



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE
GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGA CLINICA

PROBLEMA:

**FOBIA SOCIAL Y SU INCIDENCIA EN EL ÁMBITO EMOCIONAL EN UNA MUJER
ADULTA DE 45 AÑOS ORIUNDA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**

AUTORA:

NARANJO ORTIZ PATRICIA VIRGINIA

TUTORA:

PSIC. EDUC. ZUMBA VERA INGRID YOLANDA, MSC.

BABAHOYO - 2022



RESUMEN

El presente estudio de caso “Fobia social y su incidencia en el ámbito emocional en una mujer adulta de 45 años”, se sustentó en que la fobia social se caracteriza por sentir miedo intenso o ansiedad ante determinadas situaciones sociales, dentro de esta se involucran las emociones negativas causándole la afectación. Se empleó una metodología con enfoque descriptivo cualitativo con un diseño cuasiexperimental, donde se administraron varias técnicas para la obtención de datos, tales como la observación clínica, entrevista semiestructurada, historia clínica, test psicológicos, por ejemplo, Escala de Ansiedad Social Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale LSAS), Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory SPIN), Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale BPS), mismos que sirvieron para la ratificación del diagnóstico presuntivo. De igual manera, a través de los manuales diagnósticos se pudo evidenciar el diagnóstico presuntivo, como es el DSM-V (300.23) Trastorno de ansiedad social (fobia social) y en la CIE-10 (F40.10) Fobias sociales. Entre los hallazgos localizados se evidencia que a partir del cambio de domicilio y colegio la paciente, puesto que comenzó a presentar síntomas de miedo intenso al estar a lado de personas extrañas, además, desde que la mamá le enviaba a comprar y si traía algo mal le castigaba mandándole a cambiar el producto. Finalmente, se empleó técnicas enfocadas en la Terapia Cognitivo-Conductual, donde se suministró la reestructuración cognitiva, no obstante, se espera que en un futuro se aplique las técnicas de desensibilización sistemática y relajación pasiva, mismas que ayudaran a reducir su sintomatología.

Palabras claves: fobia social, emociones, técnicas, diagnóstico, psicoterapia.

ABSTRACT

The present case study "Social phobia and its incidence in the emotional sphere in a 45-year-old adult woman", was based on the fact that social phobia is characterized by feeling intense fear or anxiety in certain social situations, within which the negative emotions causing affectation. A methodology with a qualitative descriptive approach was used with a quasi-experimental design, where various techniques were administered to obtain data, such as clinical observation, semi-structured interview, clinical history, psychological tests, for example, Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz Social Anxiety Scale LSAS), Social Phobia Inventory SPIN, Brief Social Phobia Scale BSPS, which served to ratify the presumptive diagnosis. Similarly, through the diagnostic manuals, the presumptive diagnosis could be evidenced, such as the DSM-V (300.23) Social anxiety disorder (social phobia) and the ICD-10 (F40.10) Social phobias. Among the localized findings, it is evident that from the change of address and school the patient, since she began to present symptoms of intense fear when being next to strangers, in addition, since the mother sent her to buy and if she brought something wrong He punished him by sending him to change the product. Finally, techniques focused on Cognitive-Behavioral Therapy were used, where cognitive restructuring was provided, however, it is expected that in the future systematic desensitization and passive relaxation techniques will be applied, which will help reduce their symptoms.

Keywords: social phobia, emotions, techniques, diagnosis, psychotherapy.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación	2
Objetivo	2
Sustentos Teóricos	3
1. <i>Fobia social: Orígenes</i>	3
2. <i>Área emocional</i>	7
3. <i>Relación entre la fobia social y el área emocional</i>	10
Técnicas aplicadas para la recolección de información.....	11
Resultados obtenidos	13
<i>Sesiones</i>	13
<i>Situaciones detectadas (hallazgos)</i>	15
<i>Soluciones planteadas</i>	17
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	22

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	17
---------------	----

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso probatorio precedente a la obtención del título de Psicóloga Clínica, se contemplará la línea de investigación “Prevención, diagnóstico, evaluación y Psicoterapéutico en el ámbito clínico”, al igual, que la sublínea “Psicoterapias individuales y/o grupales”, mismas que hacen parte de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, de la Universidad Técnica de Babahoyo. En tal sentido, se pretende indagar sobre la fobia social y su incidencia en el ámbito emocional en una mujer adulta de 45 años oriunda de la ciudad de Babahoyo

El abordaje integral de este tema hará alusión a dos variables en particular, la primera es la fobia social o también conocida como ansiedad social, debido a que es una afectación psicológica caracterizada por que la paciente presente miedo intenso, excesivo y recurrente a ser observado, criticado o juzgado por los demás, es por ello que evita esas situaciones embarazosas. Al mismo tiempo, la segunda variable que se trabajará es el área emocional, la cual se encuentra involucrada al momento en que a la paciente le da la crisis de ansiedad, pues empieza a frustrarse, se enoja, se pone triste, es decir, salen a relucir las emociones negativas que afectan a su psique.

Este trabajo tiene como propósito definir como la fobia social está afectando el área emocional de la paciente puesto que no le permite desenvolverse con satisfacción en el área social. En tal sentido, se procurará elaborar un tratamiento psicoterapéutico enfocado en la Terapia Cognitivo-Conductual, misma que será de gran ayuda para modificar esos pensamientos automáticos que le generan sufrimiento reemplazándolos por pensamientos alternativos que le ayuden a superar sus agobios y pueda tener un mejor estilo de vida.

Para alcanzar el objetivo propuesto fue necesario la aplicación de distintos tipos de técnicas, por ejemplo, la entrevista semiestructura, historia clínica, test psicométricos, los cuales permitieron corroborar el diagnóstico presuntivo de la paciente dando mayor veracidad al estudio de caso, también, se empleará una metodología con enfoque descriptivo-cualitativo que permitirá explicar la información de las dos variables, en ese mismo contexto, será dirigido por un diseño cuasiexperimental.

El estudio de caso estará estructurado con la siguiente información: justificación, objetivo, sustento teórico incluyendo las dos variables a abordar, también se encontrarán técnicas aplicadas con su respectiva metodología, los resultados obtenidos donde se incorporan las sesiones, las situaciones detectadas o hallazgos y las soluciones planteadas, de la misma manera se verán reflejadas las conclusiones acompañadas de las recomendaciones, y en último lugar se podrán localizar, la bibliografía y los anexos.

DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso, se realiza con la finalidad de dar a conocer como impacta la fobia social en la área emocional de una mujer de 45 años, siendo de gran importancia para la sociedad y a la vez brindar información necesaria a la audiencia para que futuras generaciones ya sean adolescentes, jóvenes y adultos no empeoren en este padecimiento, por ende, se debe brindarle la ayuda necesaria a la paciente para disminuir la alteración involucrada que está impidiéndole su desarrollo pleno en sus actividades diarias.

Tomando en consideración, este estudio de caso es de carácter trascendental, puesto que, mediante esta investigación la sociedad tendrá la información necesaria sobre la fobia social, y de cómo esta afecta en el ámbito emocional, ya que existe un sinnúmero de personas que desconocen de esta patología e ignoran las causas y los factores de riesgo que se pueden presentar ante cualquier situación que conlleva a una persona a padecer esta anomalía dificultando inclusive relacionarse con su entorno.

Este estudio de caso es factible, porque, al estar involucrada en la fobia social se puede encontrar una amplia gama de recursos que servirán para el desarrollo del sustento teórico, entre las fuentes válidas y confiables que pueden servir de apoyo se encuentran libros, revistas científicas, artículos científicos, entre otros, cada una de esas fuentes tienen que ser científicamente comprobadas y deben ser de diferentes autores, con un límite máximo de 10 años la publicación de la información para constatar diferentes puntos de vista y de esta manera se podrá realizar una coherente, eficaz y solida argumentación investigativa.

La investigación tiene como beneficios ayudar a sobrellevar la vida de los sujetos que padezcan esta patología y trabajar claramente en los beneficiarios que son tanto, la paciente como las personas que forma parte de su entorno familiar, puesto que, sabrán como orientar aquel individuo tenga la fortaleza necesaria y facilite su convivencia con los demás, y que no se vea afectada su área emocional siendo que su familia es su prioridad y pueda desenvolverse en cualquier ámbito sea este, social, cultural, laboral sin llegar a tener dificultades en sus relaciones interpersonales.

Objetivo

Establecer una meta terapéutica que sirva de apoyo a una paciente de 45 años con fobia social, utilizando terapias psicológicas para mejorar su calidad de vida.

Sustentos Teóricos

1. Fobia social: Orígenes

Según Abrines (2012), las variables más comunes que pueden originar la fobia social pueden ser: los modelos erróneos en relación a las habilidades sociales por parte de los padres, familiares allegados, cuidadores o cualquier adulto que esté a cargo y represente al individuo, puesto que estos, por su mala enseñanza el sujeto va desarrollando dificultades para desenvolverse a nivel social. Otro factor puede ser, algún tipo de situación de trauma o desagrado por la que haya pasado el paciente, misma que no le dejará desenvolverse libremente en el ámbito social.

También dentro de esos factores se encuentran las creencias disfuncionales atribuidas por los progenitores, es decir, los padres o cuidadores determinan obligaciones que los individuos deben cumplir, como, por ejemplo, todo debe hacerse a la perfección no existen los errores, estar con desconocidos es muy peligroso y puede causarle dolor porque le pueden hacer algún tipo de daño, se debe premiar si se es sumiso y castigar si expresan los sentimientos.

1.1. Definición de Fobia social

En la sociedad actual, al escuchar la palabra fobia todo el mundo tiene su propia versión o, dicho de otra forma, una versión errónea de lo que significa. Ahora bien, para aclarar lo que significa y según Barnhill (2020) la fobia **es** un tipo de alteración que causa miedo y ansiedad en los sujetos afectados, por una situación en particular. El miedo que sienten y la preocupación son extremados en relación a la amenaza existente.

Pues bien, si al hablar de fobia pasa esto, imagínense qué pasará si escuchan el término fobia social, el temor puede ser peor, siendo que, es una condición que particularmente afecta la psique de la persona que lo padece y por ende perjudica su vida y de las personas que forma parte de su entorno, ya que, dicha patología impide al sujeto su desenvolvimiento en el ámbito social. La ansiedad o fobia social es una exteriorización de temor exorbitante ante una situación social ya sea específica o general, y que está a su vez perjudica la capacidad de relacionarse con los sujetos de su entorno (Fernández-Sogorb, Aparicio-Flores, Granados, Aparisi-Sierra, & Inglés, 2018).

Este trastorno es considerado un problema de salud mental perjudicial, la persona que lo padece muchas veces es juzgado por los que lo rodean, siendo que puede afectar a la persona en su escuela, en su trabajo y en cualquier otra actividad cotidiana que realice el sujeto. Quien lo padece, tiene miedo de ser avergonzado, humillado, rechazado o insultado por otros si su actuación es decepcionante ante la interacción social.

1.2.Síntomas

Las personas que padecen fobia social presentan varios signos y síntomas, unos son evidentes y otros lógicamente no, sobre todo cuando están ante personas desconocidas y peor aun cuando tienen que hablar en frente de ellas, entre esas manifestaciones se pueden encontrar: el rubor que aparece en el rostro, sudoración excesiva, temblores en el cuerpo y hasta en la voz al querer articular palabras (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2017).

El mismo autor refiere que, otros síntomas suelen ser las palpitaciones aceleradas que incluso el sujeto se queda con la mente en blanco, así como también, náuseas y el malestar estomacal en compañía de una postura rígida y poco contacto visual, incluso la voz cambia y se torna baja, igualmente, es inevitable el susto ante la mirada de los demás porque creen que los están juzgando cuando ni siquiera los miran, tanto así, que los sujetos con fobia social evitan asistir a lugares donde haya personas que no sean conocidas para ellos.

Todos estos síntomas hacen que el sujeto que sufre esta patología se sienta mal consigo mismo y con los individuos que hacen parte de su entorno, puesto que, al haber una persona padeciendo esta condición perjudica su estabilidad personal, cualquier tipo de relación amorosa, así como también, su plano educativo, su trato laboral y su vida social.

1.3.Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) menciona que aquellos que padezcan esta patología, tienden a ser asertivos e inexplicablemente sumisos, o con una mínima frecuencia, para ejecutar control con respecto a la socialización. También el sujeto puede indicar actitudes enormemente inflexibles, y si aquel individuo tiene algún trabajo, evita de cualquier manera entablar contacto social, de ser necesario trabajan desde casa para no salir y no ser vistos, ni criticados.

1.4.Consecuencias funcionales de la fobia social

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) plantea que esta patología se encuentra asociada a un elevado nivel de abandono en el área escolar, laboral y socioeconómica, alterando el bienestar y la calidad de vida de aquel que lo esté padeciendo. Aunque sea algo poco creíble este trastorno afecta tanto al individuo que ni siquiera puede tener actividades de ocio, puesto que, al momento de querer realizar cualquier interacción el individuo puede experimentar síntomas y bloquearse o evitar hacer las tareas.

1.5.Prevalencia

Existe variación en algunos países con respecto a la prevalencia de esta patología, pero, generalmente, la cifra más alta de este padecimiento se da más en las mujeres que en los hombres, así mismo, se puede decir, que esa diferencia de géneros tiene que ver durante

la adolescencia, así como en adultos jóvenes. Por otro lado, dentro de lo que se conoce como población clínica, se puede decir que esta puede ser similar o levemente más frecuente en varones, dando a creer que la relación entre las funciones de género y la expectativa social van desempeñando un papel significativo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

1.6. Tipos de fobia social

En cuanto a los tipos de la fobia social se puede encontrar dos, que son los más reconocidos por la mayoría de los profesionales o en este caso por los psicólogos. El primer tipo es conocido como fobia social generalizada, mientras que el segundo es la fobia específica, los dos se presentan de una distinta manera, y es por ese motivo hay que aprender a identificar cada uno de esos tipos y así no se tendrán inconvenientes.

De acuerdo a la (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) la fobia social o ansiedad social, hace referencia cuando una persona siente miedo o ansiedad intensa en una o varias situaciones sociales donde se encuentra expuesta a una probable evaluación por parte de los demás, por ejemplo, cuando un sujeto se encuentra interactuando con otra persona, también reunirse con personas extrañas, dar una charla, entre otros. Mientras que, la fobia específica alude al miedo intenso por un objeto o situación concreta como volar, alturas, animales, agujas, observar sangre, entre otros, además, el objeto o la situación que causa la fobia se evita, se anticipa con miedo o se sobrelleva con ansiedad extrema al punto que interfiere con las actividades cotidianas de la persona que lo presenta.

1.7. Diagnóstico

Para diagnosticar a una persona fobia social, hay que tener en cuenta varias pautas que identifique la patología en sí. Según Barnhill (2020), lo primero que hay que tomar en consideración es la evaluación de un médico, y para que este profesional llegue a un diagnóstico debe tomar en cuenta varios criterios de modo específico. De esta manera los síntomas se relacionarán con los siguientes factores: primero, el miedo y la ansiedad estará en un grado muy intenso mismo que estará presente en un lapso de 6 o más meses.

Otro de los factores desencadenantes de esta patología hace referencia a la negación ante la exposición social, este se debe dar varias veces, la ansiedad está presente en muchas situaciones que tenga que ver con el público, por otro lado, también se hace presente el miedo a una evaluación negativa que venga por parte de personas que estén fuera de su círculo familiar. Así mismo, estos pacientes muestran un temor desproporcionado al enfrentar un peligro real, perjudicando de forma notable su funcionamiento y su actuar respectivamente. Además de todo esto, el profesional que lleve este caso debe descartar cualquier otro tipo de afectación mental que tenga que ver con síntomas similares a los de la

fobia social, puesto que, de no ser así el paciente será perjudicado y su problema se podría agravar.

1.8.Tratamiento

Ahora bien, para que una persona que padece fobia social se recupere de lo mal que se encuentra por sentirse así, hay que someterlo a tratamientos para que lo ayuden a sobrellevar su vida. Entre esos tratamientos para esa recuperación se puede poner como principal la psicoterapia, puesto que, es uno de los pilares fundamentales para poder trabajar con el paciente y le será de apoyo para un mejor desenvolvimiento en el ámbito social.

Según Vergara (2022), al hablar de psicoterapia, se refiere a una serie de tratamientos que pueden ayudar para modificar ciertos estados emocionales, así como también de algunas alteraciones mentales mediante el uso de técnicas. Eso quiere decir que gracias a la psicoterapia y a su amplia gama de tratamientos se le puede ayudar al paciente con sus dificultades para que así las pueda superar de una mejor manera.

En sí la psicoterapia, es el procedimiento en el que un psicólogo y su paciente llegan a un acuerdo en el cual el profesional le brinda la ayuda necesaria a ese paciente y este en cambio debe colaborar para que su recuperación sea pronta. En general, se puede decir que casi todos los tipos de psicoterapia compromete la construcción de relaciones terapéuticas, la comunicación, la creación de entrevista y la superación de pensamientos, y comportamientos problemáticos.

Dentro de esa psicoterapia que se le aplica al paciente con fobia social está la Terapia Cognitivo-Conductual, puesto que, es necesario que el sujeto vea una mejora y pueda tener una recuperación acertada, ya que esta terapia tiene buenos métodos para ayudar. Para Garay & Korman (2022) la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una serie de procesos que utilizan estrategias y técnicas para la recuperación del paciente. Quiere decir que gracias a este tipo de terapia el sujeto podrá identificar cómo sus emociones y conducta se encuentran generados por sus pensamientos y gracias a esto le están causando malestar en su vida cotidiana, siendo que al momento de reconocerlas encontrará una recuperación positiva.

Entre las técnicas de la Terapia Cognitiva-Conductual se encuentran las de elicitación de pensamientos, y entre estas, están inmersas las siguiente: diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, otra de las técnicas es, como los pensamientos crean sentimientos, clasificación de emociones y creencias (Clark & Beck, 2012). Y como última técnica, pero no menos importante la cual es la de relajación, misma que ayudará al auto control de la paciente. Todas ellas son utilizadas con la finalidad de brindar ayuda al sujeto, y, que, a su vez, tenga una recuperación para su mejora psicosocial.

1.9. Estrategias para superar la fobia social

A parte de los tratamientos que sirven para la recuperación de esta patología, existen estrategias que ayudan a seguir con la rutina diaria del paciente. Para Rodríguez (2021) las tácticas para ayudar a la convivencia de estas personas son: búsqueda de situaciones sociales, esta trata de que así tenga miedo a las situaciones sociales debe enfrentarse a ellas, tratando de relacionarse fuera de su círculo habitual, otra maniobra es, no dejes que tu imaginación te traicione, tiene que ver con no permitir que lo que se imagina su mente le traicione y no lo deje seguir con tu vida.

Otra de esas estrategias es la de piense como quieres sentirse, trata que no se debe centrar en el miedo que lo perturbe, sino más bien la manera en que se quiere sentir. Como última maniobra se encuentra el de, sé tú mismo, aquí la persona debe confiar en que si puede afrontar y sobresalir de las situaciones que lo afectan.

2. Área emocional

Las emociones como respuesta del individuo ante la realidad del diario vivir se puede expresar como una manera de fortaleza, es decir, la emoción de la persona es más fuerte cuanto es menos posible y elogiado un suceso que se presenta. Mientras que, cuando la realidad avanza de modo que no ajustan en las provisiones de los individuos, incorpora circunstancias a las que la persona no está preparada para resistir, donde se abre una fase interna para así guiar ese evento y sus intervenciones (Jiménez, 2018). Además, cuanto más breve y premeditada es la observación de la realidad para el sujeto mayor incremento emocional surgirá.

También, es importante recalcar que desde el punto de vista del cuerpo las emociones vienen hacer estados funcionales activos del organismo del ser humano, estos comprometen la activación de grupos específicos de los sistemas eferentes, de igual manera, los viscerales, el endocrino, el muscular e incluso los que corresponden a los estados o experiencias subjetivas.

2.1. Importancia de las emociones

Las emociones cumplen un papel primordial en la vida de los seres humanos y para el adecuado desarrollo de las personas, puesto que estas permiten el fortalecimiento de relaciones debido a que las personas están creadas para preocuparse y tener una interdependencia con los demás, asimismo, para tomar las decisiones conscientes y a la vez responsables que condecoran los valores e incluso que cada individuo libere su creatividad y esos recursos de afrontamientos que posee (Jiménez, 2018).

Por otro lado, según Goleman (como se citó en Longo, 2020) las emociones son definidas como “el impulso de actuar”, su propuesta ha compartido decenas de años y siglos con la claridad de las emociones en el reino animal y su interés y esfuerzo en su impacto, y se basa en la investigación y teoría de los escritores humanos. Tomé una decisión en la vida de todos.

2.2.Componentes de las emociones

Según Scherer (como se citó en Ortiz & Hernández, 2018) menciona que se ha reconocido a través de un estudio sobre las emociones es que son fenómenos multi-compuestos, es por ello, que sugiere siete componentes de las emociones, a continuación, se explicará cada una:

Evento enfocado. Por lo general, son producidos estímulos, por lo que se encuentran de una forma enlazada o conectada a un acontecimiento en particular, ya sea este interno como externo. Esta peculiaridad permite reconocer el principio que desencadena las emociones en cada sujeto.

Impulsado por una evaluación. El acontecimiento que desencadena y a la vez sus causas deben ser significativas para las principales preocupaciones del organismo, es decir, si el suceso no es primordial para el ser humano no hará que se desencadene la emoción.

Sincronización de respuesta. Al momento de experimentar una emoción concreta, las personas preparan respuestas adecuadas a los acontecimientos que la producen, los patrones de respuesta deben corresponder al análisis de las supuestas intervenciones del suceso. Por ejemplo, cuando el sujeto se acerca a un objeto que aparentemente está interesante o se aleja de un objeto o situación amenazante.

Rapidez de cambio. Aquí los eventos y características de su evaluación, cambian brevemente, a menudo por una nueva información que se va recopilando o también por las reevaluaciones. Por ejemplo, algo desconocido puede originar un estímulo de sorpresa, el sujeto puede de manera inmediata experimentar poco interés al haber cumplido la meta de conocer a la otra persona, aunque después puede ser apartado.

Impacto en el comportamiento. En este componente se puede proporcionar tendencias de acción adaptativas y a la vez fundamentos motivacionales. Por ejemplo, huir al momento de evaluar algún acontecimiento como peligroso.

Intensidad. En este componente el nivel de excitación que cada persona experimenta por la emoción, por ejemplo, la alegría y la relajación son emociones positivas con desigualdad del nivel de fuerza como excitante y calmada.

Duración. Dentro de este componente se implica respuestas grandes de movilización y sincronización, esto es como parte de las tendencias de acción concretas, ya que, de acuerdo a lo anterior mencionado, su duración debe ser relativamente corta para así no consumir todos los recursos del organismo y a la vez admitir la flexibilidad de la conducta.

2.3.Función de las emociones

Para Longo (2020) el funcionamiento emocional depende de la necesidad de justificar las exigencias del entorno. Es decir, al mostrar una emoción va preparando al organismo para diferentes tipos de respuestas. Pero en general, actúan como un mecanismo de supervivencia y adaptación. Esto quiere decir que cada vez que se vaya a poner en acción las emociones para justificarlas se activa un mecanismo que se adapta a la situación.

Por ejemplo, al ponerse en acción el miedo, el individuo se pone en alerta ante cualquier peligro o ante una huida. Así mismo, la tristeza, es un indicador de algún tipo de pérdida ya sea de un ser querido como de algo material. Por otro lado, cuando aparece la ira, el torrente sanguíneo se pone en acción permitiendo que bombee más rápido la sangre y con esto, la persona se llena de energía e incluso esta puede ser tanta, que el sujeto puede llegar a golpear para liberar esa furia.

Cabe recalcar, que estas emociones son negativas, y, por ende, cuando son muy repetitivas son una clara muestra que está causando afectaciones en la psique del sujeto. También refiere que la inteligencia emocional en psicología, se definen como la capacidad de reconocer, observar, comprender y lidiar con las emociones propias y de los demás. Saber lidiar con ellas permite el actuar con inteligencia en cualquier situación, prestando atención no solo a las emociones sino también a las discusiones.

2.4.Emociones y adaptación

Como todo en la vida, hay dos lados de la moneda, y las emociones no son diferentes, puesto que estas tienen su efecto positivo y negativo en la conducta del ser humano, ambas están presente en cualquier individuo y hacen parte de su personalidad. Según Ayala (2021) entre los efectos negativos de la emociones, se encuentran el pánico, mismo que se le da diferentes formas, el bloqueo, que al estar presente puede inferir el rendimiento de cualquiera y limitar su accionar, también se localizan el odio, la ira y la repugnancia que se manifiestan de distinto modo en cada uno, poniendo en juego las relaciones interpersonales.

2.5.Tipos de emociones

Según Jiménez (2018) plantea que las emociones están compuestas por tres niveles muy importantes para las personas, ya que estas se activan al momento que los individuos

experimentan sus emociones, entre los niveles se encuentran las emociones primarias, secundarias e instrumentales, las cuales se van a describir cada una:

Emociones primarias. Estas emociones pueden ser adaptativas como el miedo ante circunstancias de amenaza, la tristeza ante la pérdida de algún familiar importante para el sujeto o el enfado ante una agresión, inclusive desadaptativas como puede ser el miedo fóbico hacia la expresión del self de cada persona. También las emociones desadaptativas hacen alusión al pasado, ya que han sido adaptativas a medios en donde se inventaron, pero a la vez dejaron de serlo actualmente.

Emociones secundarias. Aquí se produce una reacción ante una emoción que se produjo con anterioridad, estas pueden ser reacciones defensivas o evitativas con respecto a lo que es la emoción primaria. Generalmente, son causas del sistema de creencias con el que cada individuo valora un acontecimiento y la emoción primaria del sujeto ante ella, por ejemplo, cuando la persona no tolera tener miedo o tristeza pudiendo esta emoción secundaria llegar a ser una sensación más consciente y perturbadora que el propio miedo que causó dicha emoción.

Emociones instrumentales. En estas emociones se ha instruido que su manifestación tiene efectos específicos en lo que es el comportamiento de la otra persona y se emplean de manera funcional, es decir, para que así se pueda lograr en circunstancias de manera poco consciente.

2.6.Reacciones emocionales

Las reacciones emocionales generan varias molestias a nivel personal, estas tienen que ver con el área cognitiva, fisiológica y motora. Según Aguirre (2021), la reacción que se da a nivel cognitivo, tiene que ver con el pensamiento y las experiencias que se adquieren, pues en este ámbito cuando se ve alterada esta área, inicia la preocupación excesiva, el temor, la inseguridad, entre otros. Mientras que, el área fisiológica se dan repentinos cambios en el área corporal, como agitación en la respiración, sudoración excesiva, problemas gastrointestinales y aceleración en el ritmo cardíaco. Por último, en el área motora la persona muestra y es visible ante los demás la poca o mucha actividad a nivel motor.

3. *Relación entre la fobia social y el área emocional*

Frente a lo dicho en el presente estudio de caso, se puede determinar que existe una relación estrecha entre las dos variables planteadas, la fobia social y el área emocional, puesto que, al padecer la patología indicada en el trabajo, se puede encontrar que, las emociones están inmersas en ella, dicho de otro modo, que aquel que sufra de este trastorno, tendrá emociones que lo invaden, y, como son negativas, agobiara la vida del sujeto.

Técnicas aplicadas para la recolección de información

En el presente trabajo se empleó una metodología con un enfoque descriptivo cualitativo, también un diseño cuasiexperimental permitiendo así detallar información sobre las dos variables a abordar, a continuación, se irá describiendo cada uno:

Enfoque descriptivo cualitativo

Este enfoque fue de gran importancia, puesto que por medio de este se fue detallando información de las variables tanto independiente como dependiente de acuerdo a los fundamentos de distintos autores, mismo que fue direccionado a una sola persona, es por ello que es cualitativo, además, se emplearon diversas técnicas como la observación clínica, entrevista psicológica, historia clínica y test psicológicos para alcanzar los resultados.

Los instrumentos empleados para la recaudación de la información pertinente para este estudio de caso fueron: en primer lugar, se hizo la entrevista, misma que fue de carácter semiestructurada y que tuvo como herramienta principal la historia clínica, otro recurso utilizado fueron los test psicométricos los cuales fueron de valiosa ayuda para recaudar la información necesaria. A continuación, se detallarán:

Observación clínica

Esta observación posibilitó percibir el aspecto físico y la vestimenta de la paciente, asimismo, describir el ambiente y observar su conducta, puesto que muchas de las veces no pueden ser expresados o considerados significativos, sin embargo, fueron de mucha ayuda para colaborar en el reconocimiento del diagnóstico presuntivo y por medio de esta establecer una conclusión más adecuada y concreta. (Anexo 1)

Entrevista semiestructurada

Se ejecutó una entrevista semiestructurada puesto que permite utilizar una estrategia mixta, donde se emplearon preguntas previamente establecida y preguntas abiertas a medida que avanzaba el discurso con la paciente, su uso fue de gran relevancia debido a que permitió recopilar información importante para la identificación del motivo de consulta, de igual modo, durante la entrevista se estableció el rapport para que la paciente no muestre resistencia al momento de abordar las sesiones. (Anexo 2)

Historia clínica

Fue necesario recurrir a esta técnica, ya que, es una de las principales para recolectar la información de la paciente siendo de mucha ayuda en la estructura del estudio de caso, el instrumento utilizado fue la historia clínica, puesto que, esta es una herramienta confiable muy utilizada, debido a que en ella se recolectó la información específica del paciente explorando los signos y síntomas que presentaba, en esta también se obtuvieron datos de

ámbito personal, familiar, laboral y social, siendo que en muchas ocasiones entre esos factores se encuentran los problemas que está aquejando al paciente. Igualmente, se usó con el objetivo de tener un respaldo de la información proporcionada por la paciente. (Anexo 3)

Test psicométricos

Por otro lado, fue necesario el uso de los test psicométricos para medir, evaluar y descartar de una forma adecuada y estandarizada los factores que afectan la psique de la paciente, con esta herramienta se logró valorar rasgos emocionales. Estas pruebas también fueron utilizadas con la finalidad de afianzar el diagnóstico presuntivo y así realizar las estrategias coherentes para la terapia de la paciente. Los test aplicados fueron: (Anexo 4)

La Escala de Ansiedad Social Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale LSAS). Este test fue de gran importancia para valorar el nivel de gravedad de la ansiedad social. Consta de 24 ítems donde se evaluó desde una doble vertiente como miedo o ansiedad que experimenta la paciente ante ciertas circunstancias y el grado de evitación de las mismas. Son 24 situaciones de las cuales se dividen en 13 que hace referencia a situaciones de actuación y 11 son situaciones sociales.

La puntuación total se obtuvo sumando todos los ítems de cada subescala, esta puntuación debe oscilar entre 0 y 44 puntos donde a mayor puntuación, mayor gravedad. Además, la puntuación en cada subescala se obtiene sumando los ítems que corresponden a cada columna donde puede oscilar entre 0 y 72 puntos.

Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory SPIN). Este inventario se encuentra formado por 17 ítems donde se valoró 3 aspectos más comunes de la ansiedad social como temor, evitación fóbica y síntomas autonómicos, por ejemplo, rubor, sudor y temblor. Cada elemento puntúa de 0 a 4; la puntuación final se obtuvo al momento de sumar todos los ítems; el punto de corte de la puntuación es mayor o igual a 19.

Además, al momento de sumar los 3 ítems del SPIN que son 6,9 y 15 mayor o igual a 6 se detecta como trastorno de ansiedad social con una eficiencia del 90%.

Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale BSPS). Se encuentra formado por 18 ítems donde se pudo evaluar síntomas particulares de la ansiedad social, lo cual se emplearon tres subescalas como temor, evitación y síntomas neurovegetativos como enrojecimiento, palpitaciones, temblores y sudoración. Se trata de una escala heteroaplicada.

Por último, para medir la columna de miedo/ temor, evitación y neurovegetativos se utilizó la escala de Likert lo cual permitió obtener la calificación del test, luego se obtiene una puntuación total en las tres subescalas donde la puntuación total oscila en un rango de 0 a 72 puntos y el punto corte es 18.

Resultados obtenidos

Paciente de 45 años de edad, de género femenino, religión católica, estado civil casada, ocupación estudiante, residente de la ciudad de Babahoyo, estudiante de la Universidad Estatal de Milagro, quien está cursando el Pre Universitario de la Carrera de Derecho, misma que acude a consulta de manera voluntaria porque siente que no podrá seguir con sus estudios por lo que le pasa. A continuación, se irá detallando cada sesión:

Sesiones

Primera Sesión

Se realizó el día viernes 10 de junio del 2022 en la tarde, su duración fue de 50 minutos. Este encuentro dió inicio con el establecimiento del rapport para que la paciente no ponga resistencia durante la sesión, después se efectuó la observación clínica, también la entrevista semiestructurada utilizando como instrumento la historia clínica para la recolección de datos, misma que ayudó a la obtención de datos específicos acerca de su problemática. En dicha entrevista se pudo observar que la paciente estaba nerviosa y muy poco colaborativa, se cohibía mucho y más aún en las preguntas de ámbito sexual, es más, evitaba contestarlas. Luego, se procedió a preguntarle sobre las expectativas de asistir a un psicólogo, asimismo, se le preguntó ¿Cuál es la razón por la que vino a consulta?, lo cual Grimanesa señaló “desde hace 15 días al ingresar a clases he comenzado a presentar nerviosismo, miedo intenso a estar con personas desconocidas, a sentir molestias intestinales, a sentirme angustiada al ver rodeada de tantas personas”.

Por otra parte, se le explicó que se iba a trabajar con el modelo Cognitivo-Conductual, al mismo tiempo se le indicó que toda la información proporcionada era de carácter confidencial, asimismo, se le dió unas recomendaciones para que cuando se encuentre ante situaciones que le produce malestar las pueda controlar. De igual modo, se le procedió a dar las fechas de las próximas sesiones.

Segunda Sesión

Se dió el día viernes 17 de junio del 2022 en la tarde, su duración fue de 45 minutos. Dentro de esta sesión se concluyó con la llenada de la historia clínica de la paciente. Luego, se procedió con la aplicación de los test psicométricos los cuales fueron la Escala de Ansiedad Social Liebowitz, el Inventario de Fobia Social y la Escala breve de Fobia Social, la paciente al inicio se encontraba ansiosa, nerviosa y con dudas, ya que no sabía de qué iba a tratar los test, pero luego se le fue explicando cada uno, después los fue llenando sin ningún problema, puesto que se aclaró todas las interrogantes.

Tercera Sesión

Se realizó el día domingo 19 de junio del 2022 en la mañana, su duración fue de 45 minutos. En esta sesión se citó a la paciente para comunicarle los resultados arrojados de acuerdo a la evaluación psicológica realizada, de igual forma, se fueron resolviendo cada duda e interrogante que fueron surgiendo al momento del resultado, además, se implementó la psicoeducación misma que sirvió para explicar sobre la patología manifestada. Después, se planteó la propuesta psicoterapéutica con la que se va a trabajar, la cual está enfocada en la Terapia Cognitiva-Conductual y las técnicas que se van a aplicar, como reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y relajación pasiva.

Cuarta Sesión

Se abordó el viernes 24 de junio del 2022 en la tarde, su duración fue de 45 minutos. Dentro de esta sesión se demostró que el pensamiento automático es “mis compañeros me van a criticar”, es por ello, que se continuo a trabajar con la técnica de reestructuración cognitiva misma que se encuentra incorporada por diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, explicar cómo los pensamientos crean sentimientos, clasificación de emociones y creencias, examinando evidencias, generar una explicación alternativa. En primer lugar, se inició con las técnicas diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, explicar cómo los pensamientos crean sentimientos, clasificando emociones y creencias, donde se le explicó cada una a profundidad para que la realice.

Quinta Sesión

Se realizó el día domingo 03 de julio del 2022 en la mañana, su fue duración de 40 minutos. Dentro de esta sesión se prosiguió con la técnica de examinando evidencias, puesto que se le manifestó a la paciente de que se trata para que así logre identificar las evidencias a favor y en contra de acuerdo a su pensamiento automático.

Sexta Sesión

Se abordó el día viernes 08 de julio del 2022 en la tarde, su duración fue de 40 minutos. Aquí se aplicó la técnica de producir una explicación alternativa donde se le procedió a manifestar a la paciente en qué consiste y que debe generar un pensamiento más alternativo ante el pensamiento que le está ocasionando la afectación.

Por último, no se consiguió emplear la séptima y octava sesión debido a que la paciente se encontraba delicada de salud imposibilitando asistir a los demás encuentros, no obstante, durante esas entrevistas se deseaba trabajar con la técnica desensibilización sistemática y relajación pasiva para que pueda relajarse ante la situación o evento que le produce malestar significativo en su vida.

Situaciones detectadas (hallazgos)

Una vez realizado un análisis exhaustivo, de haber revisado detalladamente el caso, y de hacer aplicación de los test psicológicos, que ayudaron a esclarecer el diagnóstico presuntivo, se pudo evidenciar las siguientes situaciones:

- Cuando la paciente tenía 15 años de edad, le toco cambiarse del lugar donde vivía y por ende de institución educativa, esa situación le causó un gran desequilibrio emocional, puesto que, para ella todo era nuevo y desconocido.
- También cuando la madre la enviaba a comprar y no le gustaba lo que le llevaba, le mandaba a la paciente a cambiar el producto, ella no quería hacerlo por la vergüenza que le causaba, porque la veían que iba de nuevo, y peor aun cuando le pegaba la mamá e iba llorando.
- Durante los últimos 15 días, la paciente ha presentado nerviosismo, temor y ansiedad, puesto que, inicio clases presenciales en la universidad. Este hecho le ha causado mucha incomodidad y angustia porque le dijeron que tiene que exponer, además, estará expuesta a las miradas y críticas de sus compañeros.

No obstante, se pudo observar que la paciente durante la entrevista estuvo muy nerviosa, también estuvo poco colaborativa, no quería responder varias preguntas, peor aún si eran referidas al ámbito sexual. Además, se evidenció varios pensamientos automáticos los cuales son “me va a pasar algo al salir”, “la gente me mira raro”, “me van a secuestrar”, “mis compañeros me van a criticar”. De todos esos pensamientos automáticos se trabajó con el que más le afecta el cual es “mis compañeros me van a criticar”.

Resultados de test aplicados

La paciente fue evaluada con la Escala de Ansiedad Social Liebowitz, misma que, dió como resultado en primer lugar 24 puntos en la subescala de miedo y ansiedad, mientras que, en el ítem evitación se obtuvo un puntaje de 23, donde sumando las dos escalas dió como resultado 57 puntos, equivalente a Ansiedad social moderada.

Otro elemento de evaluación considerado para la paciente fue el Inventario de Fobia Social, el que dió como resultado 33 puntos, que equivale a fobia social grave, es decir, que se detectó que la paciente siente miedo intenso a estar ante personas desconocidas y mostrarse frente ellos causándole un malestar significativo que le impide realizar sus labores cotidianas y se frustra ante diversas circunstancias afectándola intensamente.

Y, el tercer test que se le aplicó a la paciente fue una Escala Breve de Fobia Social, misma que reflejó los siguientes resultados, por un lado, en la escala de miedo da un total

de 17 puntos, en el ítem de evitación arroja un total de 20 puntos y en la escala fisiológica da un total de 5 puntos, puesto que, sumado todos los ítems dan como resultado 42 puntos, que equivale a una fobia social grave.

Por otro lado, al momento de analizar las sesiones y revisar los test psicométricos, y de acuerdo al cuadro sindrómico se detectó que en la paciente existen algunas áreas afectadas a nivel psicológico, donde se ven comprometidas las funciones cognitivas, afectivas, conductuales y somáticas. Por consiguiente, se detallarán cada una de ellas:

- **Área cognitiva**

En esta área se puede apreciar que la paciente demuestra tener problemas como: ideas irracionales, también preocupación excesiva y recuerdos intrusivos.

- **Área afectiva**

La paciente manifiesta que se siente triste, miedo intenso, vergüenza, ira e impotencia al no poder realizar sus actividades cotidianas.

- **Área conductual**

La paciente dentro de esta área presenta intranquilidad, tendencia al llanto, evitación e impulsividad.

- **Área somática**

Dentro de esta área la paciente presenta sudoración, nerviosismo, palpitaciones, dificultad para respirar, temblor y parestesia.

Por otro lado, de acuerdo a la sintomatología presentada se indican factores predisponentes los cuales son conflictos familiares que tenían por el carácter de su madre, bullying realizado por sus compañeros en la escuela, también influyó mucho en ella el fallecimiento de su padre y, por último, el cambio de ciudad ya que en donde vivía primero era un pueblo pequeño y todos la conocían, pero al cambiarse a una ciudad grande todo para ella fue nuevo y desconocido, por eso se asustó al estar en esa situación. Además, se logró identificar el evento precipitante que fue el ingreso a clases en la universidad y verse rodeada de tantas personas desconocidas. Finalmente, existe un tiempo de evolución de 30 años.

Diagnóstico

De acuerdo a los hallazgos encontrados minuciosamente durante todo el proceso de entrevistas psicológicas, se procedió a la realización de un análisis de modo global para el presente estudio de caso. Según el diagnóstico presuntivo y por lo corroborado en los manuales diagnósticos del DSM-V con su respectivo código (300.23) Trastorno de ansiedad social (fobia social) y en la CIE-10 cuya codificación es (F40.10) Fobias sociales.

Soluciones planteadas

Según los resultados alcanzados en este estudio de caso, fue de vital importancia realizar una intervención desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo- Conductual, siendo que, es la más factible para el progreso de este problema y brindó a encontrar una solución, dándole una mejora al estado de la paciente en el ámbito psicosocial. Con este modelo se podrá trabajar el área cognitiva, afectivo, conductual y somática, puesto que para cada una de ellas se emplearán técnicas que serán de mucho apoyo.

Además, el objetivo de esta terapia fue identificar esas emociones y conductas que están generados por pensamientos que causan afectación en su vida social. También, dentro del esquema terapéutico se estableció los hallazgos, la meta terapéutica, las técnicas, el número de sesiones, las fechas, por último, los resultados obtenidos durante la implementación de cada técnica en función a cada área afectada, estas se detallarán a continuación en la tabla 1:

Tabla 1

Esquema terapéutico basado en la Terapia Cognitivo-Conductual

Hallazgos, Metas, Técnicas y Resultados correspondientes al caso de la paciente G.C.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitiva/ afectiva: Pensamiento automático “mis compañeros me van a criticar”.	Conseguir que la paciente aprenda a detectar los pensamientos que producen esa preocupación.	Psicoeducación.	1 sesión	19/06/2022	Se logró que la paciente detecte los pensamientos que le producen esa preocupación y los sepa diferenciar.
	Conseguir que la paciente aprenda a distinguir los eventos de los pensamientos y las emociones de acuerdo a su padecimiento. Lograr identificar y diferenciar fácilmente los pensamientos que le afectan y los	Reestructuración cognitiva: Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos	1 sesión	24/06/2022	Se logró que la paciente diferencie los eventos, pensamientos y sentimientos de su malestar. Se consiguió que la paciente reconozca los pensamientos que la perturban y los cuales crean esas emociones negativas.

	<p>sentimientos que esto le producen.</p> <p>Se espera que la paciente reconozca cuál es el grado de los pensamientos negativos, asimismo, los clasifique bajo que evento le dan.</p> <p>Se requiere que la paciente establezca las evidencias a favor y en contra de acuerdo a su pensamiento automático.</p> <p>Lograr que la paciente produzca un pensamiento alternativo frente a un pensamiento que le genera malestar.</p>	<p>Clasificando emociones y creencias</p> <p>Examinando evidencias</p> <p>Generar una explicación alternativa</p>	<p>2 sesión</p> <p>3 sesión</p>	<p>03/07/2022</p> <p>08/07/2022</p>	<p>Se logró que la paciente pueda reconocer el grado de las emociones de acuerdo a cada creencia que manifestó.</p> <p>Al principio se le complicó esta técnica a la paciente, puesto que no entendí, por ello se le procedió a dar ejemplo, luego ya fue manifestando las evidencias a favor y en contra.</p> <p>La paciente genera un pensamiento más apropiado “no me va a pasar nada de malo si socializo con más frecuencia con las personas”</p>
<p>Conductual:</p> <p>Intranquilidad, tendencia al llanto, evitación e impulsividad.</p>	<p>Conseguir que la paciente a través de esta técnica deje de evitar de exponerse ante las multitudes.</p>	<p>Desensibilización sistemática</p>	<p>1 sesión</p>	<p>15/07/2022</p>	<p>Se requiere que la paciente no evite estar expuesta a multitudes o hablar ante el público.</p>
<p>Somática:</p> <p>Sudoración, nerviosismo, palpitaciones, dificultad para respirar, temblor.</p>	<p>Controlar los síntomas para que se relaje ante acontecimientos que le ocasiona afectación.</p>	<p>Relajación pasiva</p>	<p>1 sesión</p>	<p>22/07/2022</p>	<p>Se espera que la paciente aprenda a relajarse cada vez que tenga se le presente una perturbación ante situaciones desagradables.</p>

Nota: Elaborado por Patricia Virginia Naranjo

CONCLUSIONES

El presente estudio de caso fue realizado a una mujer de 45 años de edad, oriunda de la ciudad de Babahoyo. Hubo información recolectada a través del relato de la paciente, mismo que sirvió para la redacción del sustento teórico, y también dió los indicios para enfocarse en descubrir y comprobar la patología que la aquejaba. En tal sentido, fue necesario la implementación de estrategias, así como también las pruebas psicológicas como los test psicométricos y técnicas, mismas que dieron como resultado que la adulta está padeciendo según los manuales diagnósticos, DSM-V (300.23) Trastorno de ansiedad social (fobia social) y en la CIE-10 (F40.10) Fobias sociales, poniendo como evento desencadenante el entrar a estudiar en la universidad, ya que, está rodeada de personas desconocidas y tenía que presentarse ante ellos siendo expuesta ante sus miradas.

Entre los test psicométricos tomados en consideración se encuentran, la Escala de Ansiedad Social Liebowitz misma que sumando los resultados de los ítems de miedo y ansiedad, así como los de evitación dió como resultado 57 puntos, equivalente a ansiedad social moderada. Otro test considerado fue el Inventario de Fobia Social, el que dió como resultado 33 puntos, equivalente a fobia social grave, corroborando que la paciente siente miedo intenso a estar ante personas desconocidas y mostrarse frente ellos causándole una incomodidad significativa, paralizándole ante esas circunstancias que le afectan. Y, por último, se le aplicó una Escala Breve de Fobia Social, la que reflejó 42 puntos de la sumatoria de 17 puntos de miedo, 20 puntos de evitación y 5 puntos de la escala fisiológica, misma que dió como indicador fobia social grave.

El trastorno de fobia social, genera de forma directa emociones negativas que perjudican la psique del individuo que lo padezca, los pensamientos negativos ocurren con eventos inesperados y que estos los desencadenan, logrando así, que la persona se sienta mal y no pueda relacionarse en su ámbito familiar, educativo y social, siendo que este último, es importante, porque al no poder afrontar a la sociedad no podrá continuar con su vida.

El objetivo que se planteó en este estudio de caso fue el establecer una meta terapéutica que le sirva de apoyo a la paciente para que vaya aprendiendo de a poco la manera en que sus pensamientos irracionales son los que causan esa anomalía. Así mismo, se le indicó que se iba a trabajar con las técnicas cognitivas conductuales, mismas que le servirá para ir descubriendo cada uno de esas ideas negativas y la forma de ir eliminándolos y de sustituirlos por otros que sean de mejor aceptación.

Las técnicas de TCC que fueron utilizadas en varias sesiones son diferenciación de eventos, pensamientos y sentimiento, como los pensamientos crean sentimientos,

clasificación de emociones y creencias, examinando evidencia, generar una explicación alternativa y como último, la técnica de desensibilización en vivo y la de relajación pasiva se aplicará en las siguientes sesiones a futuro. Las primeras fueron realizadas en la cuarta sesión, estas permitieron a la paciente la identificación y diferenciación que existe entre lo que se piensa, y lo que se siente, así como también la situación que lo origina, igualmente, permitieron reconocer como influyen los pensamientos sobre los sentimientos, de igual modo, medir el grado de la creencia de esos pensamientos negativos. La técnica de examinado evidencias fue aplicada en la quinta sesión donde se pudo evidenciar las evidencias a favor y en contra del pensamiento automático, y finalmente, la técnica de generar una explicación alternativa fue empleada en la sexta sesión, permitiéndole al paciente producir pensamientos alternativos para mejorar su sintomatología.

Las dos variables analizadas, la cual son independiente (fobia social) y dependiente (área emocional) tienen una estrecha relación, ya que la primera al ser una manifestación de miedo excesivo, inquietud por pasar vergüenza, preocupación constante, temblores, sudoración, entre otros, son los principales desencadenantes para que la área emocional se vea deteriorada, donde las emociones negativas siguen aumentando de forma progresiva, influyendo que la paciente tenga alteraciones a nivel cognitivo.

A nivel mundial existe un porcentaje del 0.05 % que presentan fobia social, y muchos ni llegan a saber que tienen ese padecimiento, por ese motivo es muy importante informar sobre este trastorno que afectan las habilidades de relacionarse con las demás personas que rodean su entorno y el riesgo que sus emociones se vuelvan muy negativas, por ende recibir tratamiento psicoterapéutico de un psicólogo clínico ayuda mejorar el malestar presente y así previniendo muchas enfermedades muy comunes en el aspecto mental, donde la principal noción es orientar a cambiar su estilo de vida por uno más activo.

Finalmente, se recomienda que la paciente aplique las técnicas practicadas durante los encuentros y otras que se les van a enseñar en futuras sesiones, para que, con ello pueda identificar cuando se le estén presentando esos pensamientos negativos y pueda suplirlos por otros alternativos, siendo que con eso se sentirá mejor, también será muy factible que siempre ponga en práctica los ejercicios de relajación para que pueda controlar sus emociones, ya que, estas pueden ser alteradas en cualquier momento. Así mismo, es importante que empiece a socializar con más frecuencia, para que así vaya superando sus miedos y pueda disfrutar de su vida a lado de las personas que la quieren y que por su miedo a interactuar no puede gozar de ciertas actividades que pueden realizarse en compañía de otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, M. Á. (04 de mayo de 2021). *¿Cómo influyen los pensamientos y las emociones en la ansiedad?*. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/como-influyen-los-pensamientos-y-las-emociones-en-la-ansiedad#:~:text=La%20reacci%C3%B3n%20emocional%20que%20genera,nivel%20fisiol%C3%B3gico%20con%20cambios%20corporales.>
- Barnhill , J. (abril de 2020). *Crisis de angustia y trastorno de angustia*. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/crisis-de-angustia-y-trastorno-de-angustia>
- Castro, S. (21 de junio de 2022). *¿Qué es el Mindfulness: ¿Es lo mismo que meditar?* <https://www.iepp.es/que-es-el-mindfulness/>
- Fernández-Sogorb, A., Aparicio-Flores, M., Granados, L., Aparisi-Sierra, 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*, 30-36.
- Garay, C., & Korman, G. (01 de julio de 2022). *Terapias Cognitivo-Conductuales y prácticas orientales: ciencia y espiritualidad en la Psicoterapia contemporánea*. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=731:terapias-cognitivo-conductuales-y-practicas-orientales-ciencia-y-espiritualidad-en-la-psicoterapia-contemporanea&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (enero de 2017). *Trastorno den ansiedad social: Más allá de la simple timidez*. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/sqf-16-4678.pdf>
- Jiménez, A. (2018). Inteligencia emocional. *Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid* , 457-469.
- Longo, B. (10 de agosto de 2020). *¿Qué es la emoción en psicología?*. <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-emocion-en-psicologia-5186.html>
- Vergara, C. (01 de julio de 2022). *¿Qué es la psicoterapia?*. <https://www.actualidadenpsicologia.com/psicoterapia-definicion-caracteristicas-tipos/>

ANEXOS**Anexo 1. Observación clínica****FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA
MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA****I. DATOS GENERALES:****Nombre:** Grimanesa C.**Sexo:** Femenino**Edad:** 45 años**Lugar y fecha de nacimiento:** Montalvo, 04 de febrero de 1977**Instrucción:** Bachiller**Tiempo de observación:** 50 minutos.**Hora de inicio:** 16:00 pm**Hora final:** 16:50 pm**Fecha:** 10/06/2022**Tipo de observación:** Observación directa**Nombre de la observadora:** Patricia Naranjo**II: DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:****2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA**

La paciente es de estatura promedio de acuerdo a su edad y su biotipo mesomorfo, en cuanto a su aspecto personal presenta una vestimenta informal, cabello rizado recogido, no usa accesorios, siempre se presenta pulcra.

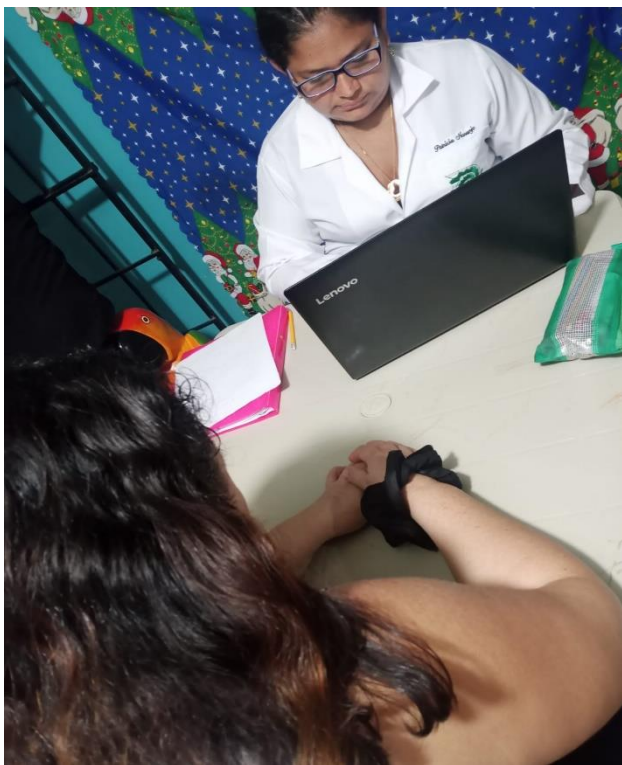
2.2 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente estuvo poco colaboradora pero cordial, no quería responder varias preguntas, peor aún si eran referidas al ámbito sexual, durante la entrevista muestra un poco de nerviosismo e intranquilidad, existe coherencia entre su discurso y su actitud; lenguaje expresivo, fluido y comprensivo.

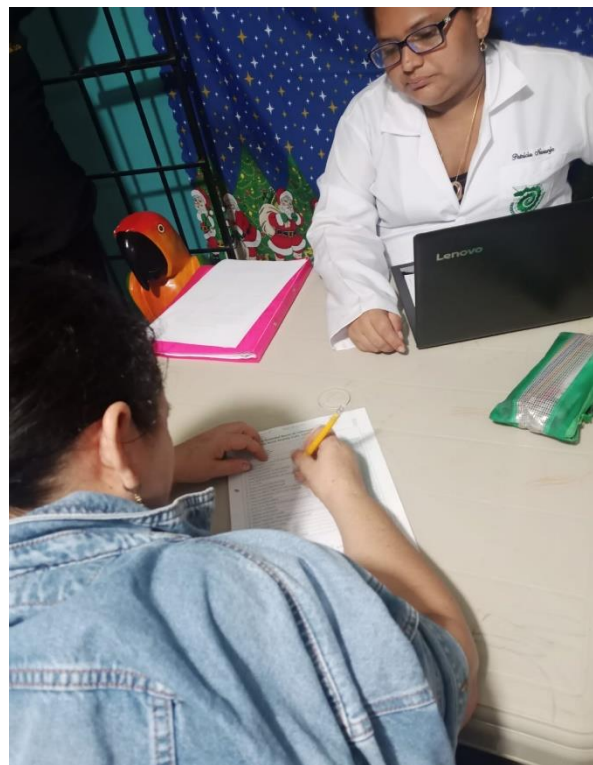
III: COMENTARIO:

Ninguno.

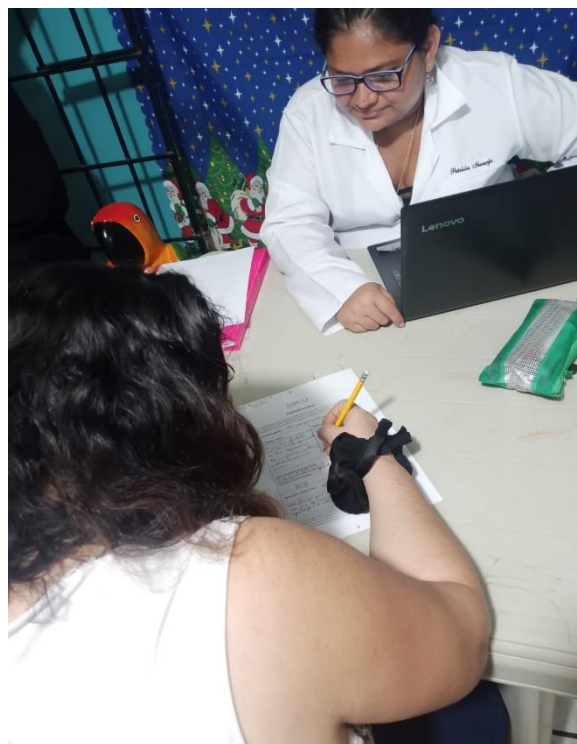
Anexo 2. Entrevista semiestructurada



Entrevista y llenado de historia clínica



Aplicación de test psicológicos



Aplicación de técnicas psicoterapéuticas

Anexo 3. Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 01

Fecha: 10 / 06 / 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: G.C

Edad: 45 años

Lugar y fecha de nacimiento: Montalvo, 04 de febrero de 1977

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Religión: Católica

Instrucción: Bachiller

Ocupación: Estudiante

Dirección: Babahoyo, Ciudadela Muñoz Rubio

Teléfono: 0990048904

Remitente: Remitido por el paciente

2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta debido a que hace 15 días al ingresar a clases presenta constantemente nerviosismo, miedo intenso a estar con personas desconocidas, siente molestias intestinales, también angustia al verse rodeada de tantas personas.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La paciente cuando tenía 15 años de edad la cambiaron de escuela, ella estudiaba en la Unidad Educativa La Esmeraldas de la Parroquia La Esmeraldas y luego fue a estudiar a un colegio de Guayaquil, manifiesta que desde ese momento empezó a presentar nerviosismo, miedo intenso, quería llorar, se sentía ansiosa ya que no conocía a nadie, además que se le complicó relacionarse con sus compañeros porque no le gustaba hacer amigos ni que la miraran ya que le daba vergüenza.

La paciente indica que cuando su mamá le enviaba a realizar alguna compra y no le llevaba lo que pedía, la regresaba a cambiar el producto y si no lo hacía le pegaba, en esos momentos señala que “me daba miedo, vergüenza a que se burlarán de mí, no me gustaba ir a cambiar nada”. Es por ello, que desde aquel instante la paciente le da temor ir a cambiar algún producto y estar expuesta a la mirada y crítica de los demás.

La paciente manifiesta que con el apoyo de sus hijas y su esposo retomó su carrera y terminó el Bachillerato de forma online, se le hizo difícil, pero lo logró. Además, la paciente refiere que tiene miedo a exponer en clases, dar una lección oral porque piensa que “mis compañeros se van a reír de mí porque siento que no lo voy hacer bien”. A partir de eso le empiezan a dar

síntomas como nerviosismo, sudoración, dificultada para respirar, dolor estomacal, se pone a temblar.

La paciente indica que le da miedo hablar con personas extrañas porque piensa que le van hacer algún daño hasta incluso que la pueden secuestrar. De igual manera, evita actos donde haya bastante aglomeraciones porque señala “no me gusta que me miren, que me hablen, me da angustia y no puedo respirar, me siento insegura”, incluso manifiesta que cuando le ha tocado estar en algún evento hasta se ha querido desmayar de la desesperación que le causa, su corazón empieza a palpar demasiado rápido.

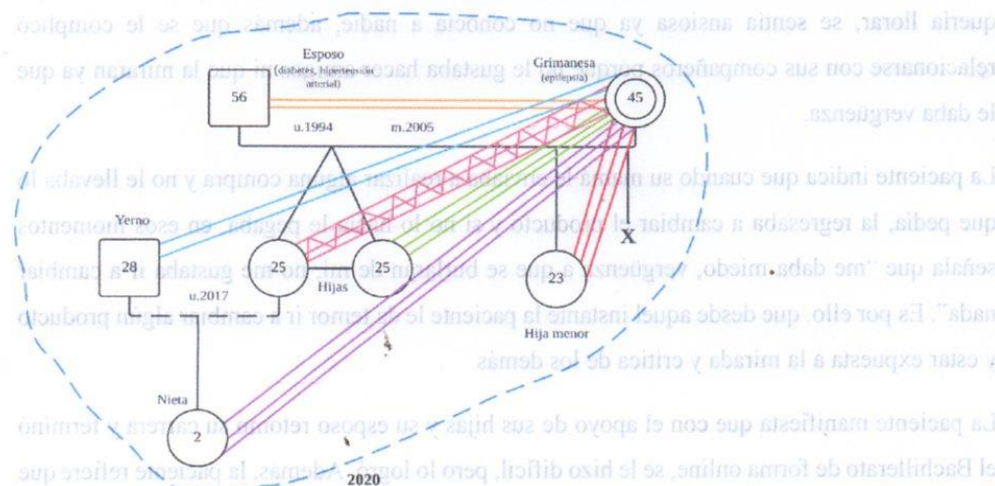
Por otro lado, la paciente refiere que desde hace 15 días que ingresó a clases presenciales de la universidad empezó a presentar constantemente nerviosismo, miedo fuerte a estar con personas que no conoce, incluso a darle dolor estomacal y molestias intestinales, asimismo, angustia al verse rodeada de tantas personas.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Esposo de 56 años, comerciante de frutas, padece de diabetes, hipertensión arterial y artrosis.

Hijas gemelas de 25 años, estudiantes, no padecen de enfermedades. Hija menor de 23 años, estudiante, no padece de enfermedades. Nieta de 2 años, no padece de enfermedades. Yerno de 28 años, asistente, no padece de enfermedades.

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



Actualmente, la paciente vive con su esposo, hijas, nieta y yerno.

La paciente refiere que tiene una relación cercana con su esposo, con sus hijas gemelas con la una hija la relación es muy estrecha pero conflictiva y con la otra hija la relación es muy estrecha, con su hija menor la relación es muy estrecha, con su nieta la relación es muy estrecha, con su yerno la relación es cercana.

b. Tipo de familia.

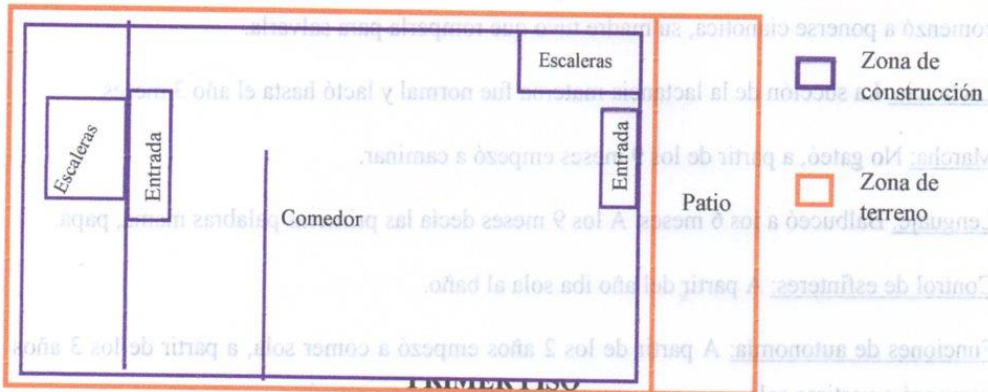
La paciente proviene de una familia extensa, formada por esposo, hijas, nieta y yerno.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

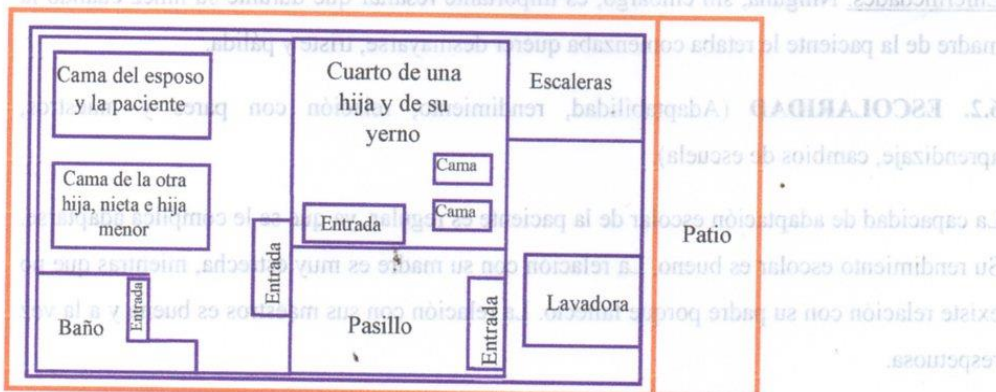
Las hijas gemelas de la paciente a los 12 años perdieron la memoria (amnesia disociativa).

5. TIPOLOGÍA HABITACIONAL

PLANTA BAJA



PRIMER PISO



Casa arrendada.

Servicios básicos: agua potable, energía, internet, alcantarillado.

Viven 7 personas.

4 camas: 2 en el cuarto de las hijas, 2 en el cuarto de la pareja.

5 ventanas, patio y 1 baño.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades).

Embarazo: No fue planificado, pero fue deseado por el padre y la madre, además, durante el proceso de embarazo no hubo complicaciones. Su alumbramiento fue a las 37 semanas.

Parto: Eutócico, el parto fue en casa sin partera, hubo complicaciones debido a que la bebé nació dentro de la bolsa amniótica íntegra, sin romper, es por ello que casi murió ya que comenzó a ponerse cianótica, su madre tuvo que romperla para salvarla.

Lactancia: La succión de la lactancia materna fue normal y lactó hasta el año 3 meses.

Marcha: No gateó, a partir de los 9 meses empezó a caminar.

Lenguaje: Balbuceó a los 6 meses. A los 9 meses decía las primeras palabras mamá, papá.

Control de esfínteres: A partir del año iba sola al baño.

Funciones de autonomía: A partir de los 2 años empezó a comer sola, a partir de los 3 años comenzó a vestirse sola.

Enfermedades: Ninguna, sin embargo, es importante resaltar que durante su niñez cuando la madre de la paciente le retaba comenzaba querer desmayarse, triste y pálida.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

La capacidad de adaptación escolar de la paciente es regular, ya que se le complica adaptarse. Su rendimiento escolar es bueno. La relación con su madre es muy estrecha, mientras que no existe relación con su padre porque falleció. La relación con sus maestros es buena y a la vez respetuosa.

La paciente indica que en cuanto a su aprendizaje no tenía problemas, ya que al momento de receptar la información no se le complicaba, pero actualmente se le dificulta recordar lo aprendido ya que padece de epilepsia. La paciente ha tenido cambios de escuela, hasta 10mo

de educación básica estudio en la Unidad Educativa La Esmeraldas, a partir de 1ro de bachillerato estudió en un colegio de Guayaquil, pero no terminó sus estudios debido a que se hizo de compromiso, durante el proceso de cambio de escuela al colegio la paciente presentó miedo porque no conocía a nadie, se sentía ansiosa, quería llorar, entre otros síntomas.

6.3. HISTORIA LABORAL

Hace 2 años trabajó en el negocio de su esposo, a parte de eso vendía ropa y productos cosméticos con ayuda de sus hijas porque le daba miedo hacerlo sola.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente indica que se le dificulta socializar con los demás, ya que es callada, tímida, no es amigüera, tiene pocos amigos, no le gusta hacer amigos porque desde pequeña su mamá no le dejaba que se relacione con los demás, le da miedo hablar con personas extrañas.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

La paciente indica que en su tiempo libre le gusta cuidar a su nieta y pasar con sus hijas. No le gusta realizar ningún tipo de deporte.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La paciente menciona que se le dificultad ser afectiva con su familia, sin embargo, a la única que le da cariño es a su nieta porque señala que la ama mucho. No le gusta que nadie le abrace ni le de muestras de cariño. La paciente tuvo su menarquia a los 12 años de edad. También, menciona que nunca se ha masturbado, además, a los 16 años tuvo su primera relación coital con su esposo hasta la actualidad. De igual forma, señala que no le gusta hablar sobre temas sexuales porque le da vergüenza.

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

No refiere.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La paciente manifiesta que consume las tres comidas diarias, además come bastante y nunca ha presentado ningún problema alimenticio. Por otro lado, la paciente menciona que no duerme las horas debidas, ya que pasa ocupada la mayor parte del tiempo, no obstante, cuando se acuesta a dormir no presenta inconvenientes.

6.9. HISTORIA MÉDICA

A partir de los 33 años de edad, el psiquiatra le diagnosticó epilepsia.

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere.

6.11. PROYECTO DE VIDA

La paciente menciona que quiere terminar su carrera de Derecho, trabajar para comprarse su propia casa y tener solvencia económica.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

La paciente es de estatura promedio de acuerdo a su edad y su biotipo mesomorfo, en cuanto a su aspecto personal presenta una vestimenta informal, cabello rizado recogido, no usa accesorios, siempre se presenta pulcra. Etnia Mestiza. Es poco colaboradora pero cordial, existe coherencia entre su discurso y su actitud. Lenguaje expresivo, fluido y comprensivo. Lateralidad diestra. La paciente durante las entrevistas muestra un poco de nerviosismo e intranquilidad.

7.2. ORIENTACIÓN

La paciente presenta una orientación autopsíquica.

7.3. ATENCIÓN

La paciente no presenta problemas de atención.

7.4. MEMORIA

La paciente no presenta problemas de memoria.

7.5. INTELIGENCIA

La paciente no presenta problemas de inteligencia.

7.6. PENSAMIENTO

La paciente no presenta problemas de pensamiento.

7.7. LENGUAJE

La paciente no presenta dificultades en su lenguaje.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

La paciente no presenta dificultades en su psicomotricidad.

7.9. SENSO PERCEPCIÓN

La paciente no presenta dificultades en su senso percepción.

7.10. AFECTIVIDAD

La paciente presenta alexitimia.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

La paciente no presenta alteración en el juicio de la realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente presenta conciencia de enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

La pérdida de memoria de sus gemelas cuando tenían 12 años de edad.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

- La Escala de Ansiedad Social Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS), 1987.
- Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory SPIN) de Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Fo, Weisler, 2000.
- Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale BSFS) de Davidson, Miner, De Vaugh-Geiss, Tupler, Colket, Potts, 1997.

RESULTADOS**LA ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL LIEBOWITZ (LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE, LSAS), 1987.**

Obtiene 57 puntos, que equivale a **Ansiedad social moderada.**

INVENTARIO DE FOBIA SOCIAL (SOCIAL PHOBIA INVENTORY SPIN) DE CONNOR, DAVIDSON, CHURCHILL, SHERWOOD, FO, WEISLER, 2000.

Obtiene 33 puntos, que equivale a **Fobia social grave**.

ESCALA BREVE DE FOBIA SOCIAL (BRIEF SOCIAL PHOBIA SCALE BSPS DAVIDSON, MINER, DE VEAUGH-GEISS, TUPLER, COLKET, POTTS, 1997

Obtiene 42 puntos en Baremos, que equivale a **Fobia social grave**.

- Dentro del miedo puntúa 17.
- Dentro de evitación puntúa 20
- Dentro de fisiológica puntúa 5.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Inseguridad subjetiva, anticipaciones amenazantes, pensamientos automáticos.	Ansiiedad
Afectivo	Ansiiedad, miedo intenso, estrés, desesperación, vergüenza, tristeza, temor.	
Pensamiento	Recuerdos intrusivos.	
Conducta social - escolar	Intranquilidad, evitación.	
Somática	Sudoración, sensación de desmayo, dificultad para respirar, nerviosismo, palpitaciones, temblores, dolor estomacal, molestias intestinales.	

9.1. Factores predisponentes

Cambio de escuela, comportamiento estricto de la madre.

9.2. Evento precipitante

Entrar a clases presenciales a la universidad.

9.3. Tiempo de evolución

El tiempo de evolución del suceso traumático es alrededor de 30 años.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Diagnóstico presuntivo: F40.10 (300.23) DSM-V Trastorno de ansiedad social (fobia social).

11. PRONÓSTICO

La paciente presenta un pronóstico favorable debido a que se muestra consciente de lo que le está afectando y tiene la predisposición de colaborar para su pronta recuperación, además cuenta con una red de apoyo familiar.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda que a la paciente asista a:

- Terapia Cognitivo-Conductual.

También, se recomienda que la paciente y su núcleo familiar reciba psicoeducación acerca de la patología mencionada.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
	Conseguir que la paciente aprenda a detectar los pensamientos que producen esa preocupación.	Psicoeducación.	1 sesión	19/06/2022	Se logró que la paciente detecte los pensamientos que le producen esa preocupación y los sepa diferenciar.
Cognitiva/afectiva:	Conseguir que la paciente aprenda a distinguir los eventos de los pensamientos y las emociones de acuerdo a su padecimiento.	Reestructuración cognitiva:			Se logró que la paciente diferencie los eventos, pensamientos y sentimientos de su malestar.
Pensamiento automático "mis compañeros me van a criticar"	Lograr identificar y diferenciar fácilmente los pensamientos que la perturbaban y los sentimientos que esto le producen.	Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos	1 sesión	24/06/2022	Se consiguió que la paciente reconozca los pensamientos que la perturbaban y los cuales crean esas emociones negativas.

	<p>Se espera que la paciente reconozca cuál es el grado de los pensamientos negativos, asimismo, los clasifique bajo que evento le dan.</p> <p>Se requiere que la paciente establezca las evidencias a favor y en contra de acuerdo a su pensamiento automático.</p> <p>Lograr que la paciente produzca un pensamiento alternativo frente a un pensamiento que le genera malestar.</p>	<p>Clasificando emociones y creencias</p> <p>Examinando evidencias</p> <p>Generar una explicación alternativa</p>	<p>2 sesión</p> <p>3 sesión</p>	<p>03/07/2022</p> <p>08/07/2022</p>	<p>Se logró que la paciente pueda reconocer el grado de las emociones de acuerdo a cada creencia que manifestó.</p> <p>Al principio se le complicó esta técnica a la paciente, puesto que no entendí, por ello se le procedió a dar ejemplo, luego ya fue manifestando las evidencias a favor y en contra.</p> <p>La paciente genera un pensamiento más apropiado "no me va a pasar nada de malo si socializo con más frecuencia con las personas"</p>
<p>Conductual: Intranquilidad, tendencia al llanto, evitación e impulsividad</p>	<p>Conseguir que la paciente a través de esta técnica deje de evitar de exponerse ante las multitudes.</p>	<p>Desensibilización sistemática</p>	<p>1 sesión</p>	<p>15/07/2022</p>	<p>Se requiere que la paciente no evite estar expuesta a multitudes o hablar ante el público.</p>
<p>Somática: Sudoración, nerviosismo, palpitaciones, dificultad para respirar, temblor</p>	<p>Controlar los síntomas para que se relaje ante acontecimientos que le ocasiona afectación.</p>	<p>Relajación pasiva</p>	<p>1 sesión</p>	<p>22/07/2022</p>	<p>Se espera que la paciente aprenda a relajarse cada vez que tenga se le presente una perturbación ante situaciones desagradables.</p>

Anexo 4. Test psicométricos

Nombre: *Grimanera C* Edad: *45 años*
 Fecha: *19/06/2022*

7.11. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)

Miedo o ansiedad	Evitación		Miedo/ansiedad	Evitación
0. Nada de miedo o ansiedad	0. Nunca lo evito (0%)			
1. Un poco de miedo o ansiedad	1. En ocasiones lo evito (1-33%)			
2. Bastante miedo o ansiedad	2. Frecuentemente lo evito (33-67%)			
3. Mucho miedo o ansiedad	3. Habitualmente lo evito (67-100%)			
1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas			0	1
2. Participar en grupos pequeños			1	1
3. Comer en lugares públicos			0	0
4. Beber con otras personas en lugares públicos			1	3
5. Hablar con personas que tienen autoridad			1	2
6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público			3	3
7. Ir a una fiesta			2	2
8. Trabajar mientras le están observando			0	0
9. Escribir mientras le están observando			0	0
10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado			2	2
11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado			2	2
12. Conocer a gente nueva			1	2
13. Orinar en servicios públicos			0	0
14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada			1	1
15. Ser el centro de atención			0	0
16. Intervenir en una reunión			3	3
17. Hacer un examen, test o prueba			1	0
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado			0	0
19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado			0	0
20. Exponer un informe a un grupo			3	3
21. Intentar «ligarse» a alguien			0	0
22. Devolver una compra a una tienda			3	3
23. Dar una fiesta			0	3
24. Resistir a la presión de un vendedor muy insistente			0	2
			24	+ 33 ⇒ 57

Diagnóstico ⇒ Ansiedad social moderada

19/06/2022

7.14. Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN)

Instrucciones: Por favor, señale cuánto le han molestado los siguientes problemas durante la última semana. Marque sólo una casilla por cada problema y asegúrese de contestar a todos los ítems.

	0	1	2	3	4
	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremo
1. Tengo miedo a las personas con autoridad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me molesta ruborizarme delante de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Evito hablar con desconocidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me da mucho miedo ser criticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Sudar en público me produce malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Evito ir a fiestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evito actividades en las que soy el centro de atención	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hablar con extraños me atemoriza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Evito dar discursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me dan miedo las palpitaciones cuando estoy con gente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

$$0 + 0 + 8 + 9 + 16 \Rightarrow 33$$

Diagnóstico: Fobia social grave.

6, 9, 15
 $4 + 0 + 4 \Rightarrow 8 \Rightarrow$ Trastorno de ansiedad social

19/06/2022

7.13. Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale, BSPS)

Instrucciones																												
PARTE I (miedo/evitación)																												
¿Cuánto temor experimenta y cuánto evita las siguientes situaciones? (el clínico puntuará por separado el temor y la evitación poniendo en cada cuadro la puntuación que corresponda según las puntuaciones del cuadro adjunto).																												
	Miedo	Evitación																										
1. Hablar en público o delante de otros	3	4																										
2. Hablar con gente con autoridad	2	4																										
3. Hablar con extraños	3	3																										
4. Estar en una situación embarazosa o humillante	3	2																										
5. Ser criticado	3	3																										
6. Reuniones sociales	3	4																										
7. Hacer algo mientras es observado (esto no incluye hablar)	0	0																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Puntuaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Miedo:</td> </tr> <tr> <td>0.</td> <td>Nada</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Leve (infrecuente y/o no estresante)</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Moderado (frecuente y/o algún malestar)</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Grave (constante, domina la vida de la persona y/o claramente estresante)</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Extremo (incapacitante y/o extremadamente estresante)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Evitación:</td> </tr> <tr> <td>0.</td> <td>Nunca (0%)</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Rara vez (1-33%)</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>A veces (34-66%)</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Frecuentemente (67-99%)</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Siempre (100%)</td> </tr> </tbody> </table>			Puntuaciones		Miedo:		0.	Nada	1.	Leve (infrecuente y/o no estresante)	2.	Moderado (frecuente y/o algún malestar)	3.	Grave (constante, domina la vida de la persona y/o claramente estresante)	4.	Extremo (incapacitante y/o extremadamente estresante)	Evitación:		0.	Nunca (0%)	1.	Rara vez (1-33%)	2.	A veces (34-66%)	3.	Frecuentemente (67-99%)	4.	Siempre (100%)
Puntuaciones																												
Miedo:																												
0.	Nada																											
1.	Leve (infrecuente y/o no estresante)																											
2.	Moderado (frecuente y/o algún malestar)																											
3.	Grave (constante, domina la vida de la persona y/o claramente estresante)																											
4.	Extremo (incapacitante y/o extremadamente estresante)																											
Evitación:																												
0.	Nunca (0%)																											
1.	Rara vez (1-33%)																											
2.	A veces (34-66%)																											
3.	Frecuentemente (67-99%)																											
4.	Siempre (100%)																											
PARTE II (fisiología)																												
Cuando se encuentra en una situación que implica estar en contacto con otras personas, o cuando está pensando en dicha situación ¿experimenta los siguientes síntomas? (ponga en cada casilla la puntuación que corresponda del cuadro adjunto)																												
	Fisiológica	Puntuaciones																										
1. Enrojecimiento	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Puntuaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Fisiológica</td> </tr> <tr> <td>0.</td> <td>Nada</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Leve (infrecuente y/o no estresante)</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Moderado (frecuente y/o algún malestar)</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Grave (constante, dominando la vida de la persona y/o claramente estresante)</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Extremo (incapacitante y/o dolorosamente estresante)</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuaciones		Fisiológica		0.	Nada	1.	Leve (infrecuente y/o no estresante)	2.	Moderado (frecuente y/o algún malestar)	3.	Grave (constante, dominando la vida de la persona y/o claramente estresante)	4.	Extremo (incapacitante y/o dolorosamente estresante)												
Puntuaciones																												
Fisiológica																												
0.	Nada																											
1.	Leve (infrecuente y/o no estresante)																											
2.	Moderado (frecuente y/o algún malestar)																											
3.	Grave (constante, dominando la vida de la persona y/o claramente estresante)																											
4.	Extremo (incapacitante y/o dolorosamente estresante)																											
2. Palpitaciones	3																											
3. Temblores o sacudidas	2																											
4. Sudoración	0																											
Puntuaciones totales																												
Parte I	Miedo (ítems 1-7)	Total <u>17</u> (M)																										
	Evitación (ítems 1-7)	Total <u>20</u> (E)																										
Parte II	Fisiológica (ítems 1-4)	Total <u>5</u> (F)																										
		(M + E + F) TOTAL <u>42</u>																										

Diagnóstico → Fobia social grave



Anexo 5. Técnicas psicoterapéuticas

Nombre: *Grimanesa B*
 Edad: *45 años*

FORM 2.1

Diferenciando Hechos, Pensamientos y Sentimientos

Los ejemplos de hechos o eventos, pensamientos y sentimientos están enumerados en el siguiente formulario. Vea si puede identificar correctamente cada afirmación en la columna izquierda como hecho, pensamiento o sentimiento. Coloque una "X" en la casilla correspondiente. Por ejemplo, "Mi jefe criticó mi trabajo" es un evento.

	Evento	Pensamiento	Sentimiento
Mi jefe criticó mi trabajo.	X		
Voy a perder mi empleo.		X	
Me siento ansioso			X
Jamás tendré una oportunidad.		X	
Estoy triste.			X
Estoy atascado en el tráfico.	X		
Está lloviendo.	X		
Pienso que no le gusto.		X	
Me siento avergonzado.			X

De *Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición*. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).

Nombre: Gmimesa C
Edad: 45 años

FORM 2.2

Cómo los Pensamientos Crean Sentimientos

A menudo, nuestros pensamientos están relacionados con la forma en que nos sentimos. Por ejemplo, el pensamiento "Voy a desaprobado el examen" puede generar sentimientos de ansiedad y tristeza. Por otra parte, el pensamiento "Voy a aprobar el examen" puede despertar sentimientos de tranquilidad y confianza. En el siguiente formulario, sírvase identificar sus pensamientos en la columna izquierda y los sentimientos que éstos originan en la columna derecha.

Pensamiento: Pienso que . . .	Sentimiento: Por lo tanto, me siento . . .
Me va a pasar algo al salir	frustrada.
La gente me mira raro	triste
Me van a secuestrar	miedo
Mis compañeros me van a criticar.	ansiosa

De *Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición*. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).

Nombre: *Grimanesa C*
 Edad: *45 años*

FORM 2.5

Clasificando Emociones y Creencias

El grado de su creencia en pensamientos negativos puede variar con los distintos eventos y bajo distintas circunstancias. Anote el evento o la situación en la que se encuentra cuando experimenta un pensamiento negativo. Por ejemplo, "sentado solo" o "pensando si ir a una fiesta" o "tratando de trabajar". Luego anote sus pensamientos negativos, cuanto cree en ellos, sus emociones y la intensidad con que las experimenta.

Evento/situación	Pensamiento negativo y grado de creencia (0-100%)	Emoción e intensidad de la misma (0-100%)
<i>Al salir de casa</i>	<i>Me va a pasar algo 80%</i>	<i>frustrada 90%</i>
<i>Al estar en la calle</i>	<i>La gente me mira raro 75%</i>	<i>tristeza 80%</i>
<i>Cuando estoy en multitudes</i>	<i>Me van a secuestrar 90%</i>	<i>miedo 90%</i>
<i>Cuando estoy en clases</i>	<i>Mis compañeros me van a criticar 100%</i>	<i>ansiosa 100%</i>

De *Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición*. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).

Nombre: Jimanansa 8
Edad: 45 años

FORM 3.5

Examinando la Evidencia

A menudo, tenemos pensamientos negativos y pocas evidencias que los respalden. En el siguiente formulario, puede examinar las evidencias a favor y en contra de los mismos. Responda las preguntas al final para evaluar si las pruebas corroboran realmente su pensamiento.

Pensamiento negativo: Mis compañeros me van a criticar.

Evidencias a favor . . .	Evidencia en contra . . .
Se me han burlado cuando me he equivocado en las exposiciones Mis compañeros me han molestado por mis errores	Mis compañeros siempre se burlan por todo Mis compañeros son siempre fastidiosos
Evidencia más importante a favor de este pensamiento: Se me han burlado cuando me he equivocado en la exposición	Evidencia más importante en contra de este argumento: Mis compañeros siempre se burlan por todo
% de evidencia a favor de este pensamiento: 90%	% de evidencia en contra de este pensamiento: 50%
Evidencias a favor – evidencias en contra = 40%	
Conclusión: Tengo que entender que mis compañeros siempre se van a burlar ya sea que me equivoque o no por ellos son así de molestos.	

De *Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional*, Segunda Edición. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).

Anexo 6: Reunión con la docente tutora

