



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CREENCIAS IRRACIONALES EN EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO  
DISMINUIDAS MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

HURTADO TORRES CINDY IRENE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CREENCIAS IRRACIONALES EN EL DESARROLLO DEL  
INDIVIDUO DISMINUIDAS MEDIANTE EL MODELO  
COGNITIVO CONDUCTUAL

HURTADO TORRES CINDY IRENE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

CREENCIAS IRRACIONALES EN EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO  
DISMINUIDAS MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

HURTADO TORRES CINDY IRENE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

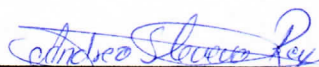
CUEVA REY ANDREA STEFFANIE

MACHALA, 07 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA  
07 de febrero de 2019

**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado CREENCIAS IRRACIONALES EN EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO DISMINUIDAS MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



---

CUEVA REY ANDREA STEFFANIE

0703801332

TUTOR - ESPECIALISTA 1



---

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

0703340695

ESPECIALISTA 2



---

BATALLAS BORJA MARÍA JOHANNA

0704638055

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: miércoles 06 de febrero de 2019 - 19:39

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Doc. Proyecto Titulación Irene.docx (D47123737)  
**Submitted:** 1/22/2019 7:37:00 PM  
**Submitted By:** cihurtado\_est@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 2 %

Sources included in the report:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a08v16n2.pdf>

Instances where selected sources appear:

1

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, HURTADO TORRES CINDY IRENE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado CREENCIAS IRRACIONALES EN EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO DISMINUIDAS MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

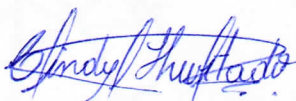
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 07 de febrero de 2019



HURTADO TORRES CINDY IRENE  
0705603538

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradezco a Dios por brindarme las fuerzas necesarias y poder culminar con éxito cada una de las metas propuestas en mi vida, a mis padres Francisco Hurtado y Normita Torres por guiarme cada día por el camino del bien y por el apoyo incondicional, a mis hermanos Maricela, Favio y Alfonso por ser parte de mi felicidad, a mi novio Ronald por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles, también a la Psic. Andrea Cueva por su paciencia y dedicación para la realización del presente ensayo, finalmente mi agradecimiento a mis familiares y amigos que de una u otra manera me ayudaron en este largo camino para lograr uno de mis más grandes sueños.

**Cindy Irene Hurtado Torres**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a toda mi familia, principalmente a mis padres Francisco y Normita por la oportunidad que me brindaron para lograr una de mis metas y por ese esfuerzo incansable del día a día, a mis hermanos por estar ahí presentes cuando más lo necesitaba, a mis lindas sobrinas que se han convertido en uno de los mejores regalos que la vida me ha dado, también a mi novio por brindarme su apoyo incondicional en todo este proceso y por supuesto a mi tutora Psic. Andrea Cueva Rey por la orientación brindada para la realización del presente ensayo.

Con amor y gratitud

**Cindy Irene Hurtado Torres**



## RESUMEN

Cindy Irene Hurtado Torres  
C.I. 0705603538  
[cihurtado\\_est@utmachala.edu.ec](mailto:cihurtado_est@utmachala.edu.ec)

La presente investigación describe las emociones como reacciones psicofisiológicas que presenta la persona ante situaciones relevantes, las mismas que pueden producir cambios en la experiencia afectiva, la actividad fisiológica o conducta expresiva de las personas, se destaca además, existen dos tipos de emociones: negativas y positivas de acuerdo a su intensidad, duración, frecuencia, expresión y por su contribución al bienestar o malestar significativo de la persona; en relación a ello y partiendo de las emociones negativas se destaca el miedo por ser una de las más importantes en esta clasificación. Por otra parte se presenta una descripción sobre las creencias irracionales las cuales se definen como aquellas ideas desacertadas e ilógicas que afectan las funciones psicosociales de las persona ocasionando perturbación en la capacidad para pensar de forma coherente lo que desencadena a su vez en alteraciones en el comportamiento y las emociones, afectando su bienestar psicológico, sus capacidades y el crecimiento personal.

En segundo plano y no menos importante se presenta un plan terapéutico, pasos y herramientas necesarias para trabajar en la disminución de las creencias irracionales que interfieren en el normal desarrollo de las personas, dentro del proceso de intervención se utiliza el enfoque cognitivo conductual por su gran cantidad de instrumentos y su eficacia en el tratamiento para modificar los comportamientos y pensamientos que gestionan el problema psicológico, con la finalidad de nutrir al paciente de habilidades para que pueda superar las dificultades psicológicas que se presenten en su diario vivir y mejore su calidad de vida.

**Palabras claves:** emociones, creencias irracionales, enfoque cognitivo conductual

## ABSTRACT

The present investigation describes the emotions as psychophysiological reactions that the person presents before relevant situations, the same ones that can produce changes in the affective experience, the physiological activity or expressive behavior of the people, it is also highlighted, there are two types of emotions: negative and positive according to their intensity, duration, frequency, expression and for their contribution to the well-being or significant discomfort of the person; In relation to this and starting from the negative emotions, the fear stands out as one of the most important in this classification. On the other hand, a description of irrational beliefs is presented, which are defined as those misguided and illogical ideas that affect the psychosocial functions of the person, causing a disturbance in the ability to think coherently, which in turn leads to alterations in behavior and emotions, affecting their psychological well-being, their abilities and personal growth.

In the background and not least, a therapeutic plan, steps and tools necessary to work on the reduction of irrational beliefs that interfere in the normal development of people, within the intervention process is used cognitive behavioral approach for its great number of instruments and their effectiveness in the treatment to modify the behaviors and thoughts that manage the psychological problem, in order to nurture the patient's abilities so that he can overcome the psychological difficulties that arise in his daily life and improve his quality of life.

**Keywords:** emotions, irrational beliefs, cognitive behavioral approach

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	VII
<b>DEDICATORIA</b> .....	VIII
<b>RESUMEN</b> .....	IX
<b>ABSTRACT</b> .....	IX
<b>ÍNDICE</b> .....	10
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>CREENCIAS O IDEAS IRRACIONALES</b> .....	12
<b>CONCLUSIONES</b> .....	20
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	21
<b>ANEXOS</b> .....	24

## INTRODUCCIÓN

El miedo es una emoción normal que se caracteriza por ser intenso y desagradable, provocado por la percepción de un peligro la cual se encuentra presente en cada uno de los individuos, pero cuando este se torna exagerado, perturbador y sin control se transforma en algo negativo para la persona lo cual puede convertirse en un limitante en los distintos aspectos de su vida impidiéndole desarrollarse en sus actividades (Retana y Sánchez, 2016). En relación a lo anterior y tomando en cuenta que en el ser humano hay campos que se relacionan íntimamente, los pensamientos, sentimientos y comportamientos por ende es importante trabajar en las emociones debido a que las mismas determinan la forma de pensar y el comportamiento de las personas.

Por ello se determina que las emociones son procesos o mecanismos que se activan con rapidez cuando el organismo que detecta algún peligro pone en alerta a la persona, existen emociones básicas que tienen relación a la manera de sentirnos en el medio en que vivimos como son la alegría, miedo, tristeza, sorpresa e ira las mismas que son importantes y necesarias para la supervivencia de la persona porque le permiten enfrentarse a diversas situaciones de su vida, adaptándose de manera positiva a las condiciones del medio.

En correspondencia al estudio y manejo de las emociones y pensamientos irracionales de las personas es oportuno inclinarse al enfoque cognitivo-conductual el cual es un modelo de intervención psicológico basado en la idea de transformar los pensamientos negativos y así poder enfrentarlos, logrando la comprensión de las cogniciones que una persona tiene sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo, centrándose en erradicar los síntomas que ocasionan malestar.

El modelo cognitivo- conductual cuenta con una amplia gama de técnicas apropiadas para trabajar los pensamientos distorsionados, centrándose en los problemas biopsicosociales del paciente, es por ello y por su alto índice de efectividad en la obtención de resultados positivos

y aportes en diversas problemáticas que es considerada una de las técnicas idóneas para el desarrollo del plan terapéutico presentado más adelante (Dávila, 2014). En la TCC lo primero que debe realizar el terapeuta es indagar los pensamientos del paciente, la manera como esto repercute en la vida de la persona y luego si dar inicio al proceso terapéutico que se adecue a sus necesidades.

La metodología utilizada en el presente ensayo responde a un diseño no experimental de tipo bibliográfico descriptivo a través de la investigación de artículos científicos. El objetivo central es describir cómo influyen las creencias irracionales en el normal desarrollo del individuo y plantear su disminución mediante el modelo cognitivo conductual, como una herramienta para mejorar la calidad de vida del paciente. Para ello en la primera parte del trabajo se encontrará descripciones acerca de las emociones, el temor o miedo a equivocarse, las creencias irracionales, cómo estas inciden en el normal desarrollo de las personas, qué factores influyen y cómo tratarlas, tomando como base el modelo cognitivo- conductual; y en segunda instancia se plantea un plan de intervención para trabajar en las emociones con pacientes que presenten pensamientos negativos referentes al miedo hablar en público y así poder eliminarlas o sustituirlas por pensamientos positivos siendo este el objetivo principal de la terapia psicológica.

## **CREENCIAS O IDEAS IRRACIONALES**

Las emociones son respuestas químicas y neuronales que se dan de manera automática y son fundamentales para la supervivencia, además que permiten al organismo regularse para actuar ante un fenómeno determinado (Cossini, Rubinstein, y Politis, 2017). En otras palabras se puede deducir que una emoción se deriva de una reacción sujeta al control personal de sus impulsos, denominadas reacciones psicofisiológicas ante acontecimientos relevantes, que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, novedad, entre otros.

De acuerdo a Piqueras, Ramos, Martínez, y Oblitas (2009), aluden que las emociones son de carácter universal y pueden llegar a producir cambios en las personas tanto en la experiencia afectiva, en la actividad fisiológica y en la conducta expresiva las mismas que varían en función de la emoción, la persona o la situación en específico, además que se pueden distinguir en dos grupos como son: las emociones positivas y las emociones negativas.

En relación a lo antes expuesto Bedoya y Velásquez (2014), refieren que el miedo como una emoción se puede evidenciar de dos tipos normales y patológicos, tal es el caso que la primera hace referencia al tipo de miedo que se caracteriza por ser controlado por la persona luego de hacer una evaluación de los acontecimientos y la segunda tiene que ver con el miedo o ansiedad descontrolada la misma que se puede generar por falsos pensamientos y de alguna manera pueden desencadenar en reacciones descontrolables y duraderas las cuales son consideradas negativas.

El ser humano lleva consigo un sin número de características emocionales entre ellas podemos mencionar el miedo, que puede ser considerado como una emoción básica de las personas que un papel fundamental: la supervivencia; también se define al miedo como una reacción ante situaciones de peligro o de incertidumbre ante una amenaza real o no, lo que desencadena en la persona signos y síntomas que impiden la ejecución de diversas actividades fisiológicas, ya sea por el bloqueo de sus pensamientos o por el mismo miedo que ocasiona una actividad que ve como amenazante (Nagy, 2014).

Así mismo lo menciona, Tron-Álvarez, Bravo-González, y Vaquero-Cázares (2014), la dificultad para hablar en público se presenta básicamente cuando el individuo se expresa verbalmente ante un público sin importar la cantidad de asistentes, aunque entre mayor es el número de personas el miedo o temor puede ser mayor, en algunas ocasiones esto se debe a las demandas externas las cuales son excesivas y por otra partes las herramientas internas son escasas, dando lugar a la ansiedad provocando un malestar significativo en el individuo al momento de dirigirse hacia su audiencia (Maldonado y Reich, 2013).

De acuerdo a Cejudo (2015), las causas que pueden provocar el miedo o temor a hablar en público son varias, entre ellas destaca las siguientes: las de origen traumático, por evitación, por bajo nivel de autoestima, por excesiva autoexigencia, y las asociadas a trastornos psíquicos tales como la depresión, esquizofrenia u otras alteraciones del lenguaje de origen psicofísico. Por otra parte también es importante mencionar que las creencias irracionales pueden jugar en papel primordial en el miedo escénico.

De acuerdo a, Ellis (1985), “las ideas irracionales son aquellas cogniciones, ideas y filosofías que sabotean y bloquean el cumplimiento de las metas más importantes o básicas de la persona” (citado en Polo, Santiago, Navarro, y Alí, 2016). Además, dichas creencias no empíricas o poco realistas no son más que afirmaciones que distorsionan la realidad de la persona desencadenándose en emociones inadecuadas por ejemplo la depresión y la ansiedad, y principalmente entorpecen los objetivos personales.

En relación a esto se puede deducir que las creencias o ideas irracionales son exageraciones evaluativas externas que no siempre provienen de acontecimientos reales y son deducidas en términos como terrible, tremendo, espantoso, horrible y desastroso, por ende se asocian a actitudes disfuncionales, que pueden convertirse en algún momento de la vida del ser humano en un obstáculo para su desarrollo o desenvolvimiento de sus actividades sociales; es decir que las creencias irracionales por ser un conjunto de pensamientos rígidos, desacertados e ilógicos afectan las funciones psicosociales de las persona ocasionando perturbación en la capacidad para pensar de forma coherente lo que desencadena a su vez en alteraciones en el comportamiento y en las emociones, interfiriendo en su vida cotidiana y las metas que se han planteado (Ferrel, González, y Padilla, 2013).

De acuerdo a Medrano, Galleano, Galera, y del Valle (2010), estas creencias irracionales se caracterizan por provenir de suposiciones imprecisas no apoyadas en la realidad, expresarse como demandas, deberes o necesidades, por conducir a emociones inadecuadas e inferir en el logro de las metas personales (p. 184). Por otra parte se puede acotar que las creencias irracionales aparecen de las demandas que el ser humano tiene sobre los acontecimientos de su vida desde la edad temprana, las mismas que se fundamentan en afirmaciones no empíricas o poco realistas que generan el bloqueo u obstrucción de objetivos en los diferentes proyectos personales.

Las creencias irracionales inciden en el normal desarrollo de las personas de manera negativa, a raíz que estas persiguen una meta personal de modo exigente y absolutista influyendo en distintos aspectos psicoemocionales y sociales de una persona y por ende afectando su bienestar psicológico, sus capacidades y el crecimiento personal. En relación a las ideas sobre el miedo a hablar en público que poseen ciertas personas y el temor al ser juzgados negativamente por los demás repercuten principalmente en el ámbito educativo, esto se debe a que desde la infancia nos encontramos inmersos en grupos de formación escolar y por ende se va a estar rodeada de otras personas con las cuales se debe interactuar, por ello es recomendable buscar

y trabajar con estrategias apropiadas desde las instituciones educativas y reforzarse en los hogares para erradicar en lo posible las ideas irracionales evitando que la persona adquiera a futuro dificultades mayores como un aislamiento social o académico posteriormente.

Por otra parte las creencias irracionales podrían afectar en el ámbito laboral si fuese el caso que la persona se enfrenta a situaciones que le causen incomodidad o miedo, también estas ideas irracionales repercuten en el ámbito personal, familiar y social por acarrear emociones negativas que le dificultan llevar una vida plena y sin miedo al qué dirán. Es importante tener en cuenta que las creencias no necesariamente pueden desencadenar en un trastorno o alteración psicológica, porque los individuos podrían llevar una vida normal y alcanzar cada uno de sus metas u objetivos propuestos a un teniendo pensamientos negativos presentes, a pesar de ello no todos corren con la misma suerte y en algún momento puede que existan fallos por la interferencia exagerada de estas ideas irracionales.

Como lo plantea Coppari (2008), dentro de las creencias irracionales existen factores que influyen tanto en su adquisición como en su permanencia: Según Factores de adquisición se plantean: a) Tendencias innatas de los seres humanos a la irracionalidad, dado por los sectores precorticales producto de su evolución lo que permite que aparezcan ciertas ideas irracionales en su conducta; y b) Por el Aprendizaje, esta se adquiere en las etapas tempranas de la vida del ser humano es decir la infancia, mediante experiencias directas o indirectas del medio en el que se desarrolla.

Por otra parte se encuentra los Factores mantenedores o de permanencia de creencias irracionales: a) Baja Tolerancia a la Frustración, donde la persona pone en práctica un hedonismo a corto plazo dejando de lado la preparación o el esfuerzo por mejorar o cambiar sus ideas erróneas; b) Mecanismos de defensa Psicológicos, dados por la baja tolerancia a la frustración y la intolerancia al malestar; c) Síntomas secundarios, tiene que ver con la perturbación del individuo consecuencia del acto a ejecutar lo cual ve como algo negativo (p. 46).

Se puede tratar estas ideas irracionales a través de la Terapia Cognitiva Conductual TCC la cual es una actividad terapéutica de carácter psicológico, en sus inicios basada en la psicología del aprendizaje; en la actualidad parte de sus intervenciones fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia. La intervención de la TCC tiene como objetivo el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adecuadas (Ruiz, Díaz , y Villalobos, 2012).

La terapia cognitiva conductual es un modelo de tratamiento que surgió por la unión de dos grandes teorías de la psicología, la misma que es utilizada para el mejoramiento de los pacientes que padecen de trastornos mentales, mediante la ayuda oportuna para que el paciente cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas y así pueda superar las dificultades que presenta en su diario vivir en situaciones específicas (Puerta y Padilla, 2011).

En la actualidad la terapia cognitiva-conductual se evidencia como uno de los tratamientos más utilizados en cuanto a tratar problemas y dificultades centrados en el aquí y el ahora, es decir se enfoca de manera directa en trabajar lo irracional y las distorsiones cognitivas del paciente con la finalidad de brindar solución a sus problemas mediante el cambio conductual, cognitivo y emocional; así mismo Londoño (2017), alude que este tipo de tratamiento es muy eficaz porque abarca dos modelos con una trayectoria muy amplia por su parte el cognitivo que se centra en la identificación de los esquemas y procesos mentales y el conductual que por ende se enfoca en la conducta externa y en los procesos del aprendizaje los mismos que en unión pretenden modificar la forma en que piensan las personas.

Entre las técnicas consideradas para trabajar en el tratamiento de las creencias o ideas irracionales del miedo hablar en público y ser juzgados negativamente tenemos las siguientes:

*Psicoeducación:* esta técnica consiste en informar al paciente acerca de un tema o varios en específico de acuerdo al motivo de consulta o a su vez despejar posibles inquietudes que se presenten durante el proceso terapéutico, para ello se requiere que el terapeuta hable con claridad y se exprese en un lenguaje no muy técnico con la finalidad que exista una adecuada comprensión de la información brindada ya sea al paciente o sus familiares (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016).

*Técnica de respiración:* la respiración diafragmática o abdominal consiste en que el paciente ya sea en una postura sentado o tumbado lleve aire a la parte inferior de los pulmones, utilizando los músculos del diafragma, esto mediante la inhalación de aire lentamente a través de las fosas nasales y posterior a ello la exhalación del aire lentamente por la cavidad bucal semicerrada, a través de esta actividad se pretende oxigenar a todo el cuerpo permitiendo que funcione correctamente.

*Técnica de relajación muscular:* para realizar esta técnica el paciente tiene que estar cómodo y aflojado todo su cuerpo mientras realiza una respiración profunda, se puede trabajar la tensión en cuatro grupos musculares (extremidades superiores, cara y cuello, espalda- hombros y



abdomen y extremidades inferiores), mediante esta técnica que tiene como objetivo disminuir la activación fisiológica, a través de las contracciones musculares la persona se relaja e inhibir la angustia provocada por las situaciones que le generan ansiedad, estrés o tensión ya sean física o mental (Soto, Soto, Pérez, Hernández, y Gastélum, 2018) (Fonseca D'El Rey y Pacini, 2006).

*Debate o diálogo socrático:* este método consiste en entablar un diálogo entre paciente y terapeuta con el objetivo de que sea el paciente mismo quien sea capaz de profundizar en su propia psique, a través de la ayuda del profesional quien con una serie de preguntas y utilizando la ironía guía al paciente a la reflexión de sus problemas y así seguir trabajando en una solución (Rossem, 2011).

*Detención del pensamiento:* es una técnica de autocontrol efectiva para evitar los pensamientos no deseados que están presentes en el paciente, lo cual le impiden llevar una vida tranquila ya que ocasionan sensaciones desagradables, afectado así el estado emocional de la persona, para desarrollar esta técnica el paciente debe concentrarse en los pensamientos desagradables y luego de experimentarlos interrumpir los pensamientos mediante órdenes como por ejemplo: alto, para, stop o a su vez propinarle una palmada, pellizco, etc., cualquiera de estos estímulos se los pone en marcha cada 2 min, esta actividad con el tiempo ayudará a erradicar los pensamientos negativos (González, 2004).

*Técnicas de Exposición imaginaria y en vivo:* estas tienen como finalidad afrontar de manera sistemática y deliberada determinadas situaciones que le ocasione a la persona algún tipo de malestar, temor, angustia o ansiedad, para llevar a cabo esta actividad el paciente debe afrontar de manera gradual el objeto o situación estresora ya sea esta imaginariamente o en vivo, de tal manera que se vaya reduciendo significativamente la emoción negativa y se pierda el miedo que ocasiona (Fonseca D'El Rey y Pacini, 2006).

*Autorregistros:* esta técnica nos permite conocernos y entendernos de mejor manera esto gracias a el paciente puede ir realizar un registro constante de las actividades diarias en una libreta, donde puntualiza lo que sucede, lo que piensa, lo que siente y que hace al respecto, de esta forma la persona analiza cada uno de sus acciones tomando conciencia del comportamiento que manifiesta ante situaciones determinadas y como se involucra su estado emocional, para luego trabajar en la disminución de pensamientos negativos e incrementar la posibilidad de llevar una vida más plena (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012, p. 387-388).

*Resolución de problemas:* esta técnica pretende producir consecuencias positivas para la vida del paciente a través de la identificación o descubrimiento de medios efectivos para resolver los problemas, esta técnica se trabaja mediante un procedimiento que consta de cinco pasos: orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones por último puesta en práctica y verificación de resultados (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012, p. 439)

*Reestructuración cognitiva:* es una estrategia la cual está destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, a través del diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. Dentro de esta terapia el cliente con la ayuda inicial del terapeuta, identifica y cuestiona sus pensamientos desadaptativos, de manera que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por las ideas irracionales acerca del miedo a hablar en público (Amodeo, 2017).

Por ende se quiere implementar un tratamiento que consiste en un total de 16 sesiones de 45 a 60 min de duración, las mismas que estarán programadas entre una o dos sesiones por semana dependiendo de los requerimientos de la problemática:

Sesión 1-2: Se realizará la técnica de psicoeducación donde se brindará información sobre el proceso terapéutico, las técnicas a utilizar y los objetivos que se plantearán durante el proceso terapéutico y un posible calendario de las siguientes consultas (25 min), se continúa con la ejecución de la técnica de respiración y relajación muscular progresiva de Jacobson con el objetivo de disminuir su activación fisiológica en las situaciones ansiógenas para ello el paciente debe seguir las indicaciones generales del terapeuta y posterior a ello ponerlo en práctica fuera de consulta (25 min).

Sesión 3- 4- 5: se realiza la técnica de autorregistro donde el paciente tomará nota de los pensamientos negativos que posee con la finalidad de sustituirlo por uno más objetivos (15 min) además esta técnica es una tarea para casa, después se trabaja con la técnica de la flecha descendente con el objetivo de identificar y reflexionar sobre las creencias irracionales que posee el paciente a través de una serie de preguntas encadenadas (30 min), se finaliza con la técnica de detención del pensamiento con el objetivo de disminuir los pensamientos distorsionados del paciente mediante el estímulo (20 min).

Sesión 6- 7- 8: Se realiza un diálogo socrático con el paciente acerca de la tarea que se envió a casa en la sesión anterior y también se realiza psicoeducación con las técnicas a utilizar a continuación (10 min), se continúa con la técnica de Discusión y debate de creencias: Análisis

y evaluación empírica con el objetivo de analizar la lógica de las creencias irracionales y posteriormente modificarlas (30 min), posteriormente se emplea la técnica de apelar a consecuencias negativas y positivas con la finalidad de reflexionar sobre los pensamientos negativos o positivos que posee el paciente respectivamente y eliminarlos o fortalecerlos dependiendo el caso (30 min).

Sesión 9- 10: Se realizará la técnica de resolución de problemas con la finalidad de buscar y solucionar las dificultades que ocasionan malestar en la vida del paciente (30 min), posteriormente se trabaja con la técnica de reestructuración cognitiva con la finalidad de reemplazar los pensamientos irracionales del paciente sobre su temor al miedo a equivocarse y que las personas emiten juicios de valor hacia ella de tal manera que pueda superar y cambiar sus ideas por una más positivas (20 min), y para finalizar se realiza un ensayo conductual para poner en práctica las conductas adecuadas bajo un contexto controlado mediante el role-playing (20 min).

Sesión 11- 12- 13: Se realiza un diálogo socrático para conocer cómo le fue en la tarea encomendada (10 min), también, se continúa con la técnica de entrenamiento asertivo con el objetivo de prender y poner en práctica las estrategias adecuadas ante una situación de ansiedad (20 min), a continuación se ejecuta la técnica de exposición imaginaria con la finalidad de modificar los pensamientos irracionales del miedo a través de la imaginación (20 min), además se trabajará con la técnica de respiración diafragmática para reducir los síntomas de tensión, ansiedad o estrés del paciente (5 min), otra de las técnicas a trabajar es la de exposición en vivo con la finalidad de poner en marcha las técnicas aprendidas con anterioridad enfrentando la situación temida (25 min).

Sesión 14- 15: Se realizará una exposición en vivo donde se pone en evidencia las técnicas aprendidas a través de la exposición en vivo de la situación temida, esta actividad se envía como tarea para casa (30 min), también se realiza una autoevaluación de los frutos adquiridos durante el proceso terapéutico (20 min), se complementa con la técnica de autorreforzamiento positivo con la finalidad que el paciente adquiera conciencia de sus logros y aprenda a motivarse (10 min).

Sesión 16: Se realiza una retroalimentación sobre los avances y mejoras que ha tenido el paciente durante el proceso terapéutico, con la finalidad de conocer cómo se sintió el paciente al enfrentar cada uno de sus temores (35 min), también se aplica la técnica de Reforzamiento positivo donde se elogia los logros, metas u objetivos cumplidos, con la finalidad que el

paciente se sienta motivado a llevar una vida plena sin desarrollar pensamientos desadaptativos (10 min); se da por finalizado el proceso terapéutico y posteriormente se realiza un seguimiento para corroborar los avances.

## **CONCLUSIONES**

Las creencias irracionales son ideas negativas que distorsionan la realidad, estas acompañan a la persona a lo largo de toda su vida desencadenándose en emociones inadecuadas como ansiedad, miedo, depresión, entre otros, además de inferir en el logro de sus metas personales, convirtiéndose en su gran mayoría en una amenaza en el desarrollo psicofisiológico del individuo obstruyendo su bienestar emocional y las relaciones interpersonales, académicas y laborales en su diario vivir.

Se determina que el enfoque cognitivo conductual, es uno de los tratamientos más óptimos para trabajar en la disminución de las creencias irracionales debido a su eficacia y su gran aporte enfocado en cambiar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas, esto mediante la gran variedad de técnicas y herramientas que propone con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente en un tiempo no muy lejano.

Actualmente existen muchos medios de información que permiten la contrastación de resultados eficaces entre un sin número de casos, los cuales presentan técnicas adecuadas para el logro de los objetivos planteados dentro de un plan terapéutico además de brindar estrategias de afrontamiento ante la problemática con la finalidad que el paciente no deserte en el proceso y culmine con éxito el mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amodeo Escribano, S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. *Katharsis*(23), 166-176.
- Bedoya Dorado, C., & Velásquez Fernández, A. (2014). Análisis de la Incidencia del Miedo en la Organización Desde la Perspectiva Psicobiológica. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 351-362.
- Cejudo Navarro , M. (2015). CUANDO TODOS ME MIRAN... CASO DE FOBIA A HABLAR EN PÚBLICO DE ORIGEN TRAUMÁTICO. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* , 3(5), 1-30.
- Coppari de Vera, N. (2008). Estudio Descriptivo y Correlacional sobre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en estudiantes de psicología. *Eureka*, 44-59.
- Cossini, F., Rubinstein, W., & Politis, D. (2017). ¿CUÁNTAS SON LAS EMOCIONES BÁSICAS? ESTUDIO PRELIMINAR EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES SANOS. *Anuario de Investigaciones*, XXIV, 253-257.
- Dávila, W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Bilbao*, XII(49), 58-64.
- Ellis, A. (1985). Expanding the ABCs of RET. *Cognition and psychotherapy*, 313-323.
- Ferrel Ortega, F., González Ortiz, J., & Padilla Mazeneth, Y. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos y creencias irracionales en un grupo de homosexuales masculinos, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicología desde el caribe*, 30(1), 36-66.
- Fonseca D'El Rey, G. J., & Pacini, C. A. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas *Psicologia em Estudo*. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 269-275.
- González Salazar, I. (2004). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*(41), 27-32.
- Londoño Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*(33), 139-145. doi:<https://doi.org/10.21501/16920945.2504>

- Maldonado, I., & Reich, M. (2013). ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS A NIVEL DE GRADO. *Ciencias Psicológicas*, 165 - 182.
- Medrano, L. A., Galleano, C., Galera, M., & del Valle Fernández, R. (2010). CREENCIAS IRRACIONALES, RENDIMIENTO Y DESERCIÓN ACADÉMICA EN INGRESANTES UNIVERSITARIOS. Lima, Perú: Liberabit.
- Montiel-Castillo, V. E., & Guerra-Morales, V. M. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335.
- Nagy, J. (2014). Miedo Escénico. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 1-5.
- Piqueras Rodríguez, J., Ramos Linares, V., Martínez González, A., & Oblitas Guadalupe, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Polo Vargas, J. D., Santiago Briñez, V., Navarro Segura, M. C., & Alí Nieto, A. (2016). Creencias irracionales, síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones. *Psicogente*, 19(35), 148-160.
- Puerta Polo, J., & Padilla Díaz, D. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del Arte. *Facultad de Ciencias de la Salud*, 251-257.
- Retana Franco, B., & Sánchez Aragón, R. (2016). APRENDIENDO A REGULAR EL MIEDO: EVALUACIÓN DE UN TALLER PARA ADULTOS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 21-38.
- Rossem, K. v. (2011). ¿Qué es un Diálogo Socrático? *Revista Digital del Centro de Profesores de Alcalá de Guadaíra*, 1(9), 1-9.
- Ruiz Fernández, M., Díaz García, M., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Soto, J. L., Soto, C. A., Pérez, J. G., Hernández, J. A., & Gastélum, G. (2018). Relajación muscular y depresión en pacientes con esclerosis múltiple: estudio de caso múltiple. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 19(1), 1- 7.

Tron-Álvarez, R., Bravo-González, M. C., & Vaquero-Cázares, J. E. (2014). Evaluación y correlación de las autoverbalizaciones y el miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 13-18.

## ANEXOS

### Anexo 1. Reactivo práctico

#### Parte práctica

#### Asignatura 3457

#### PSICOTERAPIA II

#### Reactivo práctico 10090

A Erika le aterra hablar en público, su temor es el miedo a equivocarse y que las personas emitan juicios de valor hacia ella

Argumente con bases científicas sobre las creencias irracionales; como tratarlas: desarrolle un plan estratégico de intervención terapéutico

Fuente de consulta

En base a documentos, textos científicos y demás documentos argumente el problema a resolver. Fundamentar

Preguntas a resolver

¿Qué factores influyen en el temor y miedo a equivocarse: creencias irracionales y como estas inciden en el normal desarrollo de la persona. ¿Qué procesos de intervención aplicaría? desarrolle un plan terapéutico para erradicar o mejorar estos temores.



**Anexo 2. Plan Terapéutico**

SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO	TIEMPO	ACTIVIDADES
1	<b>Psicoeducación</b>	Orientar al paciente con información sobre la problemática que presenta y pueda generar consciencia de la misma.	25 min	El profesional se encarga de brindar información relevante sobre las creencias irracionales y cómo estas influyen en el desarrollo personal, y de tal forma generar consciencia de la misma; por último se despejan dudas que padezca sobre la información proporcionada.
	<b>Respiración diafragmática</b>	Reducir los síntomas de tensión, estrés o ansiedad que tenga el paciente.	25 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones generales.</li> <li>• Colocar al paciente en un espacio tranquilo, adoptando una postura cómoda.</li> <li>• La respiración se realiza de 3 a 5 veces en lapsos de 30 seg.</li> <li>• El terapeuta orienta con su voz durante todo el proceso.</li> <li>• Socializar la experiencia de la técnica.</li> </ul>
2	<b>Psicoeducación</b>	Informar al paciente sobre las técnicas a utilizar y los objetivos a cumplir durante el proceso terapéutico.	25 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar al paciente sobre las técnicas a utilizar durante el proceso terapéutico, a través de un lenguaje apropiado.</li> <li>• Despejar dudas e inquietudes respecto a las mismas.</li> </ul>
	<b>Relajación muscular progresiva de Jacobson</b>	Reducir la tensión física y/o mental del paciente y encontrar un estado de calma.	25 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brinda instrucciones generales de la técnica.</li> <li>• Se adecua el espacio de trabajo.</li> <li>• El pcte, en posición recostada y a la voz del terapeuta debe ir realizando la contracción de los músculos uno a uno con una duración de 5 seg. por cada uno, empezando por los cabeza hasta terminar con la pies.</li> <li>• Se socializa la experiencia de la actividad.</li> <li>• Se envía para casa poner en práctica la técnica, por lo menos dos veces al día en situaciones donde presente un estado de ansiedad o estrés elevado que le generen malestar.</li> </ul>
3	<b>Diálogo socrático</b>	Constatar la práctica de la tarea encomendada en la sesión anterior.	10 min	Mediante el diálogo ameno se pregunta al paciente cómo le fue con la técnica, si tuvo alguna dificultad y cómo se sintió respecto a la ejecución de la misma.

	<b>Evaluación mediante cuestionario</b>	Identificar los esquemas complejos que acompañan al paciente a través de la aplicación de un cuestionario.	15 min	A través de la aplicación de un cuestionario evaluar e identificar las creencias disfuncionales las cuales sirvan de base para contrastarlas más adelante con la técnica de autorregistros.
	<b>Autorregistros</b>	Detallar los pensamientos negativos presentes en el paciente mediante el registro de los mismos.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brinda al paciente indicaciones generales de la técnica.</li> <li>• Se proporciona el material de anotaciones donde se plasma previamente un cuadro donde el pct. ubicará: fecha, lugar, qué está haciendo, que está pensando, que siente, cómo se comporta, intensidad del pensamiento.</li> <li>• Psdt: se indica que esta actividad se realizará en casa y en la siguiente sesión se constatarán avances.</li> </ul>
4	<b>Revisión de Autorregistro</b>	Analizar los pensamientos negativos que el paciente describió en el registro diario.	15 min	Mediante el diálogo socrático se realiza la socialización de la tarea envía a casa en cuanto a cómo le fue con la misma y si tuvo inconvenientes. Se le anima al paciente a continuar con los registros diarios de los pensamientos irracionales.
	<b>Flecha descendente</b>	Adquirir mediante la identificación y reflexión las creencias irracionales que posee el paciente.	30 min	El terapeuta realiza una serie de preguntas encadenadas hasta llegar a las creencias disfuncional, mediante este proceso se debe ir analizando cada una de las creencias básicas con la finalidad que el paciente flexione sobre sus ideas irracionales.
	<b>Respiración diafragmática</b>	Disminuir la activación fisiológica para conseguir la autorregulación emocional del paciente.	5 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en un espacio tranquilo, adoptando una postura cómoda.</li> <li>• La respiración se realiza de 3 a 5 veces en lapsos de 30 seg.</li> <li>• El terapeuta orienta con su voz durante todo el proceso.</li> </ul>
5	<b>Autorregistro - Debate socrático</b>	Evaluar el progreso de la actividad y verificar la permanencia de pensamientos negativos	10 min	El terapeuta realiza un diálogo socrático para verificar el cumplimiento de la tarea sobre el registro de los pensamientos irracionales. Posteriormente se lleva a cabo el análisis de los pensamientos negativos los cuales se han registrado con anterioridad, además se complementa con la técnica de perspectiva histórica.

	<b>Perspectiva histórica</b>	Indagar en qué momento de su vida se presentaron estos pensamientos negativos.	20 min	A través de un conversatorio se indaga los inicios de estas creencias irracionales, las causas, intensidad y las consecuencias que le han producido en las diferentes actividades de su vida.
	<b>Detención del pensamiento</b>	Disminuir los pensamientos distorsionados del paciente mediante el estímulo.	20 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones generales de la técnica.</li> <li>• En un ambiente tranquilo el pcte. va a realizar una lista de pensamientos que estén afectando su estado mental.</li> <li>• Luego se establece un estímulo verbal (para, alto, stop) o físico (palmada, pellizco) lo cual ayudará a desviar la atención, esto se la realiza en intervalos de 1 o 2 min.</li> <li>• Se puede complementar con otras actividades agradables.</li> <li>• Socializar la experiencia respecto a la técnica ejecutada.</li> <li>• Se recomienda poner en práctica la técnica antes trabajada.</li> </ul>
6	<b>Dialogo socrático</b>	Conocer cómo le fue al paciente en la ejecución de la tarea.	10 min	A través del diálogo se indaga cómo le fue al paciente en cuanto a la técnica de detención del pensamiento, si tal vez tuvo algún inconveniente o le resultó fácil.
	<b>Discusión y debate de creencias: Análisis y evaluación empírica</b>	Analizar la lógica de las creencias irracionales y posteriormente modificarlas.	30 min	El paciente manifestara premisas de acuerdo a las ideas irracionales que posee y es en ese momento que el terapeuta trata de mostrar que sus pensamientos no son precisamente eso haciendo caer en cuenta al paciente, para ello se debe analizar cómo fue que llegó a esa creencia esto se lleva a cabo a través de ejemplos universales.
	<b>Respiración diagnóstico</b>	Disminuir los síntomas de tensión o ansiedad en el paciente	5 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al pcte en un espacio tranquilo.</li> <li>• La respiración se realiza de 3 a 5 veces en lapsos de 30 seg.</li> <li>• El terapeuta orienta con su voz durante todo el proceso.</li> <li>• Se socializa la experiencia de la actividad.</li> </ul>
7	<b>Discusión y debate de creencias: apelar a consecuencias negativas</b>	Reflexionar sobre los pensamientos negativos que posee el paciente.	30 min	El terapeuta explica al paciente las consecuencias negativas de sus ideas irracionales sobre sí mismo y cómo estas repercuten en su vida, con eso se pretende que el cliente tome consciencia de lo que dice y sustituya o elimine dichas creencias.

	<b>Relajación muscular progresiva de Jacobson</b>	Disminuir los síntomas de tensión o estrés que presente el paciente.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se adecua el espacio que sea un lugar tranquilo.</li> <li>• Se solicita al paciente, se recueste o esté lo más relajado, dentro de la actividad se puede complementar con música instrumental, y aromatizantes para hacer más ameno la ejecución de la técnica.</li> <li>• A la voz del terapeuta el pcte. debe ir realizando la contracción de los músculos uno a uno empezando por los pies hasta terminar con la cabeza.</li> <li>• Se socializa la experiencia de actividad.</li> </ul>
8	<b>Discusión y debate de creencias: apelar a consecuencias positivas</b>	Reflexionar sobre los pensamientos positivos que posee el paciente.	30 min	El terapeuta explica y enseña al paciente como extraer las ideas positivas de sus creencias sobre sí mismo y como estas ayudaran a mejorar su calidad de vida, con eso se pretende que el cliente tome consciencia de lo que dice y siga trabajando en dichas creencias.
	<b>Imaginación racional emotiva</b>	Sustituir las emociones negativas por unas más apropiadas.	15 min	El terapeuta pide al paciente que trate de imaginar una situación determinada que le cause malestar o perturbación y luego que identifique una emoción negativa trate de cambiarla por otra más apropiada o moderada, modificando para ello las creencias irracionales que acompañan a la emoción, mediante la ejecución de la actividad se pide al paciente que describa los pensamientos que va adquiriendo. Se recomienda poner en práctica esta técnica en casa.
9	<b>Debate socrático</b>	Conocer cómo le fue al paciente en la ejecución de la tarea.	10 min	A través del diálogo se indaga cómo le fue al paciente en cuanto a la técnica de Imaginación racional emotiva, si tal vez tuvo algún inconveniente o le resultó fácil.
	<b>Resolución de problemas</b>	Buscar y solucionar las dificultades que ocasionan malestar en la vida del paciente.	30 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionamos las ideas irracionales más significativas se puede basar en las ideas puntualizadas anteriormente en el autorregistro.</li> <li>• Analizamos las mismas, se proponen alternativas de cambio y se genera un plan de acción.</li> <li>• Se generan críticas positivas para la sustentación de las mismas.</li> <li>• Se envía como tarea a casa la práctica de la actividad.</li> </ul>

	<b>Respiración diafragmática</b>	Reducir los síntomas de tensión, ansiedad o estrés del paciente.	5 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al pcte en un espacio tranquilo.</li> <li>• La respiración se realiza de 3 a 5 veces en lapsos de 30 seg.</li> <li>• El terapeuta orienta con su voz durante todo el proceso.</li> <li>• Se socializa la experiencia de la actividad.</li> </ul>
10	<b>Diálogo socrático</b>	Indagar cómo le fue al paciente en la ejecución de la tarea.	10 min	A través del diálogo se indaga cómo le fue al paciente en cuanto a la técnica de Resolución de problemas, si tal vez tuvo algún inconveniente en ejecución de la misma o le resultó fácil.
	<b>Reestructuración cognitiva</b>	Reemplazar los pensamientos irracionales del paciente sobre su temor al miedo a equivocarse. modificar los pensamientos irracionales y como efecto cambiará la conducta	20 min	El terapeuta entabla un diálogo ameno con el pacte y cuando este verbalice expresiones absurdas, el terapeuta ofrece un cuestionamiento saludable. Para ello primero se realiza la autoevaluación del pcte acerca de su comportamiento, luego identificar las creencias irracionales, después buscar alternativas de solución mediante la modificación de los pensamientos y como último paso aplicar esas ideas.
	<b>Ensayo conductual</b>	Poner en práctica las conductas adecuadas en un contexto controlado.	20 min	Brindar indicaciones generales. Cuando el pacte ya tiene claro cuáles son las conductas adecuadas y cómo manejarlas se pretende que las ponga en práctica mediante el role-playing, esto le ayuda a la retención de las técnicas aprendidas. Se envía como tarea a casa.
11	<b>Debate socrático</b>	Socializar los beneficios obtenidos en la aplicación de técnica.	10 min	A través del diálogo se indaga cómo le fue al paciente en cuanto a la técnica de ensayo conductual, si tal vez tuvo algún inconveniente en ejecución de la misma o le resultó fácil.
	<b>Entrenamiento asertivo</b>	Aprender y poner en práctica las estrategias adecuadas ante una situación de ansiedad.	20 min	Se brinda información general de la técnica, se enseña al paciente conductas específicas que debe poner en constante primordialmente en las situaciones temidas con la finalidad de superar los temores adquiridos.
	<b>Exposición imaginaria</b>	Modificar los pensamientos irracionales del miedo a través de la imaginación.	20 min	Se solicita al pcte que recree una situación a la cual teme enfrentarse, y cuando sienta una emoción negativa trate de contrarrestarla con una positiva, sin dejar o desertar de la actividad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializamos como se sintió el paciente respecto a la actividad.</li> <li>• Se envía como tarea para casa.</li> </ul>

12	<b>Debate socrático</b>	Conocer cómo se sintió el paciente al realizar la actividad frente a uno de sus temores.	10 min	A través del diálogo se indaga cómo le fue al paciente en cuanto a la técnica de exposición en imaginaria, si tal vez tuvo algún inconveniente en ejecución de la misma o le resultó fácil.
	<b>Exposición imaginaria</b>	Permitir que el paciente enfrente mediante la exposición imaginaria la situación temida.	25 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste que el pcte que recree una situación a la cual teme enfrentarse y sea capaz de mantenerse en esa situación sin dejar o desertar de la actividad, se contrarresta con técnicas positivas.</li> <li>• Se pide al pcte que ponga en práctica la actividad.</li> </ul>
	<b>Respiración diafragmática</b>	Reducir los síntomas de tensión, ansiedad o estrés del paciente.	5 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al pcte en un espacio tranquilo.</li> <li>• La respiración se realiza de 3 a 5 veces en lapsos de 30 seg.</li> <li>• El terapeuta orienta con su voz durante todo el proceso.</li> <li>• Se socializa la experiencia de la actividad.</li> </ul>
13	<b>Debate socrático</b>	Conocer cómo le fue en la tarea encomendada.	10 min	A través del diálogo se indaga cómo le fue al paciente en cuanto a la técnica de exposición en imaginaria, si tal vez tuvo algún inconveniente en ejecución de la misma o le resultó fácil.
	<b>Exposición en vivo</b>	Poner en marcha las técnicas aprendidas con anterioridad enfrentando la situación temida.	25 min	El paciente debe poner en evidencia todas las técnicas y herramientas aprendidas en las sesiones anteriores, durante la exposición directa ante la situación u objeto temido, procurando mantenerse lo más tranquilo posible y no desertar en la ejecución de la actividad. Se envía como tarea a casa.
	<b>Relajación por imaginación</b>	Permitir al paciente simular una situación temida acompañada de un estado de relajación.	10 min	Se da instrucciones para la respiración: con los ojos cerrados, imagina un lugar natural que le permita mantenerse relajado, recorrer el entorno con todos sus sentidos y al cabo de unos minutos, hacer que este entorno se desvanezca lentamente, mientras su atención vuelva a centrarse.
14	<b>Debate socrático</b>	Conocer cuáles son los beneficios obtenidos hasta el momento respecto a las técnicas.	10 min	Se realiza un conversatorio con el paciente respecto al plan terapéutico que se puso en marcha, y como considera los resultados que se han adquirido hasta el momento.
	<b>Exposición en vivo</b>	Poner en evidencia las técnicas aprendidas a través de la exposición en vivo de la situación temida.	30 min	Consiste en que el paciente entre en contacto con aquello que le genera malestar y se mantenga sin hacer conductas de evitación o escape y resistiendo hasta que el malestar emocional haya desaparecido; se recomienda practicar en casa en compañía de familiares o amigos.

	<b>Reforzamiento positivo</b>	Reforzar aquellos logros y conductas positivas adquiridas.	5 min	El terapeuta mediante halagos refuerza los comportamientos, cogniciones y emociones adaptativas para que estos se mantengan a corto y largo plazo, mejorando así la calidad de vida del paciente.
15	<b>Autoevaluación</b>	Evaluar los frutos adquiridos durante el proceso terapéutico.	20 min	En esta actividad el paciente va a manifestar mediante un diálogo socrático, sus sentimientos e ideas respecto a la ejecución de las técnicas y los avances que ha logrado adquirir durante el proceso terapéutico y cómo estos han influido en la mejora de sus creencias irracionales.
	<b>Autorreforzamiento</b>	Permitir que el paciente adquiera consciencia de sus logros y aprenda a autorreforzarse	10 min	El terapeuta muestra la importancia de aprender a autorreforzarse mediante verbalizaciones, tras alcanzar las conductas o emociones deseadas por el propio paciente. Asimismo, se recomienda ponerla en práctica fuera de consulta.
	<b>Preparación de afrontamientos futuros</b>	Enfocar al paciente a una visión positiva del tratamiento.	15 min	Se ayuda al paciente a reflexionar sobre las creencias irracionales y como ellas no poseen tanto poder sobre el mismo si se las trabaja con la finalidad de erradicarlas. También se prepara un plan de mantenimiento a largo plazo luego de finalizar el tratamiento el cual se debe poner en práctica durante el tiempo que el paciente lo requiera.
16	<b>Retroalimentación</b>	Puntualizar los avances y mejoras que ha tenido el paciente durante el proceso terapéutico	35 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza preguntas puntuales por ejemplo:</li> <li>• ¿Cómo se ha sentido al realizar las técnicas?</li> <li>• ¿Qué dificultades ha evidenciado?</li> <li>• ¿Cómo le están ayudando las técnicas?</li> <li>• ¿Ud. considera que existen cambios favorables en su vida por la intervención psicológica?, etc.</li> </ul>
	<b>Reforzamiento positivo</b>	Reforzar en el paciente sus logros alcanzados durante el proceso terapéutico.	10 min	Mediante reforzamientos positivos verbales se halaga los logros, metas u objetivos planteados al inicio de la terapia y por ende que han sido cumplido a cabalidad, con la finalidad que el paciente se sienta motivado a llevar una vida plena sin desarrollar pensamientos desadaptativos o pueda enfrentarlos por sí mismo.