos a suponer que tú eres Luis, tu compañero de clase y yo soy Ángel; así que le pediré a Luis que cambie de comportamiento. Además, haré uso de las autoinstrucciones que aprendimos anteriormente. ¿Listo?

P: Ok, estoy listo.

Ahora se dio inicio al modelado, la terapeuta inicia haciendo de modelo en la situación de pedir un cambio de comportamiento y el paciente se encuentra sentado observando como realiza el ejemplo la terapeuta:

T: Quiero pedirle a mi compañero Luis que cambie su comportamiento conmigo, no me agrada que me critique delante de otras personas. Así que le pediré que cambie esa conducta. *Sé que puedo hacerlo, estoy listo.* Me acercaré a su asiento calmado y tranquilo. Respira...Bien, *estoy manteniendo el control.* Estoy cerca, estoy a una distancia correcta...Ahora si le diré..."Hola Luis, quería decirte algo: Cuando me criticas delante de otras personas, me siento mal... me gustaría que, cuando te moleste algo de mí, me lo digas a solas...De esta manera podría estar más tranquilo y también tu podrás expresarme lo que piensas de mí. Gracias por entender. Cuídate, nos vemos." *¡Pude hacerlo!*

T: Bien, de eso trata Ángel ¿Qué dices? ¿Podrías hacerlo?

P: Yo creo que sí.

T: Muy bien, ahora invertiremos los papeles. Tú estarás en el lugar donde estuve, tú harás ahora de ti mismo y ahora yo haré de tu compañero de clase.

P: Ok.

(El paciente se coloca de pie, ahora en el lugar que estuvo la terapeuta).

Bien... Ahora, quiero pedirle a mi compañero Luis que cambie su comportamiento, no me agrada que me critique frente a otras personas. Entonces, me acercare a su asiento. Bien, caminare despacio relajado, respira...Ahora estoy cerca, a una distancia adecuada. Muy bien, ahora si lo diré: "Hola Luis, quería hacerte un pedido: Cuando me criticas frente a otras personas, me siento mal...preferiría que cuando algo te moleste de mí, me lo digas en privado...Así podríamos conversar, yo estaría más tranquilo y tú podrías expresarme lo que te molesta de mí. Gracias Luis, gracias por entender. Cuídate nos vemos. *¡Lo logré!*

T: ¿Cómo te sientes, al haber realizado los 4 pasos?

P: Bien, de verdad que por pasos se me hace más fácil.

T: Está bien. Ahora, toca que lo puedas realizar solo, recuerda que las autoinstrucciones serán parte de tu diálogo interno.

P: sí, estoy listo.

T: Bien empecemos.

Se realiza el mismo procedimiento, ahora el paciente se coloca a un lado del consultorio y empieza a verbalizar, lo que anteriormente mencionó la terapeuta en el texto. El paciente cumple de manera adecuada con el ejercicio, señala que usa las autoinstrucciones y continúa con el ejercicio, logra dirigirse su compañero de clase (la terapeuta) y le pide un cambio en su comportamiento de criticarle frente a otras personas. Al terminar, se le felicitó al paciente por su desempeño en el Modelado.

Finalmente, se le indicó como tarea el poner en práctica el Hacer peticiones, rechazar peticiones y/o pedir cambios de comportamientos en situaciones similares como las tratadas en los ejemplos de la sesión; ponerlo en práctica mínimo en dos situaciones para la siguiente sesión.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 17

Objetivos de la Sesión

- * Retroalimentar la anterior sesión

- * Educar e instruir al paciente en el concepto y los tipos de críticas.
- * Instruir en técnicas para el manejo de críticas.

Técnicas

- * Retroalimentación
- * Psicoeducación
- * Dialogo expositivo
- * Técnicas asertivas para manejar las criticas
- * Modelado
- * Rol Playing

Descripción de la sesión

Se dio la bienvenida al paciente en la sesión; así también, se le consultó como se sentía, a lo cual respondió que se sentía contento porque faltaba poco para el cumpleaños de su primo y él le estaba ayudando a organizarlo. Seguidamente, se le consultó si había realizado la tarea dejada la sesión anterior a lo que respondió afirmativamente; por lo tanto, se procedió a realizar la retroalimentación de la sesión anterior con la tarea acerca de hacer y rechazar peticiones; así como, el pedir cambio de comportamiento. Luego, se explicó al paciente acerca de la crítica y los tipos de críticas; así como, se realizó la Técnica del Modelado para practicar con el paciente como afrontar una crítica constructivamente.

Por lo tanto, la sesión se condujo de la manera siguiente:

TAREA PARA LA CASA

HACER PETICIONES

1. "Saludé a un señor desconocido en la calle y le pregunté por una dirección; luego, le di las gracias y me fui".
(Técnica Disco Rayado)

2. "Me encontré con un amigo de la infancia en mi barrio y le pedí ir el fin de semana a comer un helado, a lo cual aceptó".

RECHAZAR PETICIONES

1. "Fui a la casa de mi tía y mi tía me sirvió cuy, pero no me gusta el cuy; así que le dije "Tía, deme sin cuy"; pero mi tía insistió que comiera; así que le dije: "Gracia tía, pero prefiero comer solo las papas, con el arroz y la ensalada".
(Técnica Disco Rayado)

2. "Un compañero de clase me pidió que le prestará mi cuaderno, pero yo tenía examen al día siguiente, así que le dije: Me gustaría que te pongas al día, pero tengo que estudiar para mi examen, así que podría prestarte el día de mañana".
(Técnica del Sándwich)

PEDIR CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

1. DESCRIBO

A mi compañero: "Al hacer el trabajo, noto que no me mandas a mi correo la parte de tu trabajo a tiempo..."

2. EXPRESO MIS SENTIMIENTOS

"Eso me hace sentir preocupado..."



3. PIDO CAMBIOS

"...quisiera llegar a un acuerdo contigo para que ambos terminemos a tiempo el trabajo y podamos entregarle al profesor..."

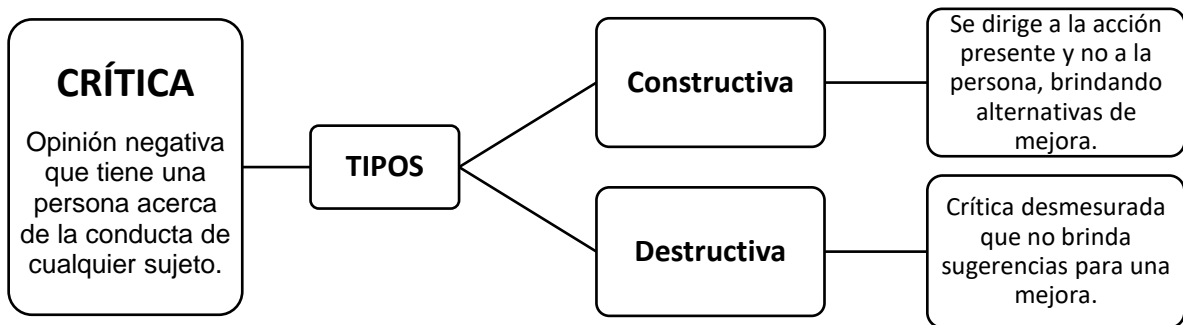


4. EXPRESO CONSECUENCIAS

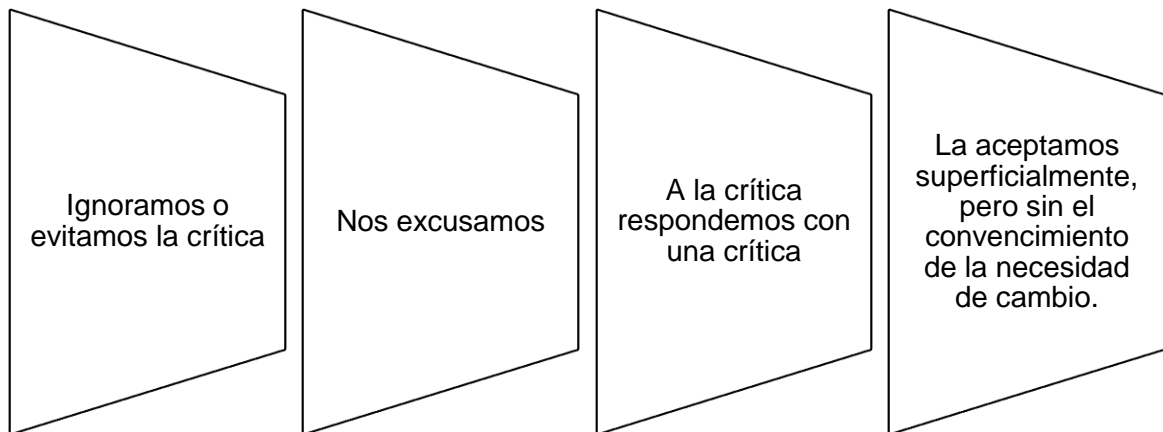
"....así, podríamos trabajar tranquilos y entregar nuestro trabajo a tiempo".

Luego, se entrenó al paciente en el concepto de crítica y sus tipos:

T: Ángel, a continuación veremos cómo podemos afrontar o manejar una crítica, ya que no importa cuán buenas sean nuestras relaciones, podemos ser criticados de vez en cuando; sin embargo, la manera cómo las afrontemos es un factor importante en la calidad de nuestras relaciones con los demás.

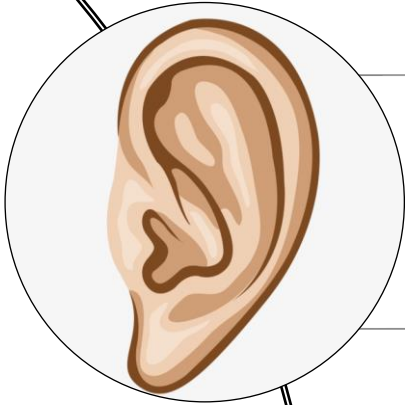


AFRONTAMOS CRÍTICAS DESTRUCTIVAMENTE CUANDO:



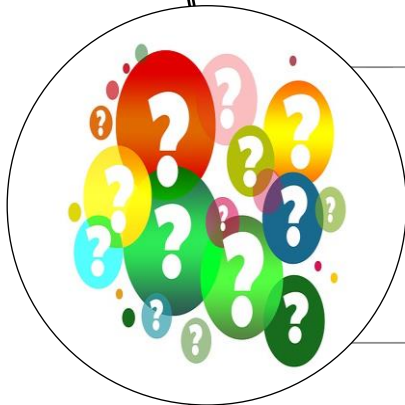
Así también, se le explicó al paciente acerca de cuáles eran las estrategias para afrontar críticas. Son las siguientes:

ESTRATEGIAS AFRONTAR UNA CRITICA CONSTRUCTIVAMENTE



1. ESCUCHAR ATENTAMENTE

Sin negarla ni contraatacar.



2. PEDIR DETALLES

Con el fin de enterarnos exactamente de cuáles son las objeciones de la otra persona. Podemos pedir detalles haciendo preguntas como: Qué, quién, cuándo, cómo, dónde y por qué.



3. ESTAR DE ACUERDO CON LA CRÍTICA

- **Estar de acuerdo con la verdad**

Con la verdad en todo, en parte o en la posibilidad.

P.e.: La torta está un poco dulce y no está tan buena como otras veces. Respuesta: Es cierto que hoy no me ha salido la torta tan buena.

- **Estar de acuerdo con el derecho del crítico a una opinión:**

Estamos totalmente en desacuerdo con la opinión, pero respetamos que alguien pueda tener una visión diferente, aunque no la compartamos.

Seguidamente, se vieron algunas técnicas asertivas que ayudarían a afrontar una crítica asertivamente:

Banco de niebla

Dar la razón a la persona en lo que uno considere, lo otro no se menciona.

EJEMPLO:

El crítico: "Eres muy callado. Seguro no tienes muchos amigos..."

Respuesta: Si, soy un poco callado...

Acuerdo Asertivo

Admitimos la razón de la otra persona pero no la forma de decirlo.

EJEMPLO:

El crítico: " Nunca ordenas tu dormitorio, eres muy flojo..."

Respuesta: "Si, no suelo ordenar mucho.... pero eso no significa que sea..."

Aplazamiento asertivo

Cuando vamos a aplazar la respuesta que daremos, para mas adelante.

EJEMPLO:

" ¿Te parece si lo conversamos en otro momento? "

Quebrantamiento del proceso

Cuando no se desea seguir discutiendo, se puede utilizar el decir: "quizá" y hablar del tema en un mejor momento.

EJEMPLO:

"Quizá ocurrió de esa manera..."

A continuación, se simuló una situación donde podría aplicar las técnicas para afrontar una crítica correctamente; por lo cual, se realizó la técnica del modelado. En primer lugar, el terapeuta realizó el modelo aplicando las técnicas y el paciente haría el papel del crítico. Lo cual quedó de la siguiente manera:

SITUACIÓN:

Se planteó una escena donde el jefe directo del paciente le encarga a realizar una labor de limpiar la zona de las mesas y la cocina del restaurant antes del mediodía que abrirán el local.

Empleador: Por favor, limpia el área de la cocina y el salón, al fondo donde dice servicio puedes encontrar los utensilios de limpieza. Necesito que lo termines antes del mediodía que ya abrimos.

Ángel: Ok, así lo haré.

(Luego de un rato)

Empleador: Uy, ¿Que pasó muchacho?, te has tardado mucho, aun te falta y ya vamos a abrir el restaurante.

Ángel: Comprendo su molestia Sr. aun no lo termino del todo; sin embargo, dado que es mi primer día me estoy tardando un poco más. Más adelante, lo haré con mayor velocidad se lo prometo.

Empleador: Ya, pero no has avanzado casi nada...quiero gente rápida.

Ángel: Entiendo, tiene razón ¿Cómo cree que pueda hacerlo más rápido?

Empleador: Tienes que usar el trapeador grande y pasar solo un par de veces para que termines rápido.

Ángel: Si es posible con el trapeador grande hacerlo más rápido. Gracias por su observación me servirá mucho para avanzarlo más rápido.

Empleador: Ya dale, termina por favor.

Luego, realizó la dramatización el paciente, en la cual, hizo uso de un tono de voz un poco bajo, por momentos se quedaba callado pensando luego respondía; aunque, luego se le hizo la recomendación de usar un tono de voz un poco más alto y que se mantenga relajado. Así también, se pudo observar, que mantenía la

mirada mientras hablaba, escuchaba atentamente e hizo uso de las técnicas asertivas. Posteriormente, se le pidió que practicaré lo aprendido el día de hoy, en caso se le presentara alguna situación de crítica, desacuerdos o discusiones.

Finalmente, se le pidió que trajera aprendida para la siguiente sesión la Biografía de su Vida, tratando puntos como su nombre completo, donde nació, su edad actual, un buen recuerdo de su infancia, cuáles son sus cursos favoritos del colegio, en qué momento y como adquirió la ansiedad, cuáles fueron las dificultades que se le presentaron y como las ha ido superando; así también, que hace en su tiempo libre, cuáles son sus pasatiempos y a qué le gustaría dedicarse más adelante. Lo cual se utilizaría para la exposición en vivo en la próxima sesión.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos propuestos.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 18

Objetivos de la sesión:

- * Exponer en vivo a fin de reducir la ansiedad (Exponer frente a personas parte I).

Técnicas:

- * Desensibilización Sistemática

(Exposición en vivo)

Descripción de la sesión:

Se dio la bienvenida al paciente en la sesión; así también, se le consultó como se sentía, a lo cual respondió que sentía contento y tranquilo, pues había empezado a conversar más con sus amigos del trabajo. Seguidamente, se le consultó si había realizado la tarea dejada la sesión anterior a lo que respondió afirmativamente; por lo tanto, con la información traída por el paciente



(Su Biografía de Vida) para la exposición que iba a tener el día de hoy a lo que respondió que sí lo había elaborado; por lo tanto, se procedió a realizar la primera parte de la Exposición en vivo.

Por lo tanto, la sesión se condujo de la manera siguiente:

T: Ahora Ángel, estamos en la penúltima sesión de tratamiento, así que veremos en esta y la siguiente sesión, el que puedas exponer frente a personas. Esto lo desarrollaremos en dos partes: la Primera, que la veremos el día de hoy, consistirá en que vas a exponer a un grupo de personas entre hombres y mujeres (2 varones y 2 mujeres).

P: Ok, entiendo. Si puedo lograrlo.

T: Bien Ángel, cabe resaltar que es probable que te hagan una que otra pregunta y estaría bien que puedas iniciar una conversación pequeña con ellos ¿Qué te parece? ¿Listo?

P: Si, me parece bien. Estoy listo.

Seguidamente, se ambientó el consultorio para que el paciente pueda realizar la exposición, se le brindó la pizarra y plumones, por si deseaba hacer uso de material visual. Luego, se hizo pasar a un grupo de 4 personas. El paciente, de inmediato, los saludó a cada uno, de forma verbal y haciendo contacto visual con ellos. Posteriormente, el paciente se colocó frente a ellos y dio inicio a su exposición acerca de su Biografía de Vida, donde mencionó su nombre completo, edad, donde nació, su mejor recuerdo de la infancia, sus cursos favoritos del colegio, el cómo adquirió su ansiedad, las dificultades que se le presentaron y como lo había ido superando; así también, expuso acerca de cuáles eran sus pasatiempos favoritos y a que le gustaría dedicarse más adelante en su vida. Para finalizar, agradeció al grupo presente por prestar atención a su exposición. A continuación, el grupo de personas, le dio algunas apreciaciones acerca de su exposición y luego, lo felicitaron por su desempeño.

Acerca de la exposición del paciente, se pudo observar que el tema de su exposición acerca de la Biografía de su vida duro aproximadamente 5 minutos. Se registró algunas trabas en la vocalización al iniciar su exposición, miraba al piso en pocas ocasiones, se mantenía en un mismo sitio en lo que duró la exposición. Por otro lado, se puede resaltar, que hizo uso de un tono de voz adecuado, realizó pausas cortas dando ritmo e ilación a la exposición e intermitentemente sonreía según fuera propicio en la historia.

Pasaron a retirarse el grupo de personas y se continuó con el siguiente diálogo:

T: Felicidades Ángel, has tenido un buen desempeño. Cuéntame ¿Cómo te sentiste cuando ingresaron al ambiente el grupo de 4 personas?

P: Bueno, desde antes que entren, me sentí un poco ansioso; entonces, empecé a hacer la respiración y a decirme a mí mismo que “Si lo podía lograr”, que “Antes ya había logrado hacerlo” y que “Soy capaz de controlar mi ansiedad”, y durante la exposición me decía: “Estoy manteniendo el control, “puedo controlar mi ansiedad en unos límites manejables”, “estoy manteniendo mi control” y al finalizar me felicité y pensé: “Lo logré”, “La próxima vez ya no tendrá que preocuparme tanto”.

T: Bien Ángel, veo que lograste usar tus Autoinstrucciones, lo has hecho bien. ¿Y se manifestó en ti algún síntoma de ansiedad?

P: Si, alguno. Por ejemplo, cuando ingresaron al consultorio, mi corazón empezó a latir más rápido y sentí que mis manos sudaban; pero, el empezar a respirar y a decirme las Autoinstrucciones, me ayudó mucho, ya no le preste atención a mis síntomas y me sentí más calmado para continuar con la exposición.

T: Que bien Ángel. Y también, el público te realizó algunas apreciaciones, como que pudieras hacer más uso de tu espacio en la exposición; así como, que redujeras el mirar al piso.

P: Si me pareció bien, porque así yo puedo corregir lo que a me falta por mejorar. Yo no me había dado cuenta de ello, pero ahora lo es y lo podre mejorar, tomaré en cuenta sus recomendaciones. Me cayeron muy bien también.

T: Que bueno Ángel, Te felicito nuevamente. Has tenido un desempeño satisfactorio. La siguiente sesión continuaremos con la segunda parte de ésta Exposición en vivo.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos propuestos.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SESIÓN # 19

Objetivos de la sesión:

- * Exponer en vivo a fin de reducir la ansiedad (Exponer frente a personas - Parte II).
- * Entrenar en la Técnica de Solución de Problemas.
- * Cierre del proceso terapéutico.

Técnicas:

- * Desensibilización Sistemática (Exposición en vivo)
- * Psicoeducación
- * Solución de Problemas

Descripción de la sesión:

Se dio inicio a la última sesión de terapia, dando la bienvenida al paciente. La sesión se desarrolló con la continuación de la exposición en vivo a fin de reducir la ansiedad del paciente, tratando la segunda parte de la situación: Exponer frente a personas. Luego, se siguió con las Habilidades sociales, esta vez se abordó el entrenar al paciente en la Técnica de Solución de Problemas, aplicado a una situación personal que tuvo el paciente. Por lo tanto, se condujo de la siguiente manera la sesión:

Se continuó con la segunda parte de la Exposición en Vivo:

T: Ángel, ¿Recuerdas que te mencioné en la sesión anterior que tendríamos dos situaciones para exponer?

P: Si, hicimos la primera parte la anterior sesión ahora nos tocaría la segunda parte.

T: Así es Ángel. La primera parte, la vimos la sesión anterior, donde lograste desempeñarte satisfactoriamente frente a un grupo de 4 personas. Bueno, ahora veremos la segunda parte, donde estarás frente a un grupo de personas (solo mujeres); como en la sesión anterior, expondrás acerca de tu Biografía de vida, los mismo puntos que expusiste en la anterior sesión; y en caso te hicieran alguna pregunta, me gustaría que puedas iniciar una pequeña conversación. ¿Te parece?

P: Si, lo intentaré.

T: Muy bien Ángel.

Seguidamente, ingresaron al consultorio un grupo de personas (3 mujeres). El paciente de inmediato, verbalizó su saludo, con un tono de voz amable y adecuado; así también, en pocas ocasiones miraba hacia abajo logrando recomponerse y mirar al frente mientras continuaba con la exposición; aunque, presentó algunas trabas al hablar al inicio de la exposición (en 2 oportunidades) supo recuperarse y continuo; cabe mencionar, que mantuvo una ilación en su exposición y finalizó agradeciendo por la atención brindada. La exposición tuvo una duración de aproximadamente 5 minutos. Además, se sostuvo un pequeño diálogo con las 3 mujeres participantes, donde Ángel se explayó brindando información en algunos puntos de su exposición, respondió de esta manera, las preguntas del grupo participante. Por otro lado, el grupo, felicitó el desempeño del paciente.



Al salir el grupo de las 3 participantes, se realizó el siguiente diálogo:

T: ¿Ángel, cómo te sentiste esta vez?

P: Bien, aunque al inicio algo más ansioso que en la exposición de la sesión anterior. Porque no me esperaba que fuese solo antes mujeres, pero de ahí me puse a respirar y a decirme las autoinstrucciones y todo mejor pude manejar mis nervios. De verdad, que a veces pensaba que no lograría algo como esto. Pero se puede.

T: Bien Ángel, me alegro que te puedas dar cuenta de ello.

P: Si, solo por momentos me trabé pero de ahí ya me salió mejor.

T: Así es, lo importante es que lograste seguir. Y cabe resaltar, que ambos grupos, tanto el de la sesión anterior como el de hoy, te felicitaron por tu desempeño al exponer. Así también, te felicito porque has tenido buenos avances.

P: Gracias Lisette.

A continuación se trabajó con el paciente en la Solución de Problemas:

T: Ahora Ángel, trabajaremos una Técnica muy útil llamada “Solución de Problemas” donde nos señala 5 pasos para resolver problemas.

P: Oh, suena práctico.

T: Y lo es... cuando lo practicas lo será aún más. A veces *El problema* no es el hecho en sí, sino el poder encontrar una solución eficaz. Para esto utilizaremos esta técnica. Por lo tanto, vamos a ver primero los 5 pasos con un ejemplo práctico y luego tú plantearás un ejemplo con un problema que te haya sucedido y haremos uso de los 5 pasos. ¿Qué te parece?

P: Me gusta la idea, empecemos.

Solución de Problemas



1. IDENTIFICAR EL PROBLEMA

- Identificar el verdadero problema.
- A veces pequeñas dificultades, engloban un problema mayor. Por ello, identifica el problema en forma global.



2. DESCRIBIR EL PROBLEMA

- Cuando ya identificaste el problema. Ahora descríbelo.
- Podemos trabajarlo en persona y lugar ó trabajarlo identificando la causa o consecuencias el problema.



3. LISTA DE ALTERNATIVAS

- Brindar alternativas de solución
- Mejor es la cantidad antes que la calidad
- Pueden ser soluciones fuera de lo usual o común. Usa tu creatividad.



4. PONER EN PRÁCTICA LA MEJOR ALTERNATIVA

- Seleccionar la estrategia o alternativa más prometedora o eficaz.
- Evalúa cuales pueen ser las posibles consecuencias de ponerlas en práctica.
- Se recomienda, ponérlas en una lista y colocar sus ventajas y desventajas de cada una.



5. EVALUAR LA EFICACIA

- Observar la consecuencia de la nueva respuesta a fin de evaluarla e identificar si solucionó el problema.
- Si en caso, no fue la adecuada se recomienda volver a la Lista e Alternativas para hacer uso de otra.

1. IDENTIFICAR EL PROBLEMA

- Tengo que presentar una monografía el último lunes del mes.

2. DESCRIBIR EL PROBLEMA

- Llegaba cansado de estudiar, me quedaba dormido y no he podido ir a la Biblioteca para avanzar mi monografía, pues por las tardes tengo clase de Inglés.

3. LISTA DE ALTERNATIVAS

- Entregar solo un avance de la monografía
- Organizarme y realizar un horario pagarle a un compañero para que realice mi monografía
- Copio y pego alguna monografía de Internet.
- Me invento una excusa y no la realizo.
- Priorizo el estudiar bien en los exámenes finales para no jalar el curso.

4. PONER EN PRÁCTICA LA MEJOR ALTERNATIVA

- Organizarme y realizar un horario, dándome espacios de tiempo para ir a la Escuela, estudiar Inglés y realizar mis trabajos o tareas.

5. EVALUAR LA EFICACIA

- Llegó fin de mes y un día antes de lo esperado pude terminar de redactar la monografía. Viendo que los resultados que se dieron fueron buenos pude avanzar con otras tareas pendientes y al día siguiente pude presentar mi monografía con éxito.

Para terminar, se le pide al paciente que pueda realizar el ejercicio con un problema que planteado por el mismo. El cual lo realizó de la siguiente manera:

1. IDENTIFICAR EL PROBLEMA

Tengo examen de Matemática este Lunes.



2. DESCRIBIR EL PROBLEMA

Tengo examen de matematica este lunes, es un curso que no domino bien y ya quedan solo 3 días para repasar y practicar ejercicios. Las semanas anteriores estuve ocupado con otros trabajos por ello dejé de lado este examen.

3. LISTA DE ALTERNATIVAS

- Estudiar un día antes del examen.
- Plagiar durante el examen.
- Pedirle a algún profesor que pueda enseñarme estos 3 días un poco de teoría y practica del curso de matemáticas.
- Conseguir las preguntas del examen de algun salón que ya haya dado este examen.

4. PONER EN PRÁCTICA LA MEJOR ALTERNATIVA

Pedirle a algún profesor que pueda enseñarme estos 3 días un poco de teoría y practica del curso de matemáticas.

5. EVALUAR LA EFICACIA

Un profesor aceptó ayudarme con sus asesorías. El día de mi examen llegó y lo di tranquilament. Pues habia practicado lo suficiente como para rendir un buen examen.

Concluido ello, se dio por finalizado el proceso terapéutico, felicitando al paciente por su motivación, colaboración y desempeño en el proceso de terapia. Así también, se le incentivó a que pueda continuar practicando en los próximos días

las técnicas aprendidas y se le pidió que en la próxima cita de Seguimiento pueda acudir en compañía de su madre.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SEGUIMIENTO #1

Objetivos de la sesión:

- * Evaluar el cambio de conductas problema por conductas más adaptativas en el desenvolvimiento actual del paciente.
- * Averiguar los cambios percibidos por la madre en el desempeño del paciente.
- * Evaluar psicométricamente las áreas afectiva y emocional (Post test)

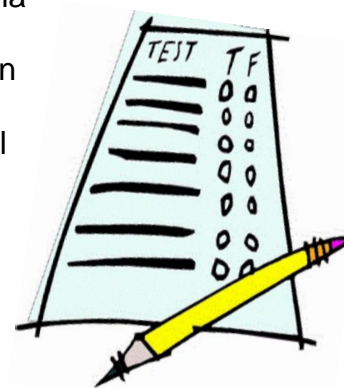
Técnicas:

- * Escucha activa
- * Dialogo expositivo
- * Unidades subjetivas de Ansiedad (USAS)

Descripción de la sesión:

Se dio la bienvenida al paciente y su madre a la primera sesión de seguimiento de terapia. Asimismo, se les explicó que las sesiones de seguimiento tienen como finalidad el evaluar los cambios producidos durante el desarrollo de la Terapia.

Por lo tanto, se realizaría dos tipos de evaluación, tanto una Evaluación Cualitativa, que consiste en indagar la evolución que ha tenido el paciente y como lo percibe la madre y el mismo paciente; así como, una Evaluación Cuantitativa, haciendo uso de pruebas psicológicas para medir ansiedad y depresión. Por consiguiente, la sesión se condujo de la siguiente manera:



Se inició la sesión de seguimiento, realizando la evaluación del paciente en las situaciones que le causaban un mayor nivel de ansiedad, como el tener que exponer frente a un grupo de personas, el tener que entrar a un lugar que está lleno de gente por temor a que puedan observarlo o criticar, al hablar con una chica, el tener que iniciar conversación con personas desconocidas y el expresar su propia opinión. Para lo mencionado, se indicó al paciente que a través del uso de las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS) del 1 al 10, lograra medir la intensidad de su ansiedad Antes y Después del tratamiento, teniendo en consideración que el puntaje 1 es Muy Poco, 5 Más o menos y 10 Muy elevado. Los resultados fueron los siguientes:

SITUACIÓN	USAS	
	Antes	Después
Situación 1: Sentir temblor corporal cuando tenía que exponer frente a un grupo de personas.	10/10	3/10
Situación 2: Tener que entrar a un lugar que está lleno de gente.	9 /10	4 /10
Situación 3: Tener que hablar con una chica.	8 /10	3 /10

Situación 4: Iniciar conversación con gente nueva.	7/10	3 /10
Situación 5: Dar mi propia opinión.	5/10	2 /10

Luego, se pasó a averiguar los cambios percibidos por la madre:

La madre manifiesta que desde que Ángel acude a Terapia ha podido observar en



Ángel una mayor disposición para comunicarse y expresarse ante los demás, ahora se ve más animado a salir a pasear, ha traído algunos amigos a casa y ya sale con sus amigos cuando lo buscan, ha ido a algunas reuniones, conversa más con su primo que tiene la

misma edad que él, ahora va a sus clases de Oratoria y lo veo

menos tiempo en la computadora, habla más conmigo. Así también, se ha percatado que en situaciones como cuando hay varios chicos de su edad y están conversando, el paciente empieza a practicar la respiración aprendida y ya no lo ve tan nervioso. Además, ha podido conversar con el tutor del colegio y éste, le ha manifestado que Ángel ha empezado a participar en clase dando su opinión, en alzar la mano para responder alguna pregunta y ya

interactúa más con sus compañeros y compañeras de clase. Por otro lado, la madre señala que desde que acudió a Psicología por su hijo, ella también ha intentado ser más paciente, más comunicativa y animándolo a que logre sus metas; así también, relata que



procura discutir menos con su pareja, pues sabe que estas situaciones incomodan a su hijo.

Posteriormente, se pasó a averiguar los cambios percibidos por el mismo paciente:

El paciente manifiesta que se siente mejor, con mayor seguridad para exponer, ya sale más con sus amigos del barrio y su primo; así también, manifiesta que ahora ha hecho algunos nuevos amigos en su salón de clases pues considera que a pesar de poder equivocarse al exponer o al hablar, ya no piensa que puedan juzgarlo mal necesariamente. Por otro lado, menciona que ha notado que disfruta más cuando conversa con otras personas, ya que considera que antes su atención estaba puesta en lo que podían pensar de él y ahora le es más fácil expresar lo que piensa con tranquilidad.

Finalmente, se procedió a realizar la evaluación psicométrica, por lo cual se aplicó pruebas psicológicas; tanto, en el área Afectiva con el uso del Inventario de Depresión de Beck y en el área emocional con la aplicación de la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo. Se obtuvo los siguientes resultados:

Pruebas Psicológicas	Pre-Test	Post-test
Inventario de Depresión de Beck (IDB)	Estados de depresión intermitentes	Altibajos considerados normales
Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)	Nivel de Ansiedad Moderado	Nivel de Ansiedad Normal

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SEGUIMIENTO #2

Objetivos de la sesión:

- * Evaluar el desempeño, mejoría y niveles de ansiedad mediante situaciones supuestas a fin de evitar recaídas.

Técnicas:

- * Retroalimentación
- * Dialogo expositivo

Descripción de la sesión:

Paciente acude a consulta, se le dio la bienvenida a su segunda sesión de seguimiento del proceso psicoterapéutico. Se inició consultándole si había tenido algún inconveniente durante las últimas semanas a lo cual manifestó que no se le había presentado ningún inconveniente. Por lo tanto, se procedió a realizar la prevención de recaídas, mediante el planteamiento de situaciones que pudieran expresar los temores tratados en el proceso de terapia; así también, se realizó la medición de sus niveles de ansiedad del 1 al 10 en cada una de las situaciones planteadas; con el objetivo de conocer, el nivel de su ansiedad antes y después de manejar las estrategias trabajadas en el proceso de psicoterapia. Por lo tanto, la sesión se condujo de la siguiente manera:

Se inició con el siguiente diálogo:

T: Ángel, que bueno verte de nuevo ¿Cómo has estado estas últimas semanas?

P: Bien, me he sentido tranquilo.

T: ¿Has tenido algún inconveniente estas últimas semanas, que haya activado alguno de los síntomas de la ansiedad?

P: No, en realidad. Me he sentido bien esta semana, pendiente de mis cursos y trabajando ahora solo los fines de semana.

T: Muy bien Ángel, me alegra que hayas conseguido un trabajo tal como lo habías estado deseando, eso demuestra que cuando te lo propones lo puedes lograr, te felicito.

P: Si, gracias Lisette

T: Bien, el día de hoy, veremos algunas situaciones supuestas, me dirás que es lo que harías y me dirás en qué nivel de USAS te encuentras. ¿Listo?

P: Ok, estoy listo.

PRIMERA SITUACIÓN

T: Te encuentras en el salón de clases y necesitas que alguien te preste sus apuntes para ponerte al día. Sabes que tu compañera tiene todo al día y probablemente alguien más le vaya a pedir prestado su cuaderno pues se acerca el examen ¿Qué harías?



P: Bueno, si antes me hubiese sucedido eso, no le hubiera pedido prestado su cuaderno y hubiera tenido que esperar que alguno de mis amigos le pida y luego yo copiar de alguno de ellos; pero ahora, lo que haría es respirar adecuadamente, me diría las autoinstrucciones al acercarme, luego la saludaría y le haría la petición de que por favor me preste su cuaderno. Finalmente, me preste o no, ya lo intenté.

T: ¿Cuál hubiera sido tu nivel de ansiedad antes? ¿En USAS?

P: Como 8 USAS.

T: ¿Y si sucediera ahora? ¿Qué nivel de USAS tendrías?

P: Mmm, 3 USAS.



SEGUNDA SITUACIÓN

T: Supongamos que te toca exponer en tu clase. Estás empezando, y en eso escuchas a los chicos más revoltosos de tu salón riendo entre ellos, mirándote y señalándote. ¿Tú qué harías?

P: Antes, me hubiera puesto muy nervioso, me hubiera bloqueado y creo que no hubiera podido continuar, me hubiera quedado callado sin decir nada; sin embargo, ahora lo que haría es continuar con mi exposición, pues a pesar que no me escuchen hay personas que sí lo están haciendo y les interesa mi exposición.

T: ¿Qué nivel de ansiedad tendrías antes ante una situación como esta? ¿En USAS?

P: 10 USAS definitivamente.

T: ¿Y ahora, que nivel de USAS le pondrías a tu nivel de ansiedad?

P: Unas 3 USAS.

Conclusión

- * Se alcanzaron los objetivos planificados.

Lisette Huertas Cercado
Interna II - Psicología

SEGUIMIENTO #3

Objetivos de la sesión:

- * Evaluar el desempeño y mejoría a fin de evitar recaídas.

Técnicas:

- * Retroalimentación

Descripción de la sesión:

Se dio la bienvenida al paciente a la sesión para finalizar el seguimiento del proceso de psicoterapia. A continuación, se indagó en las situaciones que pudieran generar la ansiedad y que pudo haber enfrentado en las últimas semanas. Por lo tanto, la sesión se dio de la manera siguiente:

El paciente refiere que ha mejorado en dar cumplidos, menciona que la anterior semana, le dio un cumplido a su compañero de clase por el nuevo corte de cabello que traía, a lo cual su compañero respondió con un cumplido también, diciéndole que le gustaba el



pantalón que traía y preguntándole donde lo había comprado, lo cual le hizo sentir muy bien.

Así también, señala que ha mejorado en hacer peticiones, ahora cuando necesita algún tipo de ayuda en el trabajo o cuando tiene alguna duda, se acerca y pregunta su inquietud;

además, manifiesta que también ha habido oportunidades donde ha tenido que rechazar una petición como cuando su jefe le preguntó si podía empezar a quedarse una hora más en el trabajo pero sin paga, a lo cual contestó con la Técnica del Sándwich y el jefe le dijo que no había problema.

Por otro lado, el paciente relata que en estos meses le tocó exponer en clase, manifiesta que en un inicio se sorprendió que justo el saliera sorteado para exponer, luego pensó que esta sería una buena oportunidad para



practicar el desenvolverse frente a otros, así que lo tomó como un reto, para lo cual se preparó y cuando llegó el día, su ansiedad era muy poca, pues se sentía emocionado de enfrentar nuevamente este tipo de situación, señala que se sentía confiado y lo hizo sin problema, recibiendo la felicitación de su profesor por su mejora.

Se concluyó con el siguiente diálogo:

T: Me alegra mucho que hayas podido completar con este proceso Ángel, realmente, eso habla muy bien de ti y ahora puedes darte cuenta que el enfrentar tus miedos no es tan malo después de todo pues aprendiste mucho en esta etapa. ¿Cómo te sientes el haber culminado con tu terapia?

P: Muy feliz, aprendí muchas cosas para mejorar como persona, entender que es un proceso para tener cambios para mejor en mi vida, ahora tengo pensamientos más positivos lo cual ahora me permite estar más seguro de mí mismo.

T: Gracias, Ángel por tu empeño, motivación y colaboración en la terapia, te deseo muchos éxitos en tus proyectos de tu vida.

P: Gracias, Lisette.

Conclusión

- * Se alcanzaron los objetivos planificados.

V. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 RESUMEN

El presente caso trata de Ángel un adolescente de 17 años que reside en el Distrito de Los Olivos, es hijo único (de ambos padres) y se encuentra cursando el 5to grado de secundaria.

Ángel, llegó a consulta debido a que tenía problemas al relacionarse con otras personas, conocer gente nueva, hablarle a una chica, entrar en lugares donde ya hay personas sentadas y sobretodo el tener que exponer en público. Ante lo expuesto, se decidió iniciar el proceso de evaluación psicológica donde se utilizaron técnicas de entrevista, observación y registro, mediante las cuales se plantearon hipótesis del problema que refirió el paciente y que luego se buscó el que sean comprobadas midiendo las variables de ansiedad, depresión y rasgos personalidad. En este proceso, se pudo hallar, un nivel de ansiedad - estado “severo” y de rasgo “moderado”; así como, nivel leve de depresión y rasgos de personalidad evitativo pasivo – agresivo que el paciente mostraba.

Posteriormente, habiendo obtenido los resultados mencionados se decidió realizar el Análisis Funcional y el Programa de Intervención Terapéutica bajo el modelo teórico de la Terapia Cognitivo - Conductual, la cual se considera como la más eficaz para el tratamiento de la Fobia Social pues resulta con mayor evidencia empírica en sus resultados que se mantienen a lo largo del tiempo. Por lo tanto, teniendo en cuenta la información obtenida en la etapa anterior; así como, los recursos y potencialidades del paciente; a través de la modificación de pensamientos distorsionados por otros más adaptativos que le permitan enfrentarse de manera satisfactoria a diferentes situaciones en el área personal, social y familiar.

Para el cumplimiento del objetivo general se trataron diferentes objetivos específicos a los largo de las sesiones de tratamiento como la Psicoeducación acerca del problema actual bajo el modelo Cognitivo – Conductual; así como, el origen y mantenimiento de la fobia social, posteriormente se entrenó al paciente en las técnicas de respiración abdominal y la de relajación muscular progresiva; para que luego identifique pensamientos automáticos que le generaban malestar y ello le permita también identificar creencias intermedias y centrales que pueda ser capaz de modificarlas. Seguidamente, para el afrontamiento de situaciones que el paciente temía se realizó la exposición imaginal y en vivo a los estímulos temido; además de, un entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas.

Luego, de las sesiones de tratamiento, se realizó tres sesiones de seguimiento, donde se puede resaltar que el paciente al encontrarse ante diversas situaciones de su vida cotidiana ponía en práctica las diferentes técnicas en las que había sido entrenado, principalmente la de autoinstrucciones y de respiración abdominal, lo cual le ha permitido poder enfrentar con mayor confianza a situaciones que antes temía o evitaba.

Se consideraron los siguientes criterios para el alta del paciente:

- Criterio Psicométrico

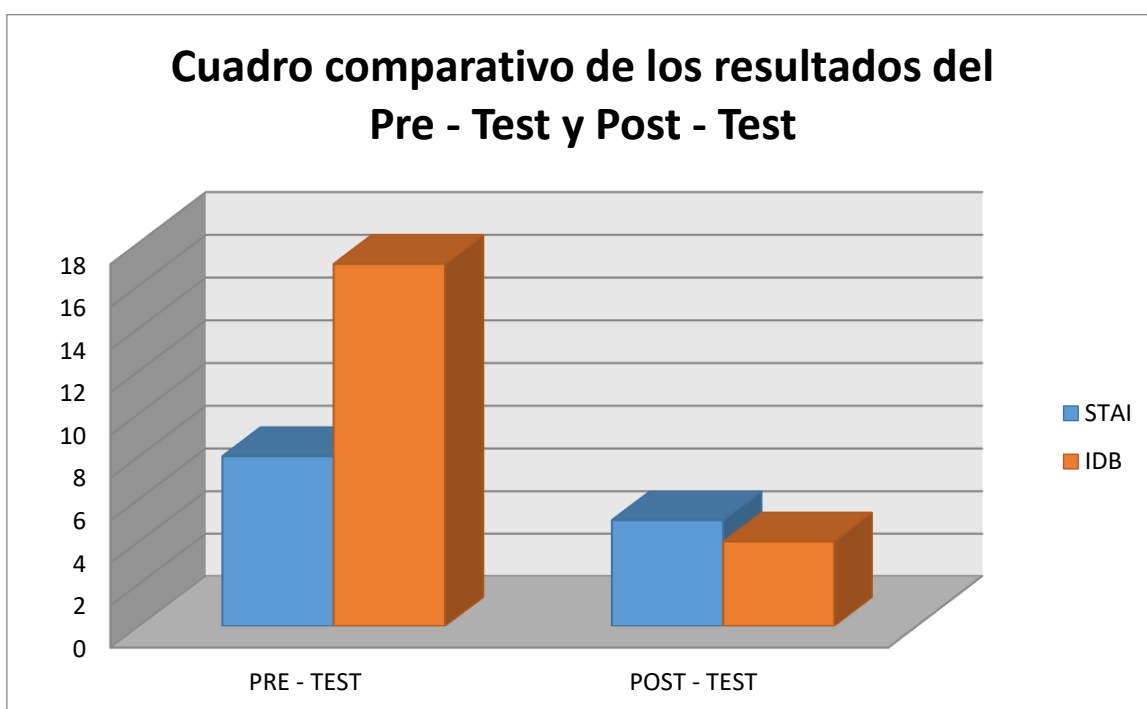
Pre – test y Post Test

	Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)	Inventario de Depresión de Beck (IDB)
Pre – Test	Ansiedad Estado – Severo (8) Ansiedad Rasgo – Moderado (7)	Depresión Leve (17)
Post - Test	Ansiedad Estado - Normal (5) Ansiedad Rasgo – Normal (5)	Ausencia de depresión (4)

En el anterior cuadro, en los Resultados de la Evaluación Pre - Test y Post - Test, podemos observar que se evaluó el Nivel de Ansiedad a través de la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI); en el Pre – Test, se observa Ansiedad Estado de Nivel Severo (8) donde el paciente evidenciaba sintomatología fisiológica como ritmo cardiaco acelerado, temblor y tensión corporal, sudoración de manos y ruborización cuando se encontraba frente a relacionarse con gente nueva, conversar con el sexo opuesto, decir su propia opinión, entrar a un lugar cuando las personas ya están sentadas y sobretodo tener que exponer en público ante lo cual presentaba conductas de evitación o escape; sin embargo, luego de la aplicación del Programa Cognitivo – Conductual es que los síntomas mencionados han disminuido significativamente; por lo cual, a nivel Psicométrico se obtiene en el Post – Test, un nivel Normal de Ansiedad (5) lo que demuestra un descenso en los síntomas descritos, siendo capaz el paciente poder enfrentar

con mayor efectividad aquellas situaciones sociales. Por otro lado, se evaluó el Nivel de Depresión a través de Inventario de Depresión de Beck (IDB); en el Pre – Test, se obtuvo un Nivel Leve de Depresión (17) puesto que se exhiben signos y síntomas que concuerdan con un episodio depresivo leve; sin embargo, en el transcurso de la terapia para la fobia social estos signos y síntomas lograron desaparecer debido a que principalmente estaban enfocados al malestar social que las situaciones temidas le provocaban; por lo cual, a criterio Psicométrico, en el Post – Test se obtiene Ausencia de Depresión (4).

A continuación, veamos el cuadro comparativo con los Resultados obtenidos en la evaluación:



- Objetivo general

Se logró el cumplimiento del objetivo general que era mejorar el estado afectivo y emocional del paciente mediante la modificación de los

pensamientos distorsionados por otros más adaptativos que le han permitido enfrentarse de manera satisfactoria a diferentes situaciones en el área personal, social y familiar.

- Criterio Funcional

Al iniciar el proceso terapéutico se puede observar que Ángel ante aquellas situaciones que debía tener un contacto social o tener que hablar frente a un grupo de personas evidenciaba actitudes de evitación y escape, lo cual hacía que se incrementaran tanto los pensamientos distorsionados como la intensidad de su sintomatología al encontrarse antes estas situaciones sociales generadoras de ansiedad que como resultado tenía manifestaciones a nivel cognitivo, emocional, fisiológico y conductual, sin embargo, al transcurrir las sesiones de tratamiento ha habido un cambio en cuanto a estos componentes evidenciándose en una mejor adaptación personal y social. Por lo tanto, podemos resaltar que al término del Programa de Intervención el paciente puede hacer frente a situaciones que anteriormente le provocaban una ansiedad no saludable.

- Criterio Familiar

La madre del paciente refiere: “Me he dado cuenta que se controla más, ya no está tan nervioso como antes, ha empezado a salir con sus amigos al cine a comer, pasear con sus primos más seguido. Además ya no se estresa tanto cuando piensa en como le irá en su futuro acerca de sus estudios y como hará para hablar en público. También, he notado cambios en su vestimenta antes usaba colores oscuros como gris y negro ahora ya usa otros colores, cambió en su comportamiento como el realizar sus trabajos juntándose con otros

compañeros para exponer, ha traído algunos amigos a casa, pasa menos tiempo en la computadora y también ahora por decisión suya se matriculó en clases de oratoria para mejorar aun mas su desenvolvimiento, puedo decir que me siento orgullosa de él, me siento más tranquila y mi pareja también”.

- Criterio Terapeuta

Tomando en cuenta la etapa de evaluación y diagnóstico en donde se usaron técnicas como entrevista, observación y registro; así también, teniendo en consideración el uso del marco teórico cognitivo – conductual se puede determinar cambios en el paciente a nivel personal, social y familiar; puesto que, actualmente el paciente ha logrado interiorizar las técnicas trabajadas para hacer frente a situaciones como el iniciar la conversación con gente nueva, entrar a un lugar lleno de gente, hablarle a una chica, expresar su propia opinión y exponer frente a personas a un nivel tolerable; por tal motivo, ya no escapa ni evita dichas situaciones sociales. Así también, para lo mencionado, hace uso de habilidades sociales como las técnicas asertivas, hacer cumplidos, hacer y rechazar peticiones, manejo de críticas, entre otras, lo cual permite que el paciente mantenga una conversación más prolongada que en el pasado. Además, las técnicas tratadas en el Programa han permitido que el paciente puede enfrentar de manera saludable situaciones ansiógenas y que le provocaban manifestaciones fisiológicas (como aceleración del ritmo cardiaco, tensión muscular, sudoración de manos y pies, etc.) ante la presencia de estímulos específicos; por lo tanto, se puede determinar un descenso considerable de ellos con el uso que el paciente ha tenido de las técnicas de relajación abdominal y muscular progresiva; así como, las autoinstrucciones que

guiaban su comportamiento, el uso de tarjetas de afronte y el realizar debates lógicos de pensamientos distorsionados. En cuanto, al nivel familiar, la madre hace referencia a que en casa ella también procura ser más paciente y comunicativa con su hijo, incentivándolo y mostrándose más tolerante en el dialogo con su pareja. Ante lo mostrado podemos constatar el aprendizaje del paciente y la aplicación de las estrategias brindadas en el tratamiento; logrando aplicarlas en situaciones idóneas, cumpliéndose así, el cometido de los objetivos propuestos en el Programa de Intervención Cognitivo – Conductual.

CONCLUSIONES

- Se vio cumplido el objetivo general propuesto por el Programa de Intervención a través del desarrollo de cada uno de los objetivos específicos planteados, demostrando tanto a criterio clínico como psicométrico su eficacia en el paciente.
- Los resultados demuestran la eficacia de la Terapia Cognitivo – Conductual para el tratamiento en la Fobia Social.
- La aplicación de las técnicas planteadas en el Programa de Intervención tuvo la aprobación del paciente para su ejecución.
- El paciente demostró un dominio mayor en el uso de técnicas de relajación para la disminución de la sintomatología fisiológica y en autoinstrucciones.
- Las técnicas para la reestructuración cognitiva permitieron que el paciente identifique los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales; las cuales posteriormente modificaría, en principio, con la ayuda de la terapeuta y posteriormente, teniendo la facultad de reestructurar por sí mismo aquellos pensamientos.

- En cuanto, las técnicas de Exposición en vivo le permitieron el afrontamiento a situaciones ansiógenas que antes evitaba.
- Las técnicas de habilidades sociales aplicadas colaboraron con la mejoría en la calidad de su desenvolvimiento social y personal del paciente; por lo que, logró hacer frente a situaciones que antes evitaba y además es un factor protector que evita la recaída.
- Los resultados de la terapia se mantienen en el tiempo debido a que se ejecutó la prevención de recaídas con la finalidad de que el paciente logre enfrentar óptimamente los problemas algún problema futuro que se le presente.

RECOMENDACIONES

1. Profundizar en este tipo de investigaciones en el campo clínico.
2. Fomentar más estudios acerca de la incidencia y prevalencia de los desórdenes de ansiedad en la población infantil y juvenil de nuestro país.
3. Realizar actividades de prevención que eviten la incidencia y prevalencia de este trastorno en la población.
4. Ejecutar investigaciones amplias en regiones como la Sierra y Selva de la población peruana que permitan conocer la eficacia de la Terapia Cognitivo – Conductual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcalaico, M. (2012). Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 5(1), 61 – 68.

Recuperado de

https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/143/143

Amelang, M. & Bartussek, D. (1991). *Psicología diferencial e investigación de la personalidad*. Barcelona: Herder.

Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición. Texto Revisado. Madrid: Masson.

Bados, A. (2005). *Fobia social*. España: Universitat de Barcelona.

Bados, A. (2009). *Fobia social*. España: Universitat de Barcelona.

Bados, A. (2015). *Fobia social*. España: Universitat de Barcelona.

Barrós – Loscertales, V., Meseguer, A., Sanjuán, A., Belloch, V., Parcet, M., Torrubia, R. & Ávila, C. (2006). Behavioral Inhibition System activity is associated with increased amygdala and hippocampal gray matter volume: A voxel-based morphometry study. *Neuroimage*, 33(3), 1011 – 1015. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105381190600797X?via%3>

Dihub

Beck, A. Rush, J. Shaw, B & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (16ª Ed.). España: Desclee de Brouwer.

Belloch, A., Sadin, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw – Hill.

Belloch, A., Sadin, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología* (2ª ed.). Madrid: McGraw – Hill.

Bienvendu, J., Hettema, J., Neale, M., Prescott, C. & Kendler, K. Baja extraversión y alto neuroticismo como índices de riesgo genético y ambiental de fobia social, agorafobia y fobia a los animales. *American Journal of Psychiatry*, 164(11). Recuperado de <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2007.06101667>

Buela, G. y Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad*. Argentina: PAIDÓS.

Burton, R. (1845). *Anatomía de la melancolía*. Reino Unido: AEN Asociación Española de Neuropsiquiatría

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos, vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Caballo, V. (1999). *Manual de evaluación y tratamiento en habilidades sociales (3ª ed.)*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Camili, C. & Rodríguez, A. (2007). Fobia social y terapia cognitivo – conductual: Definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115 – 137.

Caballo, V., Salazar, I. & Carroble, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Caro, I. (2007). *Manual teórico – práctico de psicoterapias cognitivas*. Madrid: DDB.

Cía., A. (2004). *Trastornos de ansiedad social, manual de diagnóstico terapéutico y de autoayuda*. Argentina: Polemos.

Cía., A. (2009). *Cómo vencer la timidez y la ansiedad social*. Argentina: Polemos.

Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Editorial Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E. & Salaberria, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Un análisis crítico. *Psicothema*, 3(1), 7 – 23. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/2001.pdf>

Echeburúa, E. (1996). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. España: Psicología Pirámide.

Ellis, A. & Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional – emotiva*. España: Editorial Desclée de Brouwer.

Estañol, B., Márquez – Caraveo, E. & Albores – Gallo, L. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232603.pdf>

Fernández, A., Aparicio, M., Granados, L., Aparisi, D. & Inglés, C. (2018). Ansiedad social y fobia social: Revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Calidad de Vida y Salud*, 11(1), 30 – 36. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/76046>

- García, L. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis de Doctorado publicada. Universidad de Murcia, España.
- Herrero, L; Sabanés, F. & Payés, E. (1983). *Trastornos de ansiedad en medicina*. España: Hoechst Ibérica.
- Hernandez, N & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo – conductual para trastornos de la salud*. México: Libros en Red.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2013). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental*.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. París: F. Alcan.
- 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, Lima.
- Labrador, F.; Cruzado, J. & Muñoz, M. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.
- López – Gollonet, C.; Rosa, A.; García – López, L.; Caballo, V. & Olivares, J. (2003). *Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta*. *Psicología conductual*, 11(3), 405 – 427.

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

Martínez – Otero, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: Estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2). Recuperado de <https://ruiderae.revista.uclm.es/index.php/ensayos/article/view/384>

Mc Kay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Muñoz, J. & Alpizar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*, 30(1), 40 – 47. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>

Olivares, J., García – López, L. & López – Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405 – 427.

Olivares, J; Rosa, A. & Sánchez, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta – analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55 – 68.

Olivares, J. (2005). *Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Olivares - Olivares, P., Montesinos, L., Rosa – Alcázar, A., Maciá, D. & Amorós, M. (2015). Efectos de la competencia del terapeuta en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Anales de psicología*, 31(1), 234 – 242.

Organización Mundial de la Salud (2004). *CIE-X Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España: Médica Panamericana.

Palomo, T. & Jiménez, M. (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A.

Perales, A; Zambrano, M.; Mendoza, A. & Vásquez – Caicedo, G. (2008). *Compendio de psiquiatría “Humberto Rotondo”*. Perú: UNMSM.

Piqueras, J.; Rosa, A. & Olivares, J. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17(1), 1 – 8.

Ruiz – Esteban, C; Delgado, B.; García – López, L.; García Fernandez, J.; Piqueras, J. & Ingles, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3), 376 – 381.

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. México: Desclee de Brouwer.

Sadock, B. & Sadock, V. (2012). Kaplan & Sadock Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica (5ª ed.). Barcelona, España: Data Reproductions Corp.

Safir, R. (2014). La fobia social, un acercamiento psicológico desde el enfoque cognitivo – conductual. Tesis no publicada. Universidad de la República de Uruguay.

Sánchez, J. Méndez, X. & Moreno, P. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo – conductuales para la fobia social: Una revisión meta – analítica. *Psicothema*, 12(3), 346 – 352. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/341.pdf>

Sánchez, J. Rosa, I. & Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: un estudio meta – analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55 – 68.

Sarudiasky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>

Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal – Estar Subjetividade*, 3(1), 10 – 59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Sierra, J., Zubeidat, I. & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010

Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M., Casella, L., Cuenya, L.,...Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: Una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2). Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/viewFile/63/60>

Stein, D. & Hollander, E. (2004). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Washington: ARS MEDICA.

Stein, D. & Hollander, E. (2010). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Washington: ARS MEDICA.

Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (6ª ed.)*. España: ELSEVIER MASSON.

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7ª ed.)*. España: ELSEVIER MASSON.

Wood, C.; Salguero, J.; Dongil – Collado, E. & Cano – Vindel, A. (2011). Intervención cognitivo – conductual en los trastornos de ansiedad: Una actualización. *Información psicológica*, 102, 4 – 27.

Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/15467715.pdf>

Anexos

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 mas completa. Llenando este formulario de la forma mas 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..... 13 - 06 - 15.....

1. Datos Generales.

Nombre
Dirección
Teléfono

Edad 17 Ocupación Estudiante

¿Quién lo derivó a la consulta psicológica?

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

- madre Gardy (47)
- padre Esmelin (42) → no vive con él
- padrastro Omar (46) → vive con él

2. Datos clínicos

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

He sido tranquila, pero he notado que desde que expuse mal ahora me cuesta aún más hablar con nuevas personas, exponer me de mucho calor, sudor, mi corazón late muy rapido y hasta he puesto excusas al profesor para no tener que hacerlo. También, me da miedo hablar a los chicos como que pienso que soy tonta, pienso que los demás se pueden burlar de mí, no me gusta mucho

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

Un día me tocó exponer pero me bloqueé, todos me miraban, hablaban y se reían, no pude continuar me sentía mal sudaba, mi cuerpo estaba temblando. Ahora trato de no tener que repetir el exponer, le pongo excusas al prof e o falto, prefiero hablar menos con lo que me cuesta mucho aunque si me gustara hablar.

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

Levemente Perturbador	Moderadamente Grave	<u>X</u> Muy Grave	Sumamente Grave	Totalmente Incapacitante
--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------	-----------------------------

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

A nadie.

3. Datos Personales:

a) Fecha de nacimiento

Lugar de Nacimiento Lima

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

Mamá me contó que habían discusiones con mis padres (contra ella) un día en el hospital aprox., porque desde los 5 años (que yo tenía) ella se separaron. (lo ves 2 o 3 veces al año) en frío y distante.

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

NO enfermedades graves, solo varicela (9 años) / síntomas: Píloro, Fiebre /
- Fuente: vísceras gruesas

f) Estatura: 1,62 cm. Peso: 65 Kg.

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

Ninguna

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

Hace 2 años en chequeo general de medicina

i) ¿Ha tenido accidentes?

No

j) Enumere sus cinco temores principales.

- 1. Temor de ser burlado de otros*
- 2. Temor a conocer nueva gente.*
- 3. Temor a estar lejos de mi hogar y solo*
- 4. Temor a quedarme sin mi casa*
- 5. Temor a no cumplir mis metas, ser un fracasado.*

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

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

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

<u>Inservible</u>	<u>Inútil</u>	<u>Un don nadie</u>	<u>La vida es hueca</u>	<u>Inadecuado</u>
<u>Estúpido</u>	<u>Incompetente</u>	<u>Ingenuo</u>	<u>No hago nada bien</u>	<u>Culpable</u>
<u>Malvado</u>	<u>Moralmente</u>	<u>Pensamientos</u>	<u>Lleno de odio</u>	<u>Hostil</u>
	<u>Incorrecto</u>	<u>horribles</u>	<i>lo que me da miedo otro lo crea como yo no puedo</i>	
<u>Ansioso</u>	<u>Agitado</u>	<u>Cobarde</u>	<u>No asertivo</u>	<u>Agresivo</u>
<u>Feo</u>	<u>Deforme</u>	<u>Poco atractivo</u>	<u>Con tendencia al pánico</u>	
<u>Repulsivo</u>	<u>deprimido</u>	<u>Solo</u>	<u>No querido</u>	<u>Incomprendido</u>
<u>Aburrido</u>	<u>Confundido</u>	<u>Desasosegado</u>	<u>Inseguro</u>	<u>Conflictuado</u>
<u>Arrepentido</u>	<u>Valioso</u>	<u>Comprensivo</u>	<u>Inteligente</u>	<u>Atractivo</u>
<u>Seguro</u>	<u>Considerado</u>			
Otros: _____				

m) Intereses, hobbies y actividades actuales

- Escucho música variada*
- me gusta ver series de animación*
- me gusta ver a los youtubers*
- salir, conocer sitios nuevos turísticos, museos, una con primo o amigos de mis amigos.*
- veo dibujos: película de Familia, comedia.*

n) ¿En qué ocupa su tiempo libre?

- Estoy en internet (viendo videos, juego videojuegos, veo películas online, veo videos en youtube)
- Salgo con mi primo vemos películas o solo paseamos por el centro comercial

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

p) Aptitudes estudiantiles; puntos fuertes y débiles

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

Si, alguna vez en el colegio (era más pequeño)

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

Nunca he sido bueno para hacer amigos, pero después de lo que pasó ya todavía peor. Si tengo algunos amigos de mi internet

4. Datos laborales:

a) ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

Asistir de limpieza en un restaurante. (los fines de semana)

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

Trabajé en la calle vendiendo planes para celulares.

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

La verdad que no tanto, me gusta porque gano dinero y me compro mis cosas pero no me gusta limpiar los platos.

d) ¿Cuánto gana?

¿Cuánto gasta para vivir?

e) Ambiciones

Pasadas:

Antes quería ser policía (wanted a ser policía, pero me cuenta mi mamá)

Presentes:

Me gustaría, comprarme un carro para alquilarlo y recibir un dinero de alguien que quiera hacer taxi con él, también me gustaría estudiar un curso electrónico.

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)

- Mi papá y mi mamá hablan de eso conmigo, (yo creo que les dé vergüenza)
- En mi colegio he habido algunos rumores donde nos hablan, pero no podría creerme hacer burla.
- A mis compañeros del salón les gusta hablar, así que algo se sabe por ellos.

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

Creo que como a los 9 años por que me gustaba ver un poco a mis compañeros del salón (eran bonitos). Aparte mis amigos hablaban del tema y ellos ya habían tenido relaciones (me acordé) y yo escuchaba lo que ellos contaban.

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

Como a esa edad (9 años)

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

Culpabilidad sí, porque me masturbaba y no se si es enteramente bueno, pero sé que otros también lo hacen.

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

No tengo experiencia, no he tenido relaciones, me atraen pero me preocupa porque otros chicos sí y con varias chicas. Como que están atraídos en eso?

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

No, porque no tengo experiencia, y no se tratar con los chicos soy muy torpe. Solo he tenido a una chica buen tiempo.

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

Una vez he tenido a una chica pero no se si a ella le gusto a mi si aunque fue raro porque fue de muy poco tiempo (13 años)

6. Menstruación —

a) ¿A qué edad tuvo el primer periodo? —

b) ¿Estaba informada o fue un shock para usted? —

c) ¿Es regular? —

d) Duración —

e) ¿Tiene dolores? —

f) Fecha de último periodo —

g) ¿La menstruación le afecta el estado de ánimo? —

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 provocados?

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior

7. Datos Familiares:

a) Padre

¿Vive? Si

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió? —

Causa de muerte: —

Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? 42

Ocupación *Empresario de plantas (Horticultura) y mensajería*

Estado de salud *Se fue de dolor en la columna.*

c) padrastro (muere en 81) (46 años)
- hace 11 años

- Trabajo: Chofer en Empresa

b) Madre:

¿Vive? Si

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió? —

Causa de muerte: —

Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? 47

Ocupación *Supervisora de limpieza en un hospital.*

Estado de salud *Hígado grande, dolor de cabeza.*

c) Hermanos.

- *Se que tengo 3 medios hermanos (hijos de mi papá) pero no tengo relación con ellos.*

- *El padre no informó de la existencia de Angel y su mamá*

- *Medios hermanos:*

→ *2 mujeres y 1 hombre*

↓
19 años

22 años

↓
17 años

Cantidad de hermanos: 1 medio hno Edades: 17 años

Cantidad de hermanas: 2 medianas hnos Edades: 19 años y 22 años

Relaciones con sus hermanos: NO tenemos relación, solo contacto a una de mis heras porque me encuentra con él por contacto de Facebook.

a) Pasada:

NO sabía que tenía hermanas por parte de mi papá.

b) Presente: ahora sé que tengo pero no tenemos relación con ellos y creo que tenemos un hermano más pero no estoy seguro.

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

Antes: ^{Padre} recuerda que era amable, divertido, poco cariñoso (los niños juntos hasta hasta que fue 50)

Ahora: Es divertido pero distante y poco cariñoso.

Ahora: ^{padrastro} lo respeto, no lo veo mucho pero lo respeto por la pareja de mi mamá, le cuida a ella, en poco conocedor cuando más con mamá.

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

Antes: amable, protectora, también era cariñosa

Ahora: amable y protectora.

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

mamá: me gritaba y pegaba

papá: no recuerda con nada, pero ahora es distante y poco cariñoso

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).

Recuerdo que era cómodo mi casa, pero un poco solitaria, (yo no tenía con quien jugar, aunque mi abuela me cuidaba).

Mis papá siempre estaba mucho y yo aun me enojaba con mi mamá y cuando defendía a mamá, mamá sí era cariñosa.

¿Podía confiar en sus padres?

En mi mamá

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

La pareja de mi mamá y a que mamá en casa (Omar).

Describe en pocas palabras su formación religiosa.

Creo en Dios pero no soy, ni estoy metido en la religión.

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?

mi mamá.

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

no era mi familia, pero la pareja de mi mamá (hace 2 años) él era alcohólico, ya ahora está con otros, él está tranquilo.

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

mi abuelita sufría del corazón (abuela metome)

(nombre: Ella)

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

Fea, que le burlan de mi otra chica de mi edad, son crueles.

Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.

- cuando la gente (varios) me miran
- quien habla a mi chico
- cuando alguien me dice algo y no me gusta

Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado.

- salir a poner
- jugar videojuegos

¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo: una rabieta, gritos o agresividad)?

En caso afirmativo, por favor detalle.

de niño me voy, me estaban volviendo mucho porque a veces tartamudeaba, entonces me pellu con un niño.

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).

- Falta de cariño por parte de mi mamá. Trabaje donde que tengo 6 o 7 años que yo tenía.

Autodescripción:

Por favor complete los espacios en blanco.

Soy... *miedo*

Soy... *tímido*

Soy... *Inseguro*

Soy... *flaco, holgazán*

Me siento... *incómodo*

Me siento... *inseguro*

Me siento... *que no seré capaz de lograr mis metas*

Me siento... *preocupado por cómo estoy*

Pienso... *que me dije que por mis emociones (nervios)*

Pienso... *que fallar es malo*

Pienso... *que amas pierdas oportunidades por no fallar.*

Pienso... *que debería salir más, me gustaría pero no puedo.*

Quisiera... *ser más alegre*

Quisiera... *ser más comunicativo*

Quisiera... *ser más amigable*

Quisiera... *no tener miedo de conocer gente nueva, de exponer, que no me importe la opinión de los demás.*

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

a) Usted mismo *humano*

b) Su cónyuge (si está casado) *—*

c) Su mejor amigo *compañero*

d) Alguien que no lo quiere. *ninguno (espero que todos me quieran, al menos me gustaría)*

INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK (B)

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres:

Lugar de Nac.: Fecha de Nac.: Edad: 17a

me gusta en tranquilidad

no consigo amigos, tengo algunos amigos

Ψ	SI	NO		SI	NO		SI	NO	Ψ
1.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	E
2.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	N
3.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	22.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	41.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	43.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	N
6.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
7.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
8.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
9.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	E
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	N
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	N
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	E
16.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	36.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
18.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	56.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
19.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	57.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	N

N: 16

E: 9

L: 2

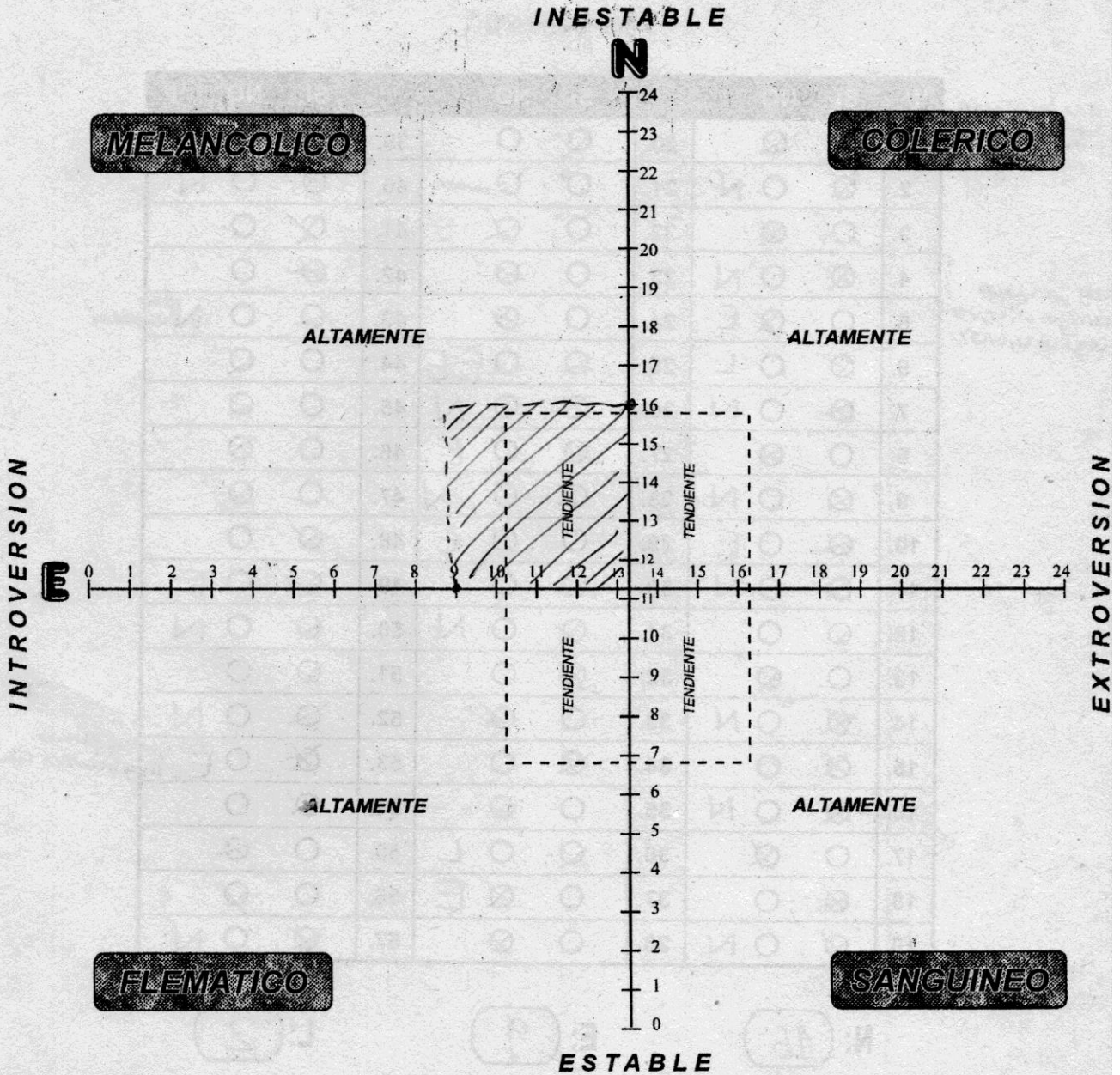
Inquieto e Inestable
 Tipo de temperamento: *Melancólico*

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

L = { Individual: 4
Grupai: 3.80.

E = { \bar{X} = 13.24 D.S. = 3.10 (10.14 - 16.34)

N = { \bar{X} = 11.34 D.S. = 4.44 (6.90 - 15.78)



DIAGNOSTICO: *Intravertido e Inestable*
 Tipo de temperamento: *Melancólico*

HOJA DE RESPUESTAS

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

*

1	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	151	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
2	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	152	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
3	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	153	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
4	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	154	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
5	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	155	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
6	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	156	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
7	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
8	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	158	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
9	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	159	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
10	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	160	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
11	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	161	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
12	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	162	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
13	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	163	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
14	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	164	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
15	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	165	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
16	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	141	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	166	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
17	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	142	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	167	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
18	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	168	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
19	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	169	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
20	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
21	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
22	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
23	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	148	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
24	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	149	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
25	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175	<table border="1"><tr><th>V</th><th>F</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
V	F																																								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								

*

IDB - II

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

Subtotal Pag. 1:
Subtotal Pag. 2:
Puntaje Total: → Depresión leve

No: 000143

Nombre: _____ Estado Civil: Soltero Edad: 17 Sexo: M
Ocupación: Estudiante Educación: Secundaria Fecha: _____
Evaluado por: Lissette Fuentes Ceceña 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

- 0 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.
- 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre (no siento mejor).
- 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 *siento que he perdido oportunidad de salir con alguien que me gusta*

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
- 1 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

- 0 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.
- 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

- 0 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 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

- 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.
- 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

- 0 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

- 0 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.

Continúa al Reverso

10 Subtotal Pag. 1

- 11. Agitación**
- 0 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** → *más desinteresado que antes pero no he dejado ni el trabajo ni el colegio*
- 0 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**
- 0 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. *Otro es más capaz que yo lo están*
 - 3 Me siento completamente inservible. *mejor*
- 15. Falta de Energía**
- ② 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.
 - ①b Duermo algo menos que de costumbre. *porque me voy a la cama más tarde*
 - 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.
 - 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**
- ① 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**
- ① 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**
- ① 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**
- ① 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.

A 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.

B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

C Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:
psichometrika@hotmail.com

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

STAI

A/E (3) PD = 30 + 17 - 11 = 36 (8)
 A/R (7) PD = 21 + 19 - 12 = 28 (7)

↳ ansiedad = Severo Estado

↳ Lo ansiedad = moderado Rango

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres.....
 Centro..... curso / puesto..... Estado civil... S
 Otros Datos..... Fecha.....

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. <i>preocupado por mi situación</i>	0	1	2	3
2. Me siento seguro. <i>muy inseguro de mí, nada hay de bien</i>	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy contrariado. <i>Robinado Feuno</i>	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado. <i>molto por ser por esto</i>	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras <i>mu y nada</i>	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 mí 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. <i>en difcl. relajarme, Robinado con gente</i>	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/E PD = 17
 PI = 11

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 <i>por indecisión</i>	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 <i>si me siento bien, me gusta lo que me pasa</i>	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 (no he tenido)
39. Soy una Persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado <i>que le hacen reflexionar que debo ser mejor con la gente no tenso como soy.</i>	0	1	2	3

A/R PD = 19
PI = 12

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

IDB - II

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

Post-Test

Subtotal Pag. 1:	3
Subtotal Pag. 2:	1
Puntaje Total:	4

No: 000143

→ Altibajos considerados normales

Nombre: _____ Estado Civil: soltero Edad: _____ Sexo: M
 Ocupación: Estudiante Educación: Secundaria Fecha: _____
 Evaluado por: Lissette Huertas Cercado 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).

<p>1. Tristeza</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo <i>(3) porque he tenido oportunidades y lo he rechazado antes. Es: JAM a fumores en omiga</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.</p> <p>2 No espero que las cosas me salgan bien.</p> <p>3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a).</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>4. Falta de Placer</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>2 Espero ser castigado(a) por la vida.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo(a).</p> <p>2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).</p> <p>3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Critica</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.</p> <p>1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.</p> <p>2 Quisiera matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
--	--

3 Subtotal Pag. 1

Continúa al Reverso

11. Agitación

- 0 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

- 0 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

- 0 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

- 0 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. *hay dormido*
- 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

- 0 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

- 0 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.
- 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.
- 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

- 0 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.

- A 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.
- B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.
- C Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:
psichometrika@hotmail.com

Post-test

STAI

→ Normal
 A/E (5)
 A/R (5)
 ← Normal

PD = 30 + 6 - 21 = 15
PD = 21 + 11 - 13 = 19

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres... Edad 17 Sexo M
 Centro... curso / puesto... Estado civil soltero
 Otros Datos... Fecha...

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 mí 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/E } PD → 6
 } PI → 21

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

A/R { PD → 11
PI → 13

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA