

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica



ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: FOBIA SOCIAL

Trabajo Académico presentado por el Ps.:

Riveros Borda, Franklin Eduardo

para optar el Título de Segunda Especialidad
en Psicología Terapéutica

Asesor: Mgter. Puma Huacac, Roger

Arequipa – Perú

2019

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

VISTO

EL BORRADOR DEL TRABAJO ACADÉMICO TITULADO:

"ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE FOBIA SOCIAL "

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR el LICENCIADO

FRANKLIN EDUARDO RIVEROS BORDA

Del Dictamen:

Aprobado, para o sustentación

Observaciones:

Arequipa, 16 de octubre del 2019


.....
MGTER. FLOR VILCHES VELÁSQUEZ


.....
MGTER. ROGER PUMA HUACAC


.....
MGTER. GUILLERMO ESCOBAR CORNEJO

Presentación

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA DE AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

SEÑORA DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Tengo el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el Trabajo Académico para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad de Psicología Terapéutica, esperando que vuestra justa apreciación evalúe el esfuerzo realizado. Esperó cumplir con los requerimientos del reglamento vigente.

Arequipa, 2019

Psicólogo:

Franklin Eduardo Riveros Borda

A la memoria de mis abuelos, Hernán y Nelly, a la memoria de mi primo, Alejandrino, quienes llenaron mi vida de sentido, alegría, y fortaleza con su presencia.

A mi madre, María Carmen Lupe, a mi esposa, Nardy y a mi hija, Valentina, por su interés, motivación y confianza.



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional

A mi familia, por el apoyo y confianza en cada momento de mi vida.

A mi asesor, miembros del jurado y autoridades de la Segunda Especialidad en Psicología

Terapéutica por su guía y enseñanza.

A Fabiana, por autorizar la presentación de su caso clínico y por la confianza depositada en mi persona.



Resumen

Se presenta el caso de una adolescente de 16 años que consultó por ataques de pánico que comenzaron hace 5 meses antes de acudir a terapia y que se agudizaron en el mes previo a la consulta. Tras la entrevista y evaluación psicológica se consideró que se trataba de un caso de Fobia Social. Los ataques de ansiedad eran desencadenados por situaciones sociales. Se aplicó a lo largo de 25 sesiones un tratamiento cognitivo conductual que incluyó autorregistro, entrenamiento en respiración controlada, relajación progresiva, reestructuración cognitiva, exposición en vivo, y entrenamiento en habilidades sociales. En el presente estudio de caso único se planteó bajo las líneas de la investigación de la psicología aplicada, donde se desea comprobar los efectos de una intervención específica, para lo cual se utilizó el diseño univariable multicondiconal ABA. Las puntuaciones obtenidas en las escalas post test indicaron una mejoría clínicamente significativa.

Palabras claves: fobia social, tratamiento cognitivo conductual, exposición en vivo.

Abstrac

We reort a case of a 16-year-old teenager who consulted for panic attacks that began 5 months ago before going to therapy and which worsened in the month prior to the consultation. After the interview and psychological evaluation it was considered that it was a case of Social Phobia. Anxiety attacks were triggered by social situations. A cognitive behavioral treatment that included self-registration, controlled breathing training, progressive relaxation, cognitive restructuring, live exposure, and social skills training was applied over 25 sessions. In the present single case study, it was proposed under the lines of applied psychology research, where it is desired to verify the effects of a specific intervention, for which the ABA multicondiconal univariable design was used. The scores obtained in the post test scales indicated a clinically significant improvement.

Keywords: *social phobia, cognitive behavioral treatment, live exposure.*



Lista de Tablas

Tabla N°1: Trastorno de ansiedad (Fobia Social) – DSM V

Tabla N°2: Fobia social - CIE 10

Tabla N°3: Situaciones interpersonales y de actuación pública comúnmente temidas en la FS

Tabla N°4: Rasgos distintivos de la fobia social y de la timidez

Tabla N°5: Análisis Funcional de la Conducta

Tabla N°6: Psicoeducación

Tabla N°7: Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva

Tabla N°8: Jerarquía de situaciones

Tabla N°9: Reestructuración cognitiva

Tabla N°10: Feedback tras rol play

Tabla N°11: Exposición in vivo (Comprobación de hipótesis empíricas)

Lista de Figuras

Figura N 1: Modelo cognitivo de la fobia social

Lista de Gráficos

Grafico 1: Ansiedad en los tres niveles de ansiedad.

Grafico 2: Ansiedad en las escalas específicas.

Grafico 3: Sistema de pensamiento cuando esta socialmente ansioso.

Grafico 4: Conductas evitativas en contextos sociales.

Grafico 5: Frecuencia de conductas que realiza en situaciones sociales con el fin de controlar su ansiedad.

Grafico 6: Habilidades Sociales.

Índice de Contenido

Presentación	ii
Resumen	v
Abstrac	vi
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Gráficos	viii
Índice de Contenido	ix
Capítulo I.....	1
Marco Teórico.....	1
Introducción	1
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos específicos	7
Antecedentes Teóricos Investigativos.....	8
Revisión Diagnóstica	8
Edad de Aparición y Curso	20
Prevalencia	21

Trastornos Asociados	22
Teoría Cognitiva de la Fobia Social.....	23
Tratamientos Psicológicos	30
Entrenamiento en Relajación	30
Reestructuración Cognitiva.....	33
Exposición en Vivo.....	36
Entrenamiento en Habilidades Sociales	40
Role Plays.....	41
Capítulo II	43
Marco Metodológico.....	43
Diseño para la Evaluación de los Resultados.....	43
Caso Clínico Psicológico	43
Datos Generales	43
Motivo de Consulta	43
Historia de la Enfermedad o del Problema Actual.....	44
Historia del Desarrollo de la Persona.....	46
Etapa Pre-Natal	46
Etapa Natal	47
Etapa Post Natal.	47
Antecedentes Familiares	51

Composición y Dinámica Familiar	51
Antecedentes Patológicos.....	53
Evaluación Conceptualizada de la Persona y sus Problemas.....	53
Resultados de la Evaluación Psicométrica.....	53
Evaluación Clínica Conductual.....	55
Análisis Funcional Conductual	59
Impresión Diagnostica	64
Planificación del Tratamiento	64
Protocolo de Tratamiento.....	65
Capítulo III.....	75
Aplicación del Programa de Intervención y sus Resultados	75
Objetivos Terapéuticos del Programa Articulados a las Técnicas de Intervención	75
Descripción De Los Resultados	77
Discusión.....	84
Conclusiones	88
Bibliografía	89
Guía de trabajo	92

Capítulo I

Marco Teórico

Introducción

La respuesta de ansiedad representa una emoción que en diversas oportunidades es adaptativa para las personas. La ansiedad genera que el individuo esté alerta y reactivo a su contexto, proporcionando un estado necesario de estimulación para enfrentar las diversas situaciones que la persona pueda afrontar. En situaciones de riesgo real, un aumento del nivel de ansiedad puede conllevar a que se afronte de mejor manera la situación y; por ende, un mejor proceso de adaptación. Las conductas desadaptativas se presenta cuando los niveles de ansiedad se intensifican y se mantiene durante tiempos prolongados, y por lo general sin que se evidencie un riesgo o peligro real para la persona, a lo que se conoce como “falsas alarmas” (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Dentro de la definición de ansiedad se establece como un patrón de respuesta emocional, que abarca consideraciones cognitivas que genera malestar, inquietud y angustia; consideraciones de índole físico, que enmarca un alto nivel de excitación del sistema nervioso central; y por último consideraciones o respuesta motoras, que guardan relación con conductas y sentimientos de inadecuación y desajuste en su desempeño. El mecanismo de activación de la respuesta de ansiedad está íntimamente vinculada a los estímulos del entorno (externo) o por estímulos inherentes al sujeto (internos) como ideas, creencias, imágenes, esquemas mentales, etc.; que el individuo interpreta como amenazante generando vulnerabilidad (Fernández y Palmero, 1999).

La ansiedad tiene un componente desadaptativo lo que origina una percepción de incomodidad, los individuos que están dentro de los trastornos de ansiedad pueden llegar a

experimentar sentimientos de incapacidad ligado a fuertes síntomas como taquicardias, dolor precordial, sudoración, falta de aire, temor a perder el control, vértigo, etc; sentimientos intensos que les genera o interfiere con su normal desempeño. Experimentar un nivel intenso de ansiedad es limitante originando que la persona no pueda participar e interaccionar de forma natural y esperada, y con frecuencia da paso a establecer mecanismos inadecuados de seguridad originando conductas de evitación y una sensación de vulnerabilidad (Barlow y Durand, 2001).

En la clasificación de los trastornos de ansiedad podemos encontrar a los trastornos de ansiedad fóbica, y para ser considerados dentro de este apartado clínico debe cumplir los siguientes criterios (Belloch, Sandín y Ramos, 2008): a) La presencia de un temor intenso y descontrolado relacionado con una interpretación de amenaza percibida en el contexto; b) la evitación es una respuesta frecuente y vinculada al miedo intenso; c) la respuesta de ansiedad desadaptativa no tiene argumentos lógicos, es irracional; d) genera limitaciones y nivel significativo de sufrimiento y malestar.

Tomando como referencia al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014), la Fobia Social (FS), descrita también como trastorno de ansiedad social, tiene como criterio determinante la presencia de un temor acucioso, intenso y excesivo como respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales el individuo se ve expuesto a una probable evaluación negativa por parte de las demás personas. En tal sentido el fóbico social teme ser evaluado, comportarse y desempeñarse de un modo vergonzoso y que la personas perciban su ansiedad. Con la finalidad de minimizar o eliminar su ansiedad las personas tiende a evadir o en muchos casos a soportar la ansiedad generando malestar y tensión considerable. Estar expuesto a las situaciones que provocan miedo intenso y niveles altos de ansiedad e incluso ataques de pánico.

La persona con fobia social al anticiparse o exponerse a los eventos sociales, emergen temores consistentes para él, relacionados al escrutinio negativo, a la humillación, al ridículo, a expresar respuestas de ansiedad, que las personas noten su ansiedad, a comportarse de manera inapropiada y ser rechazado. El temor que experimenta se acompaña de respuestas físicas, entre ellas el ruborizarse, presentar temblores, sudoración excesiva. La interpretación de miedo y la activación del sistema autónomo conducen a tratar de evitar las situaciones sociales o gestar conductas de seguridad enfocadas a no experimentar dichas consecuencias. Dentro de las conductas evitativas encontramos el esquivar el contacto visual, planificar los diálogos, pasar desapercibida, hablar poco, etc. En la vida de la persona que transcurre con fobia social se evidencia el malestar significativo y las limitaciones en diferentes áreas de desempeño como social, laboral, personal y económico (Bados, 2009). Se tiene como dato estadístico, que más del 50 % de sujetos que padecen fobia social como diagnóstico primario presentan comorbilidades relacionadas principalmente a trastornos de personalidad evitativas, ansiedad, depresión y consumo de sustancias (Echeburúa, 1995)). En relación a los sujetos que no presentan trastornos, el comportamiento suicida está más presente en la fobia social y mayor prevalencia en fobia social con comorbilidad (Sánchez, y Olivares, 2004).

El propósito de este trabajo académico es presentar el caso clínico de una paciente adolescente con diagnóstico Fobia Social; asimismo, formular un plan de intervención psicoterapéutico desde el modelo cognitivo conductual.

Planteamiento del Problema

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), la incidencia considerada en el mundo por año, en lo que respecta a la fobia social, es al rededor del 7%. La incidencia de este trastorno en niños y adolescente es equiparable a las de los adultos. La frecuencia de incidencia tiende a ir en decremento con respecto a más edad. En estudios donde se considera a toda la población se ha identificado porcentajes preponderantes de ansiedad social en mujeres en relación a los varones, y está diferencia de géneros se acentúa más en la etapa de la adolescencia y adultos jóvenes. En investigaciones relacionadas a población clínica, la estadística de prevalencia teniendo en cuenta el género es equiparable o ligeramente más alta en varones, lo que conlleva a considerar que los roles de género y expectativas sociales cumplen un rol significativo en la explicación de más contacto en buscar por parte de clientes de varones (Bados, 2009).

En el Estudio de Salud Mental realizado en la población peruana (Ministerio de Salud del Perú, 2012 citado en Huamán, 2014), se encontró una prevalencia de 5.1% en relación a la fobia social. Según este mismo estudio, la fobia social exhibía una edad de inicio de 14 años.

Dentro de los trastornos mentales encontrados en el DSM V, la fobia social o trastorno de ansiedad social, se encuentra en el tercer lugar de prevalencia después de la depresión mayor y de la dependencia de consumo de alcohol, lo que indica que es un trastorno de tasas de prevalencia altas (APA, 2014).

Las referencias de epidemiología dan a conocer que la prevalencia de la fobia social tiene sus inicios con mayor incidencia en la adolescencia; y es considerado el trastorno que se diagnostica, en el campo clínico, con mayor frecuencia durante esta etapa de vida (Olivares y Caballo, 2003). Una probable explicación que se considera a la alta tasa de prevalencia en esta etapa, es que, el

adolescente tiende a abandonar su ambiente seguro que representa el hogar y, se enfrenta a nuevos retos y demandas en el futuro relacionados a contextos sociales, sobre todo. Las repercusiones que se pueden evidenciar en los niños y adolescentes son altamente significativas, llegando a limitar en su desempeño escolar, de salud y social. Lo que se refleja en diversos estudios, donde se ha corroborado los perjuicios negativos en lo académico, entendiéndose que lo adolescentes jóvenes con fobia social evitan la participación en clase, la interacción con sus pares y preguntar dudas al docente tanto en público como en privado. La conducta evitativas en relación a estas actividades da paso a que el adolescente tenga un bajo rendimiento académico independiente a sus capacidades, un aspecto relevante de su rendimiento que afectará su futuro; pero en muchas oportunidades extremas se termina por abandonar sus estudios (Bados, 2009).

En lo que concierne al ámbito de la salud existe referencias epidemiológicas que resalta frecuentemente la importancia clínica del trastorno, tanto por su incidencia como por su alta comorbilidad y limitaciones que repercuten en su desarrollo social, de vida y emocional de los adolescentes que padecen este trastorno. Además, se tiene que considerar dos datos relevantes relacionados a la fobia social. El primero, relacionado a su curso, donde se considera que la fobia social no remite en su totalidad, sino que se puede perpetuar y generalizar con el tiempo. El segundo, las consecuencias negativas en la vida de la persona, respecto a su gravedad (Zubeidat, Fernández y Sierra, 2007).

En el mismo sentido, de las repercusiones, la fobia social influye considerablemente en el ámbito laboral, interfiriendo en las interacciones sociales con las personas cuando la circunstancias y las exigencias lo ameriten; además se agrega un profundo malestar subjetivo y un deterioro social, tanto por la pérdida de trabajo, de relaciones sociales, como el uso y gastos

erivados de medicamentos para mermar sus síntomas y de los trastornos adjuntos (Cardona y Heredia, 1991).

Diversos estudios e investigaciones han determinado el inicio de la fobia social en la adolescencia; así como, las repercusiones y consecuencias que conlleva esta patología en el desarrollo de la persona, haciendo hincapié en su curso crónico y generalizado si no se aborda en su momento oportuno; ya que la fobia social tiene una alta incidencia de comorbilidad. Un estudio realizado en Arequipa con adolescente de un centro de Preparación Preuniversitaria encontró que en 14.7% tenían claros indicadores de padecer Fobia Social. (Huamán, 2014)

Por lo expuesto es de suma relevancia la detección e intervención psicoterapéutica; que nos permitiría actuar frente a la condición que genera ansiedad, con el objetivo de proporcionar una gama amplia de probabilidades para minimizar su impacto negativo en la infancia y la adolescencia.

Además, la intervención psicoterapéutica basada en la terapia cognitivo conductual es la que más eficacia ha demostrado en el tratamiento de Fobia Social. La intervención actual se ha centrado fundamentalmente en corregir y cambiar el contenido de sus cogniciones; así como la forma de procesar la información estimular. Basándose en la aplicación de un plan terapéutico cognitivo conductual. Es por ello que se ha propuesto en este estudio de caso clínico determinar ¿Cuál es eficacia de la intervención psicoterapéutica de corte cognitivo conductual para el tratamiento de un caso de fobia social?

Objetivos

Objetivo General

- Disminuir los niveles de ansiedad y facilitar la mejoría en el desempeño personal en las situaciones sociales; corrigiendo las falsas valoraciones y creencias de la amenaza social y vulnerabilidad personal.

Objetivos específicos

- Diseñar un programa de intervención psicoterapéutico de acuerdo a la casuística y modelo cognitivo conductual.
- Disminuir los niveles de ansiedad en los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.
- Modificar el sistema de creencias sobre la vulnerabilidad personal ante situaciones sociales.
- Disminuir las conductas evitativas y defensivas para favorecer interacciones sociales adecuadas.

Antecedentes Teóricos Investigativos

Revisión Diagnóstica

El rasgo principal de la fobia social es un “miedo acusado y persistente a las situaciones sociales o actuaciones públicas por temor a que resulten embarazosas” (DSM V, 2014, p 203). Aunque las respuestas de ansiedad sean semejantes a la mayoría de los individuos cuando se encuentran en situaciones nuevas, desconocidas o circunstancias social- evaluativas como una exposición, la persona fóbica sociales advierte frecuentemente un miedo o temor intenso, también ocurre cuando incluso cuando predice la posibilidad de exponerse a situaciones sociales semejantes. La ansiedad surge del miedo a la observación y a la evaluación negativa de las personas que desencadena en vergüenza, humillación y sonrojo (Beck, 1985). El origen identificado de la preocupación suele focalizarse en algún aspecto del desempeño como mostrar señales de ansiedad de hablar de forma peculiar, cometer alguna equivocación o actuar de modo vergonzoso (Olivares, 2005). Por ende, el fóbico social se muestra altamente perceptivo de sí mismo y muy autocrítico en las circunstancias sociales que genera temor, esbozando, con insistencia, respuestas inhibitorias automáticas como una postura rígida o tensa, un dialogo oralmente inarticulado, originando un desempeño social perjudicial y el interés inadecuado de las personas.

El trastorno de ansiedad social está íntimamente relacionado a la fobia específica; ya que, el temor sólo se presenta en circunstancias en donde el individuo debe desempeñarse en condiciones sociales donde hay la posibilidad del escrutinio y evaluación por las personas. (Hofmann y Barlow, 2002). El fóbico social que siente una ansiedad intensa en el momento de hablar, comer, escribir o desempeñarse frente a otras personas no presenta dificultades para

realizar tales conductas cuando se encuentra solo o con personas conocidas como familiares o amigos cercanos. Aunque Marks y Gelder (1996) fueron los pioneros en referir el síndrome de ansiedad social, no se consideró un trastorno diferente hasta no ser incluido en el DMS III en 1980 (Bados, 2009). Durante todas las revisiones del DSM los criterios diagnósticos importantes se han establecido, a diferencia del subtipo fobia social generalizada, incorporado en el DSM III TR en 1987 y el diagnóstico diferencial del trastorno de personalidad evitativa (TPE) (Wells y Clark, 1997). Diversos autores (Liebowitz y Heimberg, 2000, citado en Clark y Beck, 2012) han sugerido una nueva denominación, trastorno de ansiedad social, más aún, hay preferencia por mantener el término “fobia social”, porque describe la creciente necesidad a evadir las situaciones que activan la ansiedad que es el criterio clave del trastorno. En la tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos del DSM V para la fobia social:

Tabla 2
Trastorno de ansiedad (Fobia Social)

Criterios Diagnósticos	300.23 – F40.10
A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).	
Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.	

-
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (2014)

De acuerdo al manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento – CIE 10, para el diagnóstico de Fobia Social, debe de cumplir los siguientes criterios (OMS, 2004):

Tabla 2
Fobia Social – CIE 10

Pautas para el diagnóstico
a. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros sí como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. b. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales determinadas. c. La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible. Incluye: Antropofobia. Neurosis social.

Fuentes: OMS (2004)

Miedo a la Evaluación Negativa

La evaluación negativa que genera un temor intenso en la persona es uno de los principales criterios de la fobia social que no sólo se identifica en los enfoques cognitivos del trastorno (Beck, 1985), pero es el pilar del miedo referido y constante a las circunstancias sociales evaluativas que se encuentra en el criterio A del DSM V. Las personas con fobia social tienden a presentar unos niveles elevados de ejecución social, prefiriendo generar una opinión particular en las personas, pero desconfiando de su potencial real para generar tal impacto positivo (Hofman y Barlow, 2002). Aseguran también que atraen la mirada de las personas en los eventos sociales y

viven con temor a que en la interacción social evaluativo se vean descalificados o se sientan incómodos en su desempeño o comportándose como raros, poco capaces o claramente ansiosos (Belloch y Sandin, 2008). Hay diversas pruebas empíricas necesarias que ratifican que el temor o miedo a la percepción y observación negativa es una característica principal de la fobia social (Wells y Clark, 1997). No obstante, las personas con fobia social tienden a tener miedo a diversas evaluaciones sociales, tanto positiva como negativa, que conlleve al individuo a sentir que destaca o que sea consciente de sí misma (Posada y Gómez, 1999). En consecuencia, la apreciación negativa temida por las personas que padecen fobia social no representa únicamente a la leve percepción causada sobre las personas, sino a una experiencia de connotación muy alta de humillación o vergüenza temidas (Beck, 1985). La vergüenza es una sensación que genera dolor en el que la esencia, atributos o características personales se identifican como la razón de ausencia de estatus o atracción social frente a las personas, o aun peor, de su definitiva desaprobación o rechazo (Echeburúa, 1995).

Estatus Social

Un gran porcentaje de las personas con fobia social sienten una ansiedad considerable en diferentes situaciones sociales (Sánchez y Olivares, 2004). Sandin (1997) indica que los contextos sociales más frecuentemente temidos en la fobia social son las que tienen relación con hablar en público, acudir a fiestas o eventos, e interactuar con personas de autoridad. Olivares y García (2001) manifiestan que desempeñarse y hablar en público en una condición formal (la situación más ansiosa), las reuniones y establecer diálogo y las interacciones o conversaciones informales eran estimadas como perturbadoras y eludidas por más del 75% de los fóbicos sociales. Encontrarse o reunirse con una persona era considerado como angustioso y evitado por

más del promedio de la muestra, en cambio que alimentarse en público, hacer uso de los servicios higiénicos en público era temido y evitado por el 25 % o menos de los fóbico sociales. Las circunstancias que generaban ansiedad en la fobia social han sido descritas en dos categorías las que están vinculadas con la interacción social y las que tiene que ver con las situaciones públicas (Olivares, 2005). En la tabla 2 se presenta un listado de situaciones interpersonales y de actuación en público de Sandin (1997) que se valoran con respecto al nivel de miedo y evitación al evaluar la fobia social.

Tabla N 3

Situaciones interpersonales y de actuación pública comúnmente temidas en la fobia social

Situaciones interpersonales	Situaciones de actuación pública
➤ Iniciar una cita o compromiso con alguien	➤ Hacer un brindis o un discurso
➤ Ser presentado a una persona desconocida	➤ Hablar en las reuniones
➤ Acudir a una fiesta o encuentro social	➤ Hacer deporte frente a una audiencia
➤ Cenar con un amigo	➤ Participar en la fiesta de una boda o ceremonia pública
➤ Iniciar una conversación	➤ Cantar/actuar ante una audiencia
➤ Hablar por teléfono con un conocido	➤ Comer/beber en un contexto público
➤ Hablar por teléfono con una persona desconocida	➤ Escribir frente a los demás
➤ Expresar nuestra opinión personal a los demás	➤ Cometer un error en público (p.ej., pronunciar mala una palabra)
➤ Tener una entrevista de trabajo	➤ Correr/andar en un lugar público concurrido
➤ Ser asertivo con los demás	➤ Presentarse a sí mismo ante los demás
➤ Devolver un objeto adquirido	➤ Hacer compras en una tienda concurrida
➤ Hablar con figuras de autoridad	

-
- | | |
|--|---|
| ➤ Expresar insatisfacción con la comida de un restaurant | ➤ Pasar frente a un grupo numeroso de personas (p.ej., pasar por delante de la salida de una iglesia, teatro) |
|--|---|
-

Fuente: Clark y Beck (2012)

Activación Ansiosa y Angustia

Dentro de los criterios diagnósticos del DSM V la exposición a las condiciones sociales temidas genera con frecuencia ansiedad, que pueda provocar la sintomatología de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionado con el evento (APA, 2014). Las personas con fobia social sienten con frecuencia crisis de angustia en las situaciones sociales evitadas o también cuando se anteponen a un evento social (Bados, 2009). Aunque, la sintomatología física de estas crisis de causa situacional sea parecida a los del trastorno de angustia (Mendez y Sánchez ,2001), los indicadores físicos que son percibidos para las personas, como sonrojarse o moverse espasmódicamente, están más ligados a la ansiedad presente en la fobia social (Amies, Gelder y 1983, citado en Bados, 2009). También, las personas con fobia social presentan mayor aceleración fisiológica durante el encuentro situacional social angustioso que las personas no-fóbicos. Sin duda alguna, el temor a padecer un episodio de ansiedad en un contexto social es la primordial preocupación de muchos individuos que presenta fobia social (Hofman y Barlow, 2002). Efectivamente, el temor a no tener el control sobre cualquier reacción emocional, sobre todo de la respuesta de angustia, es un tema relevante de la percepción de amenaza en situaciones sociales (Bados, 2009). Inclusive, aunque el temor a la ansiedad esté presente en todos los desórdenes de ansiedad, está especialmente vinculado con la fobia social porque cualquier señal de ansiedad en las situaciones sociales se identifica como un aumento de la posibilidad del escrutinio negativo de las personas.

Conciencia, Evitación e Inhibición

Para cumplir los criterios del manual de diagnóstico DSM V para la fobia social, el individuo debe de ser consciente e identificar que el origen de sus miedos sociales es excesiva e ilógica. Este criterio o rasgo nos permitirá diferenciar la fobia social de otras patologías como el trastorno de personalidad paranoide donde el individuo, realmente, concibe que las demás personas están buscando burlarse de él y hacerlo sentir mal (Belloch y Sandin, 2008).

Teniendo en cuenta los antecedentes de la elevada ansiedad al anteponerse o vincularse en los contextos sociales que genera miedo, la necesidad creciente a evitar los contextos sociales tienden a ser muy intensa en los fóbicos sociales. En relación con otras patologías de ansiedad, las personas fóbicas sociales tienden a ser proclives a evitar los contextos sociales inclusive, aunque crean realmente que es contraproducente para ellos mismos (Stein, Mcquaid y Laffaye, 1999).

Las personas fóbicas sociales se manifiestan muy retraídos en las situaciones sociales. Generalmente dan la impresión de ser rígidos y tensos, sus expresiones faciales son percibidas como forzadas y poco espontaneas. En el momento de conversar parecen inarticulados porque se enredan con las palabras que dicen, se mantienen callados o les es difícil hallar la palabra adecuada. Cualesquiera de estas respuestas involuntarias son nocivas para su desempeño social y acrecienta la posibilidad del escrutinio negativo de las demás personas (Clark y Beck, 2012).

Las personas fóbico sociales creen rotundamente en la evitación y conductas de seguridad tenues en una estrategia por esconder su ansiedad que, a su parecer, conducirá a las personas a apreciarlos de forma equivocada y negativa (Wells y Clark, 1997). Las personas fóbicas sociales logran esconder su ansiedad evadiendo el contacto ocular o comportándose claramente

inexpresivos, de tal forma que no se sonrojen o acaloren, usando determinada ropa o maquillaje que esconda el sonrojo; pidiendo disculpas por el rubor y argumentándolo al calor del lugar o también a no encontrarse bien o semejantes (Bados, 2009). Estas maniobras de encubrimiento (es decir, conductas de seguridad) son contraproducentes porque tienden a aumentar claramente las respuestas de ansiedad. Asimismo, estas situaciones imposibilitan que se refute el efecto temido, conserva la atención enfocada en el mismo individuo y genera más atención negativa de las demás personas (Wells y Clark, 1997). Hay algunas evidencias que ratifican que las personas fóbicas sociales identifican las consecuencias sociales perjudiciales generadas de sus esfuerzos por esconder la ansiedad, pero aún persisten en realizar las conductas de seguridad (Hofman y Barlow, 2002).

Angustia y Fobia Social

La angustia o el nerviosismo en contextos sociales son comunes en la población general. En una entrevista al azar de 526 adultos, el 61 % indicaba sentirse ansioso y nervios en, como mínimo de una de siete contextos sociales sobresaliendo las situaciones de hablar en público la más comúnmente mencionada (Stein, Mcquaid y Laffaye, 1999). Por lo tanto, el principio relativo a la angustia o interferencia acusadas del DSM V es indispensable para diferenciar las características clínicas más graves de la fobia social de las variedades subclínicas leves de la ansiedad social encontradas frecuentemente en la población no clínica. (Clark y Beck, 2012).

Timidez y Fobia Social

Hay recurrente equivocación en cuanto a la vinculación entre el concepto timidez y la fobia social; encontramos a autores que resaltan las características semejantes de la elevada ansiedad social y temor a la evaluación negativa de las demás personas (Edelman, 2002), por otro lado, a

quienes indican las discrepancias cuantitativas relevantes para que ambas no sean interpretadas como sinónimos (Beidel y Tuner, 2007). La timidez como la fobia social, fueron explicadas como ansiedad, incomodidad, e inhibición en diferentes contextos sociales y temor a la evaluación o escrutinio negativa por parte de los demás, más aún de las personas que representan autoridad (Clark y Beck, 2012). Varios autores han determinado que el fóbico social es muy parecido a la timidez crónica (Hofman y Barlow, 2002). Asimismo, la determinación de criterios claros que dividan la timidez y la fobia social ha sido complicado porque 1) no se encuentra unanimidad sobre lo que significa conceptualmente hablando la definición de timidez; 2) se pueden encontrar varios rasgos conductuales, 3) provienen de diferentes líneas de estudio, y la timidez fue investigado por psicólogos sociales, de la personalidad, por otro lado, la fobia social es un referente de estudio de la psicología clínica y 4) las líneas divisorias que se pueden encontrar marcan más una criterio cuantitativa que cualitativa (Bados, 2009).

La timidez es considerando dentro de la personalidad como un rasgo normal que corresponde a un nivel de ansiedad, inhibición y autoconciencia en el desempeño social. Clark y Beck (2012) se referían a la timidez como la respuesta de inhibición ante las interacciones sociales y el repliegue del propio self como consecuencia a la molestia física (tensión, sudores, temblores), a la percepción de angustia, a la inhibición o a la capacidad de comunicarse, también al exceso de auto fijación de la atención. Zimbardo describe la timidez como “un estado de individuación elevado caracterizado por la excesiva preocupación egocéntrica y desasosiego ante la evaluación social, con la consecuencia de que la persona tímida se inhiba, se retrae, evita y huye” (citado en Bados, 2009, p 45). Muy por el contrario de las semejanzas con la fobia social, se ha encontrado considerables diferencias. En relación con la fobia social, la timidez se encuentra en mayor frecuencia en la población general, tiende a ser menos grave, se vincula con menos conductas

evitativa y no hay un marcado deterioro funcional y las personas con timidez suelen interactuar cuando las circunstancias sociales así lo exijan (Beidel y Turner ,2007).

Tabla 4

Rasgos distintivos de la fobia social y de la timidez

Timidez	Fobia social
➤ Rasgos de personalidad normal ➤ Ante todo, inhibición y resistencia social ➤ Puede participar en interacciones sociales cuando sea necesario ➤ Menos propenso a evitarlas situaciones sociales ➤ Altamente prevalente en la población ➤ Curso más transitorio para muchos individuos ➤ Aparición temprana, quizá en los años preescolares ➤ Menor deterioro de la vida cotidiana	➤ Trastorno psiquiátrico ➤ Presencia de ansiedad notable, incluso angustia, en las situaciones sociales evaluativas ➤ Propenso a mostrar una ejecución social pobre ➤ Evitación más frecuente y generalizada de situaciones sociales ➤ Menor índice de prevalencia ➤ Mayor duración, más crónica y no remitente ➤ Aparición tardía en la adolescencia ➤ Mayor deterioro social y ocupacional

Fuente: Clark y Beck (2012)

La fobia social debe de ser entendida como una entidad clínica que reviste severidad en comparación con la timidez, encontrando dentro de sus criterios que establecen una marcada diferencia a la conducta evitativas y generalizada de las circunstancias sociales. A pesar que las discrepancias sean más de contenido cuantitativa que cualitativa, Beidel y Turner (2007), señalaban en sus estudios que la fobia social no debe ser entendida como un constructo extremo de timidez. Las investigaciones que han relacionado estrechamente la incidencia de la timidez y

de la fobia social determinan la diferencia de ambos síndromes. Clark y Beck (2012) encontraron que sólo el 36% de las personas con niveles intensos de timidez cumplían las características de la fobia social generalizada en relación con el 4% que se encontró timidez media o normativa.

Fobia Social y Trastorno de Personalidad por Evitación

El trastorno de fobia social confluye con varios criterios con el trastorno de personalidad por evitación (TPE), llegando incluso a ser considerados como equivalentes entre sí, lo que ha generado que se empiece a preguntar si verdaderamente representa dos patologías tal y como se encuentra descrito en la actualidad en el DSM V (2014). Como se evidencia dentro de las pautas de diagnóstico del TPE, tanto en la FS como en el TPE convergen varios criterios porque en su naturaleza se definen por un esquema generalizado de malestar, inhibición y temor a las evaluaciones negativas en una amplia gama de contextos de desempeño social (Clark y Beck, 2012).

Los estudios de Mendez y Sánchez (2001) determinaban que el 60% de las personas fóbico sociales cumplían los criterios de trastorno de personalidad evitativa en relación con el 20% de fobia no generalizada. Más aún, un gran porcentaje de las personas con TPE cumplían las pautas de diagnóstico de la fobia social, por ende, en cada oportunidad que las personas cumplían las pautas de diagnósticos de la fobia social, se debe tomar en cuenta evaluar la presencia de TPE.

La correlación de la etiología clínica entre FS con y sin TPE frecuentemente ha demostrado que las personas con las dos condiciones proyectan gravedad en los síntomas, comorbilidad diagnóstica, interferencia en el desempeño, déficit en las habilidades sociales. Beidel y Turner (2007) encontraron que la FS con TPE se asemejaba por un curso más grave de fobia social y habilidades más bajas en relación con la FS sin TPE, teniendo como la única distinción

cualitativa la baja autoestima en el grupo TPE. Los investigadores determinaron que el TPE debería ser catalogado como una forma grave de la FS y no como un diagnóstico diferente.

Edad de Aparición y Curso

Frecuentemente la FS surge por primera vez en la etapa de la adolescencia entre media y tardía, lo que significa que puede tener un origen después a las fobias específicas, pero origen anterior al trastorno de angustia (Clark y Beck, 2012). De acuerdo al APA (2014) la media de inicio de la fobia social es de 13 años, que es una edad esencialmente más joven que la de origen del trastorno de angustia, TAG, TEPT y TOC. En consecuencia, un gran porcentaje de personas con FS describen haber padecido durante el transcurso de su vida, y entre el 50 y 80% manifestaron que la FS se había originado en la niñez (Bados, 2009). El origen temprano se vincula con un curso y desarrollo más grave y perjudicial del trastorno (Beidel y Turner, 2007).

Se considera que la persona que padece fobia social que no es tratada oportunamente tiende a desarrollar un curso grave e irreversible. Esta consideración es validada por diferentes estudios de investigación en el tiempo, en donde la mayoría de las personas con fobia social manifestaban un desarrollo grave de la patología y que había la posibilidad de que se mantenga por décadas e incluso por el resto de la vida (Chartier, Hazen y Stein, 1998, citados en Bados, 2009). De igual forma que sucede con otras patologías, es bastante posible que de las personas que decidan buscar ayuda terapéutica se encuentren las personas que cursan una fobia social crónica o grave.

Como se mencionó la edad de inicio de la fobia social es en la adolescencia, en este sentido debe entenderse la adolescencia como etapa de vulnerabilidad ya que el individuo se ve expuesto a un proceso de evaluación por su grupo atareó y una separación de la estructura de la familia. El adolescente tiende a establecer y a buscar un lugar en la estructura social que genera una tensión

en el individuo, ante lo cual el adolescente puede responder con miedo y ansiedad. Por último, y en referencia la niñez, en esta etapa de la adolescencia no solo hay expectativas sociales, sino que hay un auge cognitivo que le permite ser consciente de las diferencias entre como él se ve y cómo percibe que lo ven sus pares y familiares (Olivares, 2004).

Prevalencia

Dentro de los trastornos de ansiedad la fobia social es considerado uno de los más frecuentes y se encuentra en tercer lugar en prevalencia en relación a los trastornos mentales (Clark y Beck, 2012). Teniendo en cuenta las pautas de diagnóstico del DSM V para la fobia social, se encontró que la prevalencia por año era de 7%. Asimismo, dos tercios de las personas fueron diagnosticados con fobia social generalizada y la muestra restante sufría únicamente temor al momento de hablar en público, teniendo en cuenta que era menos limitante y grave. En consecuencia, prevalencia anual era congruente tanto en la etapa de la niñez y de la adolescencia en relación a la adultez (APA, 2014). La significativa incidencia de la fobia social ha estado presente en diversas investigaciones de índole epidemiológico y comunitario a gran dimensión (Bados, 2209).

La prevalencia de la fobia social en cuanto al nivel leve es más frecuente en la población general. Se ha identificado que la conducta evitativa, el temor al escrutinio descalificaste, la angustia y los pensamientos de inferioridad en los contextos sociales se presenta con una prevalencia entre ocasional y moderada en un gran porcentaje de personas no clínicos (Clark y Beck, 2012). En consecuencia, el temor y la evitación de los contextos sociales son frecuentes en el trastorno de angustia, en TAG y en la agorafobia (Bados, 2009). La diferencia que marca en

relación a la fobia social es la cuantificación de eventos y circunstancias sociales evitadas, generadoras de miedo y el nivel de menoscabo funcional (Hofman y Barlow, 2002).

Trastornos Asociados

A las personas que presentan fobia social puede ser difícil de diferenciar de otras patologías de ansiedad debido a que la ansiedad y las prevalencias de trastornos comórbidos son muy elevados en los individuos que padecen un diagnóstico primario de fobia social (Turner y Bidel, 2007). Bados (2009) encontró que el 80 % de las personas con trastornos de angustia, TAG o fobia simple manifestaban como mínimo, un temor ligero en uno o más contextos sociales y que el 50 % manifestaba miedo moderado y evitación. De igual forma, los porcentajes de fobia secundaria más grave que cumplían los criterios diagnósticos son elevados entre las personas con otra patología principal de ansiedad o depresión mayor.

De acuerdo al estudio extenso llevado a cabo por Brow (2001, citado en Clark y Beck, 2012), la fobia social secundaria se encontraba presente en indicadores relevantes de personas con trastorno de angustia (23%), TAG (42%), TOC (35%) y depresión Mayor (43%). En ese mismo estudio los porcentajes generales de comorbilidad se encontraban entre el 69% y el 88%, y alrededor de tres cuartos de los pacientes con fobia social satisfacían las pautas diagnósticas de patología más grave y en un porcentaje significativo de los cuadros clínicos con fobia social precedían a la aparición de otro trastorno y como resultado se relacionaba con un menoscabo funcional mayor que en los pacientes menos graves de fobia social (Bados, 2009).

La prevalencia más alta de patologías asociadas con la fobia, descrita en estudios por Grant (2005, citado en Bados 2009), fueron trastornos de personalidad (61%; especialmente TPE), trastornos de ansiedad (49%, TAG, TOC, trastorno pánico y fobias específicas), trastornos del

Humor (38% como depresión mayor), abuso de sustancias (37%, es especial sedantes y alcohol).

Un gran porcentaje de los niños y adolescentes con FS se identificó referencias de morbilidad con patologías de ansiedad, específicamente, TAG, trastorno de ansiedad por separación y fobias específicas (Sandín, 1997).

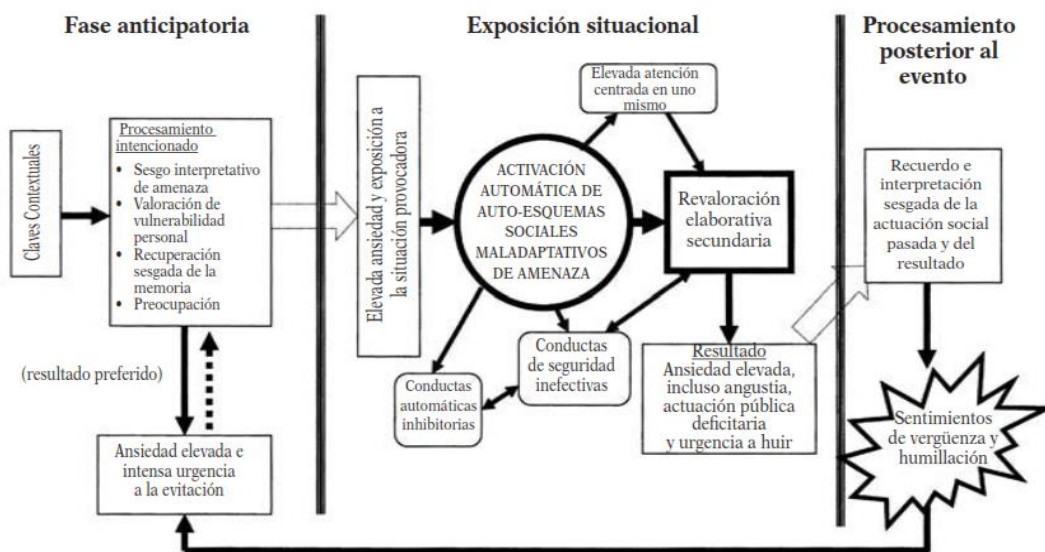
Teoría Cognitiva de la Fobia Social

Descripción del Modelo

La descripción con fundamento investigativo de la fobia social debe contemplar tres rasgos fundamentales que son distintivos de esta patología clínica. En primer lugar, que las respuestas de sonrojo y vergüenza son con frecuencia las reacciones negativas imperiosas que se desprenden de la interacción y no como causa intrínseca del fenómeno de ansiedad (Hofman y Barlow, 2002). En segundo lugar, un nivel intenso de ansiedad vinculado a los contextos sociales tiende a generar respuestas inhibitorias involuntarias y estrategias para esconder la ansiedad, lo que conlleva a la infortunada consecuencia de limitar el desempeño social y originar el desastre que la persona con fobia social tiene miedo: el escrutinio negativo de las demás personas (Bados, 2009). En contraparte del trastorno de angustia en el que frecuentemente el desastre no se presenta, el desastre observado en la fobia social suele manifestarse con gran incidencia como resultado de las consecuencias sesgadas de la ansiedad. Y, por último, la respuesta ansiosa por sí misma da lugar a convertirse en amenaza secundaria a razón que las personas con fobia social se atribuyen la responsabilidad de pasar desapercibida la ansiedad y de esta forma evaden el escrutinio negativo de las personas. La conceptualización teórica se basa en los fundamentos y estudios de la teoría cognitiva de las ansiedades evaluativas desarrollado por Beck (1985), también mencionar los relevantes aportes de Clark y Wells (1995) y de Rapee y Heimberg

(1997). La siguiente explicación teórica menciona tres etapas o fases de la fobia social: la fase anticipatoria, la exposición situacional y el procesamiento que se hace después del evento.

Figura N 3
Modelo cognitivo de la fobia social



Fuente: Clark y Beck (2012)

Fase Anticipatoria

En un gran porcentaje de las personas con fobia social existe un reparo ante el imperioso contacto social que puede generar gran ansiedad como la exposición al mismo encuentro social. En esta etapa anticipatoria tiende a estar generada por varias señales reveladoras o circunstanciales como, por ejemplo, encontrarse en un sitio que conlleve al individuo a hacer memoria el próximo evento social (p.ej., estar cerca del lugar donde llevará a cabo la reunión). El tiempo que dure la fase de anticipación puede variar, desde algunos minutos en determinadas situaciones, hasta varios días o semanas (Olivares y García, 2001). Se tiene previsto que el nivel de ansiedad aumente en relación a que el evento social este más próximo, lo que concuerda con lo descrito por Wells y Clark (1997) del estilo maladaptativo de amenaza. En ese mismo orden, a medida que sea cada vez más intensa la ansiedad anticipatoria, es más posible que la conducta

evitación sea la respuesta utilizada. La conducta evitativa generalizada del desempeño social es el pilar fundamental de la persona fóbica social; ya que, es descrita como la forma más eficaz de desaparecer la ansiedad anticipatoria. En relación a lo mencionado, las personas sienten una acuciosa necesidad de evitación cuando prevén una situación social futura más aún cuando identifican sus consecuencias perjudiciales (Bados, 2009).

El fundamento cognitivo de la ansiedad social anticipatoria incluye, especialmente, los métodos elaborados e involuntarios a razón que la persona piensa voluntariamente en el evento social futuro. Se encenderán los auto esquemas sociales sesgados ya existentes, que dan lugar a creencias de inadecuación social percibida, el origen angustioso de la ansiedad, las críticas negativas imaginadas de los demás y el no poder de satisfacer los estándares esperados de desempeño social. Los autoesquemas sociales maladaptativos conllevaran a someter la forma de pensar del individuo socialmente ansioso en comparación al inesperado y cercano contexto social (Olivares y Caballo, 2003). La probabilidad de aprobación por parte de las personas y el desempeño social favorable serían completamente eliminadas. En el transcurso de la fase anticipatoria las personas socialmente ansiosas se auto describen como indefensas e incompetentes de cumplir las demandas percibidas de desempeño social de la tarea inminente. Las experiencias de los eventos sociales acontecidos, particularmente de los que son similares al evento futuro, estarán contaminados por la presencia de experiencias que generaron un nivel alto de ansiedad social vergüenza, llevándolos a una percepción extrema de amenaza y vulnerabilidad personal ante el evento social pronosticado. Dando paso a una constante inquietud a medida que persona empiece a sentirse ansiosa por la percepción de amenaza y riesgo del evento social futuro. En la medida que permanezca más tiempo estancado en el proceso de reverberación

ansiosa más se acrecentará la posibilidad y gravedad temida del resultado negativo (Macia, 2012).

Exposición Situacional

Claramente, los fóbicos sociales se hallan en contextos sociales que no pueden evitar y es en esos momentos en donde la ansiedad se encuentra en niveles muy altos. En el transcurso de la interacción social se genera miedo y tiende a producirse los esquemas automáticos y los esquemas voluntarios cognitivos (Wells y Clark, 1997). Los esquemas cognitivos centrales, la activación involuntaria de los auto-esquemas sociales sesgados de inseguridad y vulnerabilidad que son producto de una mala interpretación atencional para la amenaza, una mayor concentración en las señas internas de ansiedad, respuestas automáticas inhibitorias, evaluación negativa del propio estado emocional y del propio desempeño y el uso inadecuado de las conductas de seguridad (Clark y Beck, 2012).

Los procesos cognitivos que describen a la fobia social son muy particulares de los contextos sociales y no estarán presentes en las circunstancias que no esté considerado la parte social. Es durante el proceso de interacción o en la anticipación a la situación social temido lo que generará los auto-esquemas sociales sesgados (Hope Hope y Holt, 1993). Dentro de estos esquemas sesgados se encuentra las creencias disfuncionales (p. ej. “soy aburrido”, soy raro”, “no agradaré a los demás”), las conclusiones anticipadas sesgadas (p. ej. “si me llegarán a conocer estoy seguro que no les agradaría”, “si empiezo a sudar frente a las personas, se darán cuenta que estoy nervioso y creerán que soy raro”) y parámetros estrictos de desempeño social (p.ej., “no debo mostrar ninguna señal de nerviosismo”, “siempre tengo que controlar la situaciones y causar una buen impresión”).

Cuando se activan los procesos cognitivos automáticos sesgados del contexto social se desprenden varias consecuencias. En primer lugar, hay una alteración en la atención automática de la interpretación de las señales interna y externas de amenaza social. Los reforzadores del medio externo, que representa los componentes no verbales y verbales, que son captados de las personas, son interpretados como indicador de una probable evaluación descalificadora (Rapee y Heimberg, 1997), en tanto que las muestras sociales del exterior que son indicadores de seguridad (es decir aceptación) no serán tomadas en cuenta. Asimismo, las señales internas que está relacionado con la ansiedad o interpretación negativa del propio desempeño social tendrán especial atención debido a que es congruente con los esquemas cognitivos sociales erróneos y la percepción mental negativa de la forma en como las personas fóbico sociales consideran que son vistos por los demás en las interacciones sociales (Olivares y García, 2001).

En lo que respecta al segundo efecto de activación de esquemas es la creciente atención enfocada en la misma persona durante el desempeño social (Wells y Clark, 1997). La presencia de los argumentos cognitivos de amenaza social genera que la persona esté muy pendiente del propio estado interno, particularmente de las señales físicas, emocionales y conductuales que pueden ser asumidos como muestra de temor y de ansiedad. Las personas fóbico sociales están convencidas que las personas se dan cuenta de sus síntomas de ansiedad y por tal motivo son objeto de una evaluación descalificadora. De tal forma las señales interoceptivas ratifican los esquemas mentales del individuo con fobia social en relación a cómo cree que las personas los perciben. Clark y Beck (2012), hace hincapié a dos razones más vinculada con el incremento de atención enfoca así mismo. Debido a que gran porcentaje de los esfuerzos atencionales de direccionan a la autopercepción, se deja de prestar atención para procesar las manifestaciones externa de las personas en la interacción social. Por ende, los fóbicos sociales no captan y

asimilan la información social que puede refutar los esquemas cognitivos equivocados de amenaza. Asimismo, el gran esfuerzo por estar pendiente de la autopercepción genera una forma de razonamiento emocional, de tal forma que las personas fóbico sociales creen que los demás sujetos están percibiendo lo que ellos sienten (Hofman y Barlow, 2002). La concepción errónea de la persona con fobia social donde se considera como un objeto social negativo es el fundamento esencial de la teoría de Clark y Wells (1997) explica que las personas que padecen fobia social están encerradas en un circuito cerrado en donde un gran número de argumentos que corroboren sus miedos es autogenerado y las pruebas que las anulen son minimizadas y poco consideradas.

La presentación de respuestas inhibitorias es considerada como un efecto más del surgimiento de esquemas metales sociales perjudiciales en los contextos sociales (Olivares, 2005). Las personas fóbico sociales tienden a comportarse de forma inhibida en las interacciones sociales como se puede evidenciar en la rigidez de su postura, poca expresividad en su rostro, y con frecuencia, su dialogo poco articulado con espasmofemias y no encontrar que decir o en su defecto permanecer en silencio. Las personas fóbico sociales se dan cuenta que suelen comportarse de esta forma cuando perciben ansiedad social y que la respuesta inhibida no solo es tomada en cuenta por las demás personas, si no es muy posible que sea interpretada de una forma perjudicial. Debido a que reconocen que son incompetentes de neutralizar las consecuencias negativas de la inhibición sobre su desempeño social, origina la percepción de no poder controlar la situación y se acrecienta el sentimiento de vulnerabilidad y de fracaso social, y por ende la ansiedad crece. La vinculación estrecha entre la percepción de amenaza social y la conducta inhibitoria es percibida en el sentido que las personas con ansiedad social tienden a desempeñarse con naturalidad en circunstancias no amenazantes.

En relación a las consecuencias de la presencia de esquemas cognitivos de amenaza social, la cuarta consecuencia, es tratar de encontrar seguridad con el objetivo de evitar y contrarrestar la evaluación negativa. A pesar, de que la seguridad puede generar menor consecuencias negativas sobre la ansiedad en relación a la respuesta inhibitoria voluntaria, su aporte al mantenimiento de la ansiedad no debería dejar de considerar. Clark y Wells (1997) indicaban que los recursos de incremento de seguridad tomaban en cuenta las respuestas abiertas (p.ej., evitar miradas, tensión en los músculos de las extremidades para inhibir el temblor) también los esquemas mentales (p.ej., aprenderse lo que se tiene que hablar en la interacción social, responder de forma breve y sucinta en conversaciones). De forma contraproducente, estos recursos de afrontamiento generan un incremento paradójico de los síntomas que al individuo le causa temor y por el contrario cautiva las miradas de los demás ocasionando, por ende, el incremento de riesgo del escrutinio perjudicial de las personas (Rapee y Heimberg, 1997).

Procesamiento Posterior del Evento

De igual forma que otros estudios cognitivo conductuales de la FS, el presente enfoque argumenta que la información procesada después del evento, es una evaluación detallada del desempeño que obtuvo durante la interacción social, lo que implica un argumento fundamental en la permanencia de la ansiedad social. (Bados, 2009). Las personas con fobia social no pueden escapar del todo de sus síntomas ansiosos cuando termina la interacción a situaciones sociales, debido a que inician una evaluación Los fóbicos sociales no pueden huir completamente de su ansiedad cuando concluye la exposición a la situación social porque, a menudo, inician un análisis de su desempeño y resultados (Wells y Clark, 1997). Claramente los recuerdos y el análisis de lo ocurrido en la situación social, por el mismo está mal interpretado en relación a los

esquemas preexistentes de amenaza social y de incompetencia. Por último, tienden a sacar sus conclusiones en donde su desempeño y lo que creen los demás claramente más negativo de lo que en realidad ocurrió. Con frecuencia ocurre un proceso de reverberación en la última fase del evento, de tal forma que a medida que más va pensando sobre lo ocurrido, tiende a ser la interpretación más negativa (Rapee y Heimberg, 1997)

Tratamientos Psicológicos

Entrenamiento en Relajación

La relajación es considerada como la técnica más importante dentro del modelo conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Por varias décadas ha sido tomada en cuenta como la base en cuanto a la intervención de los desórdenes ansiosos y es tomada como un argumento determinante para controlar e inhibir las conductas condicionadas de ansiedad (Wolpe y Lazarus, 1966, citado en Clark y Beck, 2012). Últimamente los representantes de la terapia conductual cognitiva han puesto en controversia la efectividad de la técnica de relajación para el tratamiento de la ansiedad, manifestando que en varios momentos la técnica de relajación es contraproducente con las metas de la intervención conductual en la ansiedad; estas afirmaciones corresponde a que se considera que en la comprobación de hipótesis empíricas las creencias erróneas y valoraciones sesgadas se activan en las exposiciones sociales que está relacionado con la aparición de ansiedad y que permite recabar información que la contradiga (Sanchez y Olivares, 2004).

En relación a lo mencionado, Clark y Beck (2012), sugieren emplear la técnica de relajación como intervención complementaria en la medida que el estado de ansiedad de la persona se encuentra en un nivel alto y que conlleve a que se oponga a participar en las exposiciones; ya que

le es difícil tolerar la ansiedad e incluso una ansiedad de intensidad leve. En estas circunstancias se debe considerar el uso de la relajación para reducir los niveles de ansiedad y en tal sentido conseguir que el individuo pueda participar de las exposiciones o comprobación de hipótesis empíricas orientados a cambiar las creencias sesgadas y la percepción de amenaza.

Relajación Muscular Progresiva (RMP)

La RMP se encamina a conseguir un nivel de total relajación, así como la capacidad de controlar las manifestaciones de organismo, como objetivo esencial la relajación de los músculos y un conjunto de secuencias de tensionar y distender un grupo específico de músculos. Se toma como referencia los aportes de Jacobson en 1938 donde plantea un promedio de sesenta ejercicios que se desarrollaron en varios meses para lograr un nivel de relajación necesario, sin embargo, esta técnica de RMP, actualmente se ha simplificado en un menor grupo de músculos y en consecuencia en el tiempo de (Bados, 2009).

Explicación e Instrucciones

Para comenzar las sesiones de entrenamiento de la técnica de relajación, es importante informar al paciente, sobre el procedimiento en que consiste dicha técnica. A continuación, se esbozará una forma de justificar la técnica y las indicaciones que debe tener en consideración la persona para empezar la RMP (Crasje y Barlow, 2006, citado en Clark y Beck, 2012):

- Indicar que la relajación se puede usar para aliviar su ansiedad y el objetivo es aprender a generar un nivel de relajación profunda tensando y después destensando grupos musculares específicos.
- Lo esencial de este proceso de entrenamiento es llegar a identificar la diferencia entre las sensaciones de tensión y la sensación de relajación; para ello se tiene que percibir con

mucha atención a las reacciones y sensaciones de índole físico relacionado con los músculos cuando se está tensando y cuando ya estén completamente relajados.

- La relajación muscular progresiva es un procedimiento que descontinúa la expresión de ansiedad llegando a relajar la musculatura. Se centra en abordar el principal síntoma de la ansiedad que es la tensión física, eliminando la tensión de los músculos.
- Cuando se llegue a dominar el procedimiento de relajación se podrá emplear en diferentes situaciones con el objetivo de descontinuar el aumento de ansiedad.
- Se debe indicar que la forma idónea de aprender la RMP es a través del modelamiento y la práctica; en tal sentido, se procede a demostrar y sugerir que logre generar tensión en determinados grupos musculares y que permanezca en tensión durante unos segundos, de 5 a 7, posterior a ello que libere la tensión. Durante el proceso de entrenamiento se le debe precisar la necesidad de enfocarse en las sensaciones de relajación y tensión; ya que es el pilar de esta técnica porque permite aprender a identificar y a relacionar cuando se está en un estado de relajación.
- Se inicia este procedimiento de entrenamiento por involucrar 10 grupos musculares distintos y se tendrá en consideración un tiempo de 20 minutos.
- Es fundamental que aprenda que la RMP es una destreza que necesita práctica constante. Se debe indicar que al principio pueda que no se sienta muy relajado; pero, en la medida que no se practique o se haga en ocasiones le costará relajarse y por el contrario se conseguirá un estado profundo de relajación.
- Se le indica como tarea para la casa que deberá practicar la relajación dos veces al día durante unos 15 minutos y se le pide que cumpla con el registro semanal de relajación muscular.

Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva busca cambiar o “reestructurar” las creencias y valoraciones que, en este caso, la persona fóbico social presenta en relación a la percepción de amenaza. Es un fundamento terapéutico clave y esencial para identificar y modificar los esquemas de ansiedad. El individuo centra su atención en la “amenaza presente”, es decir, lo que reconoce e identifica como amenaza en ese instante. El abordaje propio de la reestructuración cognitiva se centra más a las valoraciones de la amenaza que al contenido mismo de la amenaza. El aspecto fundamental es establecer si se está extremando la posibilidad de la amenaza y si se está minimizando el potencial para enfrentar, y no enfocarse en la posibilidad de ocurrencia de la amenaza. Ejemplificando, las personas fóbico sociales enfocan su atención en percibir la posibilidad de valoración negativa por parte de los demás y no tanto en si los individuos pueden estar o no presentando evaluaciones negativas sobre ellos. (Clarck y Beck, 2012). A continuación, se describe estrategias de intervención cognitiva que se han utilizado en este caso clínico:

Recogida de Evidencias

Esta técnica de reestructuración cognitiva consiste en confrontar a las personas sobre las evidencias favorables y desfavorables a sus interpretaciones que la amenaza es muy posible que ocurra y conllevará a desagradables consecuencias. Esta técnica de intervención es considerada como el *sine qua non* de la reestructuración cognitiva (Clark y Beck, 2012). Olivares (2005) indica que luego de identificar los esquemas mentales o creencia ansiosa central y conseguir una evaluación de las creencias sobre el pensamiento, el psicoterapeuta podrá considerar hacer los siguientes cuestionamientos al cliente:

- En las situaciones de intensa ansiedad, ¿Qué sucede para sentirse seguro de la posibilidad de que se presente la amenaza? ¿Existe razones o evidencia de que no sea así, es decir, que no es posible que suceda la amenaza?
- En el momento que siente más ansiedad ¿Qué argumentos o evidencias tiene de que el resultado pueda ser tan grave? ¿Identifica usted evidencias contradictorias que demuestre que el resultado no será tan malo como cree?
- ¿Por qué creer en las evidencias de su pensamiento ansioso?
- Teniendo en cuenta evidencias, ¿Qué alternativa es más real sobre la posibilidad y gravedad de que pueda suceder algo desagradable?

Conjuntamente con el paciente se identificarán primeramente el pensamiento o creencia ansiosa primaria que describa a un episodio ansioso. Posteriormente, el paciente indicará las apreciaciones de la posibilidad y gravedad en relación a cómo se sintió en el transcurso del evento ansioso. Haciendo uso del cuestionamiento socrático, se considera confrontar cualquier argumento o evidencia que ratifique tan alta posibilidad y gravedad de lo ocurrido, luego de conjuntamente con el cliente señalar todas las evidencias favorables, se le tendrá que cuestionar sobre las pruebas que indican que las interpretaciones de posibilidad y gravedad tienden a ser extremas y poco reales. Por lo general el psicoterapeuta deberá tomar iniciativa sugiriendo probables argumento o evidencias. Normalmente el terapeuta necesita tomar iniciativa al sugerir posibles evidencias contradictorias debido a que las personas ansiosas tienen dificultades para apreciar su ansiedad desde esta óptica. Toda vez que se tenga evidencias contradictorias al pensamiento o creencia ansiosa, se le conmina a que vuelva a valorar la posibilidad y gravedad del resultado basado sólo en las evidencias.

Decatastrofizar

Esta intervención es útil para la mayoría de los trastornos de ansiedad conlleva hacer que los clientes confronten “hipotéticamente” la catástrofe temida o lo peor que podría ocurrirles. Clark y Beck (2012), describen la tendencia a catastrofizar como “exagerar las cosas de forma desproporcionada” y decatastrofizar como “imaginar el peor de los resultados posible y después juzgar objetivamente su gravedad” estos autores señala que la tendencia a catastrofizar conlleva pensar en resultados cuya realización es completamente improbable, e incluso imposible o exagerara sucesos que son muy improbables o saltar una conclusión extrema a partir de un hecho menor.

Decatastrofizar es una intervención efectiva cuando el pensamiento catastrófico es visible en las valoraciones de amenaza y vulnerabilidad del cliente. Es un enfoque particularmente útil para manejar la evitación cognitiva evidente en la preocupación patológica (Olivares, 2005). Decatastrofizar confronta la evitación cognitiva animando al cliente a afrontar la catástrofe imaginaria y la ansiedad asociada. Esta intervención presenta también otros beneficios terapéuticos como considerar las estimaciones de la probabilidad y gravedad de la amenaza a un nivel más realista, aumentar la sensación de autoeficacia para el manejo de los resultados futuros negativos y fortalecer el procesamiento de información de seguridad y de señales de rescate en las situaciones futuras temidas.

La descatastrofización consta de tres componentes:

- Fase de preparación.
- Descripción de la catástrofe (¿qué es lo peor que podría ocurrir?, ¿qué sería lo peor de eso?).
- Fase de resolución de problema.

Identificación de Errores de Pensamiento

Enseñar a los clientes ansiosos a ser más conscientes de los errores cognitivos que tienden a cometer cuando siente ansiedad es otra estrategia útil para la modificación de las valoraciones falsas de la ansiedad. Subraya los errores del propio estilo de pensamiento refuerza el mensaje de que la percepción de amenaza es inexacta cuando las personas están ansiosas. Favorece un enfoque de cuestionamiento más crítico ante el propio pensamiento ansioso. Por ello, es importante que los clientes comprendan las razones de la identificación y de la posterior corrección de los errores cognitivos (Clark y Wells, 1995).

Se tiene en cuenta seis formas de errores cognitivos que son comunes en la ansiedad: tendencia a catastrofizar, saltar conclusiones, visión de túnel, miopía, razonamiento emocional y pensamiento de todo o nada. La identificación de los errores debería introducirse teniendo en cuenta los registros de pensamiento producidos por el cliente y comentar los errores que sean visibles en el pensamiento ansioso del cliente. Esto puede ir seguido por la asignación de una tarea para casa en la que el cliente registre ejemplos de errores cognitivos extraídos de su experiencia cotidiana. Tras este ejercicio el terapeuta anima a los clientes a incorporar la identificación de errores a una estrategia cognitiva cada vez que inicien los pensamientos ansiosos o de preocupación (Clarck y Beck, 2012).

Exposición en Vivo

La intervención psicoterapéutica que consiste en la confrontación con la situación fóbica, así como, la implosión y la inundación, contemplan un sustrato teórico, en donde la fobia social aparece por condicionamiento clásico, y por ende el objetivo es la eliminación de la respuesta

condicionada por el miedo; a través de la exposición gradual o directa a las circunstancias temidas, teniendo en cuenta la exposición imaginaria o en vivo (Riso, 2006).

Esta técnica tiene considerado alcanzar tres objetivos: en primer lugar desvincular el aprendizaje entre las situaciones que genera miedo y las respuestas de ansiedad e instaurar una respuesta distinta ante estas respuestas; segundo lugar, generar aprendizaje en tanto que los efectos negativos percibidos de forma anticipada no ocurren y por lo tanto no existe base que valide el miedo y; por último, que el cliente interiorice que existen formas que pueda emplear que le permita controlar o tolerar la ansiedad; a través de sus recursos personales aprendidos o técnicas de afrontamiento que se plantearon en el tratamiento (reestructuración cognitiva, respiración controlada, relajación, etc.), si este ha sido el caso (Bados, 2009).

En tal sentido, la intervención más frecuente basado en la exposición consiste en la confrontación reiterada y estructurada de acontecimiento de la vida real (Clark y Beck, 2012). Al cliente se le debe presentar la técnica como una intervención sumamente eficaz para generar aprendizaje a partir de nuevas experiencias que conlleve a reducir los pensamientos y valoraciones ansiosas.

Cabe resaltar, que, en terapia cognitiva, la exposición se considera como un experimento conductual o como un ejercicio de puesta a prueba de una hipótesis empírica (Kosak y Foa, 1997, citado en Bados, 2009)

Comprobación de Hipótesis Empíricas

Se considera a la comprobación de hipótesis empíricas como una de la técnica de intervención necesaria para conseguir un cambio en los esquemas cognitivos. Se elaboran la puesta a prueba de hipótesis, y se estructuran las experiencias con el objetivo de que el cliente pueda generar

aprendizaje de la experiencia a través de la evaluación a favor y en contra de las creencias, interpretaciones y pensamiento ansiosos que generen vulnerabilidad. Se desprende del planteamiento cognitivo de la ansiedad y sus objetivos es dotar de argumentos nuevos que ponga a análisis la veracidad de las creencias disfuncionales, que promueva pensamientos reales y objetivos que compruebe el planteamiento cognitivo. Sobre el sustento teórico y empírico, Clark y Beck (2012) presentan a la experimentación conductual como la técnica terapéutica disponible más eficaz para los terapeutas cognitivos con el fin de generar cambios cognitivos, afectivos y conductuales en el cliente.

Dentro de los desórdenes de ansiedad los experimentos conductuales se tienden a considerar la exposición o confrontación en vivo ante la situación que provoque miedo y a la búsqueda de argumentos válidos que conlleve a evaluar la veracidad de los pensamientos ansiosos (Stein, 1999).

Clark y Beck (2012) consideran los siguientes pasos para tomar en cuenta en la comprobación de hipótesis empírica:

Paso 1. Justificación de la intervención terapéutica.

Para poner en práctica la comprobación de hipótesis empíricas se debe tomar en cuenta fundamentalmente la formulación cognitiva del caso. Se debe justificar el ejercicio con la finalidad que el cliente tenga una participación segura y completa. Se le plantea que sus pensamientos ansiosos han conllevado a conductas de evitación o huida y por ende están perjudicando considerablemente su desenvolvimiento. En consecuencia, se le plantea poner en práctica un experimento para poner a prueba la exactitud y veracidad del pensamiento, para tal fin la forma más efectiva consiste en evaluar los pensamientos ansiosos in situ.

Paso 2. Afirmación de la valoración de la amenaza y su alternativa.

Asumiendo que el cliente ha consentido su colaboración en poner a prueba la comprobación de hipótesis empíricas, el paso a seguir consiste en indicar la valoración de la amenaza y su alternativa. Para tener efectividad en el experimento conductual, es de suma importancia tener una afirmación clara de la creencia o pensamiento ansioso. Se pedirá al cliente que haga la valoración de su creencia en una escala de 0 a 100 al inicio de la puesta en práctica del ejercicio. Conjuntamente con el cliente se especifica una interpretación paralela y distinta a la que se obtuvo, pero debe ser plausible.

Paso 3. Planificar el experimento.

La efectividad del experimento conductual radica en la correcta planificación y se tiene previsto un tiempo mínimo entre 10 y 15 minutos durante la terapia. Es fundamental referir todos los detalles posibles en relación a cómo se deberá desarrollar el experimento y de esta forma el cliente sepa con exactitud qué debe hacer en determinado momento y en circunstancias particulares. El ejercicio debe tener como objetivo ofrecer una evidencia clara entre la interpretación ansiosa y la alternativa. Es necesario que el experimento sea elaborado conjuntamente con el cliente y que éste considere que el ejercicio es una evidencia o prueba relevante del pensamiento ansioso.

Paso 4. Afirmación de la hipótesis.

Se debe registrar con claridad cuál es la hipótesis que engloba y determina el resultado del experimento conductual que debe tener en cuenta el cliente. En la formulación de la hipótesis debe quedar esbozada el pensamiento o creencia ansiosa.

Paso 5. Registrar el experimento mismo y el resultado.

Se debe indicar al cliente que se debe describir todo el procedimiento llevado a cabo en el experimento conductual y sobre todo los resultados obtenidos inmediatamente ocurridos la exposición en vivo. Los resultados obtenidos por el cliente darán la información solicitada para evidenciar si la exposición ha tenido efecto sobre las creencias y pensamientos ansiosos.

Paso 6. Fase de la conclusión.

La eficacia de la exposición en vivo dependerá, de forma determinante, de cómo el terapeuta evalúe los resultados del ejercicio. Para ello el terapeuta hace uso de la escucha activa y preguntas de prueba para identificar la forma cómo se abordó el ejercicio y cómo interpreta los resultados del experimento. Rouf (2004, citado en Clark y Beck, 20012) recomienda que debe analizarse las siguientes consideraciones: a) evaluara las creencias del cliente antes, durante y después del experimento; b) observar los cambios que se puedan dar en el estado físico; c) identificar si durante el ejercicio se ha utilizado conductas de seguridad, evitación y huida; d) describir la percepción del cliente sobre cómo otras personas reaccionaron ante el cliente; e) señales importantes del contexto; f) y por último los cambios obtenidos sobre las creencias y pensamientos ansiosos del cliente.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

El desarrollo de las habilidades sociales, se fundamenta en dotar de destrezas y recursos de interacción social a las personas con fobia social, teniendo en cuenta que el déficit de competencias sociales resta en el desempeño para afrontar diversos contextos sociales (Macia, 2012), considerado un componente importante en el mantenimiento de la fobia, al anticipar a la

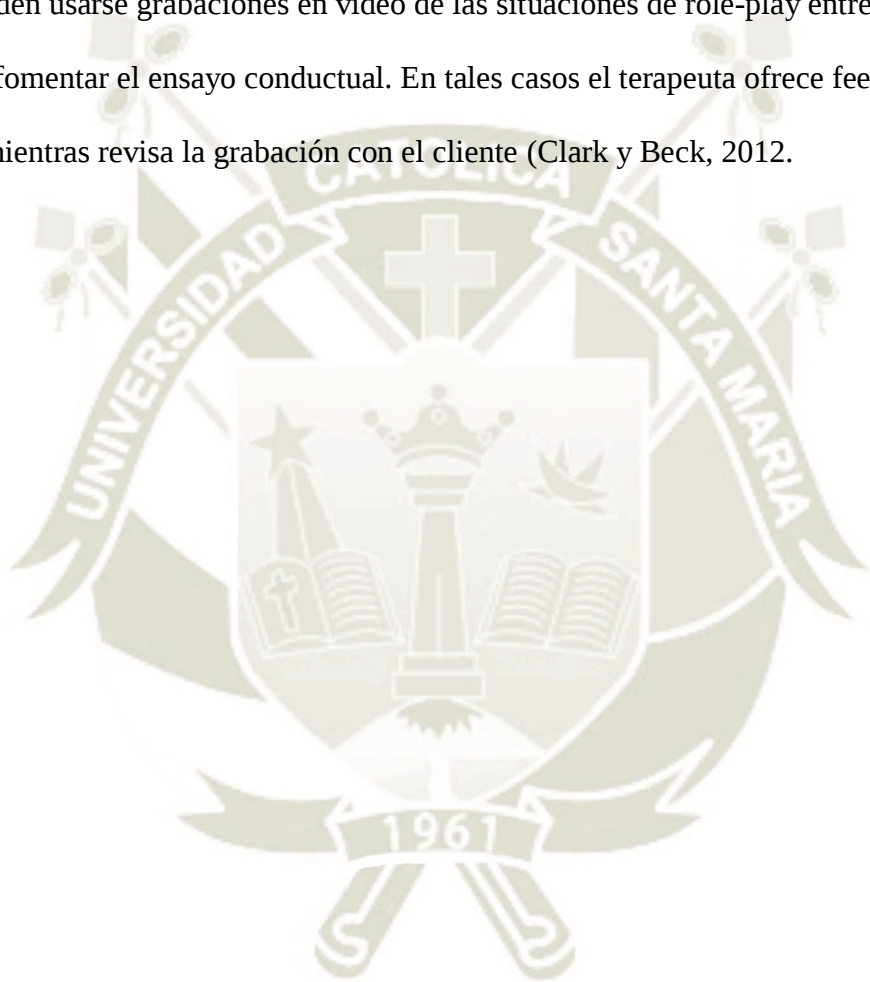
persona a desenvolverse negativamente durante la situación social fóbica (Fresco y Heimberg, 2001; citados por Caballo, 1997).

Autores como Mendes y Sanchez (2001), ratifican que el entrenamiento en habilidades sociales puede generar una considerable disminución de las conductas de ansiedad social, por lo que el autor Riso (2006) indica que debe ser considerado como parte del tratamiento. En este mismo sentido, Caballo (1997), sostiene que el desarrollo en habilidades sociales, incrementa la efectividad del tratamiento cognoscitivo conductual grupal para la fobia social. Bados (2009) afirma que, en caso de ratificarse la efectividad de ésta técnica, ello puede deberse, no necesariamente a una deficiencia de habilidades sociales, sino que puede explicarse por otros motivos, como facilitar la exposición a las situaciones sociales, o el incremento de la confianza en dichas situaciones. Por otro lado, dicho autor sostiene que diversos casos de fobia a hablar en público y de fobia social generalizada grave (incluido el trastorno de personalidad evitativo), en muy útil aplicar ésta técnica (en paralelo con otros procedimientos), en los que hay un notorio déficit de habilidades sociales.

Role Plays

Los ensayos conductuales es principalmente la esencia fundamental de las intervenciones de cambio conductual dirigido. En las sesiones se realizan role-plays en los que el cliente ensaya la actuación de la nueva conducta en las diferentes situaciones posibles. El terapeuta podría empezar por modelar la conducta diana, como iniciar una conversación con un desconocido, cómo hacer una solicitud, cómo establecer el contacto visual, como rechazar o negar una solicitud razonable, o similares, a continuación, se pide al cliente que practique la conducta durante el role-plays. A lo largo del mismo el terapeuta ofrece asistencia en forma de feedback

correctivo y refuerzo y ánimo por los intentos de ensayar la conducta diana. Como muchas personas sienten incomodidad ante la posibilidad de sobreactuara y estas situaciones prácticas les pueden parecer aburridas, es importante mantener la atmosfera alegre e informal y recurrir al humor para que los participantes se sientan relajados. En el entrenamiento de la fobia social también pueden usarse grabaciones en video de las situaciones de role-play entre el terapeuta y el cliente para fomentar el ensayo conductual. En tales casos el terapeuta ofrece feedback y corrección mientras revisa la grabación con el cliente (Clark y Beck, 2012).



Capítulo II

Marco Metodológico

Diseño para la Evaluación de los Resultados

En el presente estudio de caso único se planteó bajo las líneas de la investigación de la psicología aplicada, donde se desea comprobar los efectos de una intervención específica, para lo cual se utilizó el diseño univariable multicondiconal ABA. Este diseño de tres fases, en la primera fase se efectúa la medida de la línea base libre del tratamiento. En la segunda fase, la B aplica el tratamiento y se mide la variable dependiente. La tercera fase consiste, en una vez retirado el tratamiento volver a la línea base y efectuar las correspondientes mediciones. Este diseño tiene una buena validez interna. Si el comportamiento que estamos observando cambió en la fase del experimento, se puede decir que estos cambios han venido producidos por el tratamiento (Zinser, 1992).

Caso Clínico Psicológico

Datos Generales

Fabiana es una adolescente de 16 años, natural y procedente de Arequipa –Perú, estudiante, cursa el 5to de secundaria, hija única, vive con la madre y con familiares de línea materna.

Motivo de Consulta

Paciente que vine en compañía de la madre. La adolescente refiere que hace dos días tuvo una “crisis de ansiedad” por lo cual fue llevada de emergencia al Hospital Goyeneche. Indica que:

“sentía desesperación, me faltaba el aire y pensaba que me iba a desmayar”. Después de la alta médica le indican que acuda por consultorio externo de psicología y psiquiatría.

Historia de la Enfermedad o del Problema Actual

La menor refiere que hace dos días, estando en el colegio, empezó a sentir miedo, fuertes sacudidas de tensión, opresión en el pecho con dificultades para respirar, sudoración, palpitaciones, sensaciones de vómito, pensaba que se iba a desmayar y se sumió en un profundo llanto. Ante lo cual el Director comunica a la madre de lo sucedido y es ella quien decide trasladarla a emergencia del Hospital Goyeneche. Al llegar al Hospital se encuentra más tranquila, se queda en observación de Medicina por un promedio de tres horas, le indican a la madre que su hija había cursado un episodio ansioso y le sugieren que acuda por consultorios externos de Psiquiatría y Psicología. La madre refiere que no es la primera vez que su hija presenta esta sintomatología, indica hasta tres episodios en el último mes estando en su Institución Educativa; pero, es la primera vez que acude a un centro de salud.

La adolescente amplía lo sucedido ese día refiriendo, que normalmente se siente ansiosa, más aún cuando se encuentra en su Centro de Estudios, para ese día estaba programado un examen escrito y oral (discurso) de Inglés. Dice que un día antes ya se sentía “muy nerviosa” e incluso pensó en no ir al colegio. Tenía miedo a equivocarse al hablar; pensaba que se olvidaría su discurso, que sus compañeros se burlarían de ella; que sus compañeros se den cuenta que está nerviosa y empiece a temblar; que la profesora le llame la atención y se enoje. Recuerda que estaba sentada con su examen de Inglés y que no podía concentrarse en resolverlo pensando en su discurso; sentía que la profesora la miraba constantemente, dice que “se paralizó” no podía moverse, empezó a sudar de sus manos y mojó su examen, “me faltaba el aire, sentía que me iba

a desmayar, es que tengo miedo al hablar en clase, me sudan las manos pienso que mis compañeros se burlaran de mí, dirán que soy rara, tonta”. Refirió mostrándose lábil.

Estos síntomas ya los ha experimentado con anterioridad, con una intensidad progresiva, con un malestar 5-6 de 10 y el último mes 10 de 10 (puntuó). Comienza a notar estas molestias con mayor frecuencia e intensidad desde inicios de año escolar (hace 5 meses), cabe mencionar que este año fue cambiada de colegio. A inicios de año escolar la tutora, por ser alumna nueva en ese colegio, le dijo que se presentara, refiere que sintió tensa, se puso “muy nerviosa” sentía que temblaba y que no podía hablar y sus compañeros empezaron a reírse. Desde entonces recuerda este hecho frecuentemente piensa que ocurrirá nuevamente y tiende a reprocharse diciendo que es una tonta.

Manifiesta que le es difícil hacer amigos, pero lo que le genera mayor dificultad es cuando tiene que participar en clase y/o exponer, es donde siente una intensa ansiedad y que en ocasiones no ha asistido a clases. “siento que lo haré mal, que me trabare con las palabras, sudare y se darán cuenta”. Trata de evitar las actividades expositivas en ocasiones no asistió al colegio o en determinados momentos se negó a hacerlo lo que afectó significativamente su rendimiento escolar. En cuanto a establecer relaciones con sus pares, denota dificultades sobre todo al considerar que será rechazada por ser “torpe”, tiende a evitar situación de participación grupal. En su actual colegio dice no tener amigos “no sé cómo hablar con ellos, que decirles, no puedo mirarlos a los ojos, siempre paro sola en el recreo, camino rápido y mirando hacia el piso, siento que me miran y que se burlan”.

La madre refirió que su hija es “tímida” desde niña ha sido “callada y asustadiza” y le costaba relacionarse con personas que no conocía bien; recuerda que no quiso quedarse en el jardín cuando tenía tres años. La profesora le manifestaba que lloraba constantemente, que no podían

calmarla. Después de varias semanas recién se adaptó; pero, aun así, le decía constantemente que no quería ir al colegio. Cada inicio de año de jardín le costaba adaptarse. En primaria las referencias de los profesores eran de una niña obediente, responsable y preocupada por sus tareas, una profesora le indicó que su hija tenía miedo leer en público y cuando lo hacía se ponía muy nerviosa. Es en secundaria donde comienza a notar mayores dificultades en su hija, empieza a comerse las uñas, a evitar actividades escolares como danza, actuaciones; y es la madre quien intercedía con los profesores para justificar, lo que contribuía a que su hija siga evitando y, por tanto, manteniendo el problema.

La tutora de su Colegio le comunico que en dos o tres oportunidades se había “descompensado” en clases, que no quería participar, la notaban aislada y que su rendimiento estaba bajando considerablemente, por sus faltas y por no cumplir actividades académicas relacionadas a participación y/o exposiciones.

Historia del Desarrollo de la Persona

Etapas Pre-Natal

La madre queda embarazada a los 36 años de edad, en ese momento el padre tenía 41 años. El embarazo no fue planificado, el padre al enterarse manifiesta rechazo y se produce “ruptura de la relación de pareja”. La madre refiere que durante el desarrollo de la gestación se encontraba emocionalmente tensa, recuerda que los primeros meses fueron difíciles “me sentía sola, la decepción del padre de mi hija, había mucha presión de mis padres, recuerdo que lloraba mucho, me sentía desesperada”. Recuerda que los síntomas, sobre todo los vómitos, fueron muy frecuentes e intensos. Indica que, al promediar el cuarto o quinto mes, se sentía más tranquila,

sus padres mostraron una actitud diferente de comprensión y apoyo. Asistió a sus controles periódicos y programados, la gestación dura 40 semanas.

Etapas Natal

La gestación fue a término, días antes se sentía “algo nerviosa y asustada”. Iniciado el trabajo de parto fue trasladada a un Hospital, el parto fue eutócico, según lo relatado sin complicaciones y aparentemente dentro de lo normal. La recién nacida fue acogida y aceptada por la madre y familiares maternos.

Etapas Post Natal.

Alimentación

Los primeros 4 meses la alimentación fue por leche materna exclusiva, luego alimentación maternizada (formula) debido a que la madre retomó sus actividades laborales como docente de nivel primario. Refiere que el destete fue complicado por ser abrupto e inesperado. Se generó tensión y frustración en la madre como en el infante. La lactancia se dio al promediar los 6 meses combinada con leche de fórmula, la alimentación y cuidado estuvo a cargo preferentemente por la abuela materna.

Desarrollo Psicomotor.

En cuanto a su desarrollo psicomotor refiere que gateó a los 7 meses, camino sola a partir del año y tres meses. Primeras palabras 1 año, Lenguaje estructurado y con sentido a los 2 años. Inicio control de esfínteres a los 2 años y medio siendo el control vesical por completo a los 3 años y medio con emisiones de orina por la noche. Preferencia del uso de la mano derecha.

Síntomas Neuropáticos.

La madre refiere y recuerda que su hija a la edad de 6 o 7 meses cuando lloraba se quedaba “privada” y se tornaba de color azulejo. Situación que le generaba preocupación ante lo cual decide llevarla al pediatra, quien le informa que era espasmos del sollozo, que era una condición normal en algunos niños y que con el tiempo desaparecería. El espasmo del sollozo remitió por completo a la edad de 2 años.

Etapas Pre-Escolar y Escolar

La adolescente ingreso al jardín a la edad de 3 años, con dificultad para adaptarse. Era la abuela quien la llevaba al colegio, quien le refería que no quería quedarse lloraba insistentemente e incluso la profesora le permitía que se quedara en el colegio; aun así, se mostraba temerosa y poco participativa, situación que se dio por 2 semanas aproximadamente, hasta que paulatinamente se fue adaptando. Durante la etapa preescolar indica que su nivel de aprestamiento fue el adecuado; sin embargo, la describe como una niña “tímida y asustadiza” frecuentemente mostraba rechazo a asistir a su centro de estudios

A la edad de 6 años pasa a primero de primaria, en el mismo colegio donde curso inicial, refiere que aprendió a leer y a escribir en ese mismo año, la asignatura donde sobresalía era matemática, la describe como una niña obediente, responsable con sus tareas. En las relaciones con sus pares era de pocos amigos, la profesora le indicaba que era callada en clase pero que trabaja y sobresalía en sus notas; más bien en las actividades de actuación era poco participativa, le decía que eran “pérdida de tiempo”. Indica que era “poco de defenderse” cuando alguien la molestaba. Recuerda que en quinto de primaria un compañero la molestaba constantemente le decía “cerebrita” a lo cual ella llegaba a su casa triste y llorando en algunas ocasiones; así mismo

no le gustaba el curso de arte porque el profesor gritaba, renegaba y los avergonzaba constantemente, los días que le tocaba la notaba ansiosa.

Continuo en ese mismo colegio hasta cuarto de secundaria, luego fue cambiada a un colegio “pre universitario” con el objetivo de que tenga una mejor preparación para que al termino de sus estudios secundarios se presenta a la universidad a la carrera de medicina. La menor acepto el traslado de colegio; sin embargo, se sentía triste por dejar a su mejor amiga en su anterior colegio y temerosa por “ser nueva”, y no conocer a nadie. Las primeras semanas en su actual colegio “fueron difíciles” no se sentía cómoda, pensaba que no les “agradaría a sus compañeros”, con dificultad para relacionarse e interactuar. Mostraba resistencia para ir al colegio, dejo de asistir por dos semanas. Su rendimiento escolar bajo considerablemente.

Desarrollo y Función Sexual

Empezó a percibir diferencias de sexo a los 4 años aproximadamente haciendo preguntas y asumiendo comportamientos de su género. Recibió información sobre sexualidad y cambios físicos tanto por su madre como por el colegio. Niega episodios de abuso sexual, refiere que su madre era reiterativa en el cuidado que tenía que tener al respecto; primera menarquia a los 11 años seguidos de cambios físicos a los que refiere le generaron a un inicio “vergüenza”, de orientación heterosexual, no refiere haber tenido enamorado; pero si haberse sentido atraída por un compañero de clase, cuando cursaba el segundo de secundaria, dice no poder entablar comunicación con compañeros varones y que se pone “muy nerviosa”. Se muestra incomoda en temas respecto a la masturbación y relaciones sexuales. Solo refiere que no es el tiempo que primeros son sus estudios.

Historia de la Recreación y de la Vida

La paciente refiere tener solo una amiga, que con el cambio de colegio se ha distanciado “era poco popular”, baja participación en actividades grupales, con tendencia al aislamiento, prefiere estar sola, evita las reuniones sociales (fiestas), “mi madre es muy desconfiada y por más que quisiera ir a una fiesta no me daría permiso”. Refiere que ha tratado de hacerse de amigos, pero “siento que no le voy a agradar, no sé qué decir me da vergüenza equivocarme y se burlen, además siento que piensan que soy rara”. No practica deporte “no soy buena en nada de deportes, en educación física prefiero no hacer no me gusta que me miren”. Indica que sus hobbies es mirar comics japoneses. Evita también reuniones familiares, la madre dice que la obliga para que asista, generando “arranques de cólera”.

Hábitos e Influencias Nocivas o Tóxicas

Actualmente su apetito es normal; sin embargo, refiere que en ocasiones la nota intranquila y buscando algo que comer. Últimamente, hace 3 meses aproximadamente, su sueño está alterado, refiriendo dificultades para conciliar el sueño “pienso mucho en lo que pasará en el colegio, si otra vez me pondré nerviosa”. Al día siguiente se despierta cansada y con sueño.

No refiere contacto con sustancias psicoactivas.

Enfermedades y Accidentes

La madre refiere que a la edad de 9 años la lleva a consulta psicológica por sugerencia de la profesora debida a que le manifestó que era una niña retraída y ansiosa. Dice que asistió en tres o cuatro oportunidades, luego de ello discontinuó por falta de tiempo y lo difícil que era conseguir cita por ESSALUD. Según refiere que el especialista le dijo que era “una niña tímida y que la

ausencia del padre le generaba inseguridad”. A la edad de 12 años acude al médico por molestias abdominales frecuentes, le diagnostican gastritis y nuevamente le sugieren que acuda al psicólogo. No siguió las recomendaciones, se intensificaron las molestias gástricas a lo cual le diagnostican colon irritable.

Hace dos días ingresa por emergencia por presentar cuadro ansioso. Motivo por el cual asiste a consulta psicológica por este nosocomio. Recibe tratamiento farmacológico por la especialidad de psiquiatría.

La madre la describe como una niña enfermiza con frecuentes procesos de resfrió, pero sin mayor complicación.

Personalidad Premorbida

La adolescente, desde niña fue introvertida, temerosa, poco sociable con sus pares, con tendencia al aislamiento, evitativa y con dificultades para adaptarse a situaciones y contextos nuevos, con rasgos ansiosos; así mismo, poca tolerancia a la frustración, contemplativa. Asimismo; la madre la describe como tranquila y obediente responsable por sus estudios. Sensible, cariñosa y colaboradora.

Antecedentes Familiares

Composición y Dinámica Familiar

La paciente proviene de familia monoparental, hija única. Vive con la madre, abuelos maternos y dos tíos. La madre, Roxana (51), profesora, actualmente trabaja como catedrática en la UNSA; el padre, Samuel (56), contador y trabaja en el área Administrativa del Grupo

“Gloria”; los abuelos Cristina de 72 años y Roberto de 80 años jubilados; así mismo, vive con los tíos Julio (48) y Margarita (45).

Los padres nunca llegaron a convivir se separaron cuando él se enteró que estaba gestando. El padre estuvo ausente hasta los dos años de edad aproximadamente, tiempo en el que toma iniciativa para conocer a su hija. La relación entre ambos padres es distante, tensa y en ocasiones se torna problemática. El padre da mensualmente una manutención; sin embargo, el contacto es mínimo, la frecuencia es una vez al mes o dos meses, la comunicación es generalmente por vía telefónica y muy cortante. La menor refiere que su padre es frío y que nunca ha mostrado interés por lo que le pase “lo hace por compromiso yo nunca le importe”. A la madre la describe de carácter fuerte, exigente, responsable, preocupado y pendiente de ella; así mismo indica que pasa mucho tiempo en su trabajo. La mayor parte del tiempo comparte con sus abuelos, es la abuela la que se encargaba prioritariamente de la crianza de la paciente. Con la abuela materna es con quien se evidencia un mayor apego y confianza. En la misma casa viven sus tíos, dice tener dificultades con su tío Julio, quien trata mal a su abuela, a quien lo describe como irresponsable y consume alcohol, la relación es tensa “...es irresponsable no se hace cargo de sus hijos, mi abuela se preocupa por el cuándo no viene, y así la trata mal”, refiere que la adolescente se ha enfrentado varias veces con su tío e incluso una vez él le dio una bofetada, se encontraba en estado etílico. La menor refiere tenerle mucha cólera y prefiere que se vaya. La tía es soltera la describe de carácter fuerte.

Antecedentes Patológicos

La madre refiere que hace dos años se enteró que la hermana de su padre intentó suicidarse, sabe que estaba en tratamiento psiquiátrico por depresión. El abuelo sufre de hipertensión en tratamiento. El tío materno impresiona tener problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Evaluación Conceptualizada de la Persona y sus Problemas

Resultados de la Evaluación Psicométrica

En la etapa de evaluación, y a través del perfil Clínico para adolescentes (MACI) nos muestra una persona con rasgos de introversión, sumisa y conformista; es decir se muestra reservada, tranquila y poco sociable, bondadosa, sentimental, extremadamente renuente a imponerse, tomar iniciativa, dependiente, temor a la separación; asimismo, tiende a ser respetuosa y consciente de la norma, tiende hacer lo “correcto”, no suele contener sus emociones, tensa, prefiere vivir de manera ordenada y planificada, evita situaciones imprevistas o inesperadas.

En cuanto a las preocupaciones expresadas por la adolescente proyecta inseguridad con los pares y desvalorización de sí mismo. Muestra consternación y tristeza por ser rechazada por sus compañeros, queriendo su aprobación, inconforme con la imagen de sí misma, encuentra que hay muy poco que admirará en ella misma y teme que se quedará muy lejos de aquello que quiere llegar a ser.

En la presencia de Síndromes Clínicos puntuó alto en el área de sentimientos de ansiedad indicando una sensación de aprensión acerca de temas que la mantiene inquieta y nerviosa. Incomoda, desosegada y afecto depresivo leve. (Código 3**17*-/E**-*BA//EE**-*FF//)

Se utilizó el Inventario de Situación y Respuesta de Ansiedad (ISRA). A través de este inventario podemos obtener un resultado de ansiedad total o rasgos de ansiedad, nos indica

puntuaciones en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y en cuatro áreas de desempeño como son: ansiedad de evaluación, interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante la vida cotidiana.

En relación a este inventario se obtuvo resultados que indica una ansiedad total de nivel severo equivalente a un centil de 90. En cuanto a los sistemas de respuesta de ansiedad, a nivel Cognitivo (95), se evidencia un nivel de ansiedad severo que está reflejado por creencias e interpretaciones sesgada, donde la preocupación es un componente determinante, presencia de dispersión de la atención y concentración, indefensión, inseguridad, temor persistente y la dificultad para tomar decisiones; a nivel Fisiológico (centil 85, es decir severa) hay una marcada excitabilidad del Sistema Nervioso Autónomo, rubor, taquicardias, sudor excesivo, sensación de ahogo y pérdida de control; a nivel motor obtuvo un centil de 90 lo que implica un nivel severo, presentando conductas de seguridad y evitativa como; ausencia de contacto visual, caminar rápido, tensar los músculos de la extremidades para evitar temblar, paralizaciones, llanto, pasar desapercibida, torpeza, etc.

En cuanto al desempeño en áreas determinadas se obtuvo las siguientes valoraciones: en FI, lo que respecta a la respuesta de ansiedad ante la evaluación se obtuvo un nivel de ansiedad severa (centil 90); en FII o ansiedad interpersonal (centil 99) se encuentra en un nivel extremo de ansiedad ante contextos que conlleve una directa interacción con las personas, aumentando la puntuación en circunstancias que debe conocer gente nueva; en FIII o ansiedad fóbica (centil 45) presenta un nivel de ansiedad moderado ante diversos estímulos fóbicos; y en F IV que representa situaciones cotidianas (centil 80), lo que implica un nivel severo de ansiedad al efectuar sus actividades cotidianas.

Asimismo, realizando un análisis por situaciones (22items) en los tres niveles (cognitivo, fisiológico y motor), se obtuvo mayor frecuencia a la respuesta en las siguientes situaciones: hablar en público, frente a un examen o entrevista, cercanía con persona del sexo opuesto, ser observada, recibir críticas o siempre que pueda ser evaluada, y cuando tiene que asistir a un encuentro social o conocer gente nueva.

En el cuestionario del Estado de Ansiedad social (CEAS) las situaciones que evita con mayor frecuencia son: hablar con el sexo opuesto, hablar en una reunión informal, hablar en público, hablar con compañeros de estudio.

Las conductas que lleva a cabo, en situaciones sociales con el fin de controlar su ansiedad o la posible evaluación negativa son: intentar pasar desapercibida, no mirar, hablar poco y bajo.

Los pensamientos que se genera cuando está socialmente ansiosa se centran en: no les caigo bien, todos me miran, temblare, sudare, me podre roja, se reirán de mí, diré cosas totas, notarán que estoy nerviosa y que soy rara.

En el cuestionario de habilidades sociales (HHSS) obtuvo un puntaje total de 97 que indica que existe un deficit en sus habilidades que equivale a bajo. En cuanto a las áreas evaluadas como: asertividad, promedio bajo (33); comunicación, bajo (24); autoestima, bajo (21) y toma de decisiones, bajo (19)

Evaluación Clínica Conductual

El motivo principal de la paciente y por lo que ingresa de emergencia y posteriormente acude por consultorio externo es su “crisis de ansiedad”, los cuales se dieron con mayor incidencia e intensidad el último mes. Durante los ataques de pánico aparecían temblores, sudoración, sensación de falta de aire, taquicardia, sensación de irrealidad y pedida de control. El último

episodio se dio cuando se encontraba en su centro de estudios y tenía programado evaluaciones del curso de inglés. Su temor radicaba principalmente a la evaluación negativa por su desempeño a equivocarse al hablar; pensaba que se olvidaría su discurso, que sus compañeros se burlarían de ella; que se den cuenta que está nerviosa y que la profesora le llame la atención y se enoje.

Generalmente los episodios de ansiedad ocurren en contextos sociales de participación e interacción, teniendo como conducta frecuente el tratar de evitar dichos contextos. En muchas ocasiones se generaba ansiedad en situaciones previas al evento social temido.

Las situaciones que desencadenaban los ataques de pánico eran por una parte los actos sociales, tales como hablar en público y la interacción específicamente con sus pares; impregnada de ideas de valoración y de análisis negativo sobre su persona y desempeño.

De las actividades de autorregistro y de la entrevista se identificaron creencias o pensamientos aprensivos automáticos principales. Cuando predecía se exponía o interactuaba socialmente en su centro de estudios. Fabiana solía pensar “Espero no ponerme nerviosa” y “Espero que no se den cuenta que estoy nerviosa y que piensen que soy una tonta”. Las sensaciones fisiológicas que manifestaba con mayor frecuencia era la sensación de sudar, temblar, ruborizarse y sensación de falta de aire. La principal preocupación de la adolescente era de sudar y temblar. Estas respuestas eran interpretadas como un indicio o señal de que se encontraba ansiosa, sensación de haber perdido la calma y no sería capaz de comunicarse con claridad y sensatez ante sus compañeros. Le generaba intranquilidad que sus compañeros se den cuenta de sus síntomas de ansiedad y empiecen a preguntarse qué es lo que le está ocurriendo.

A partir de sus pensamientos e interpretaciones ansiosas de contenido negativo sobre sus respuestas automáticas (sudor, rubor, temblor, etc.). Fabiana esbozaba varias conductas de seguridad y evitación casi de forma automática. Conductualmente conversaba lo menos posible

en encuentros sociales, evitaba el contacto visual, buscaba pasar desapercibida, (es decir, evitación); su tono de voz era bajo, en circunstancias cuando se veía forzada a interactuar con los demás (es decir, respuesta de escape). Evitaba constantemente el contacto ocular, la mirada era hacia el piso y apresuraba el paso. Se mostraba hipervigilante ante las sensaciones de ansiedad, por ejemplo, constantemente verificaba el sudor en su frente y se secaba las manos en su vestimenta, tensionaba sus músculos de las extremidades para evitar temblar. Su recurso de afrontamiento cognitivo automático era repetirse tengo que tranquilizarme para dejar de sentirme ansiosa, en algunos momentos trataba de respirar para relajarse. En consecuencia, su primordial conducta defensiva automática para asegurar su seguridad era hablar poco, evitar establecer contacto ocular y ubicarse en un lugar que pase desapercibida.

Se identificó varios sesgos cognitivos en el pensamiento ansioso de Fabiana en relaciona a las situaciones sociales. Generalmente catastrofizaba en relación a su creencia de que sudar y ponerse “nerviosa” era anormal y que las demás personas interpretaban como señal de ineptitud. Estaba completamente convencida de que una vez identificara señales de “nerviosismo”, esto significaba que se encontraba ansiosa y que perdería la calma y el control. De esta interpretación se relacionaba con su pobre desempeño y, que los demás evaluarían como incompetencia social y tendrían la idea de que es una “tonta”. La visión de túnel era otro error cognitivo porque Fabiana solía procurarse a menudo por identificar las respuestas de ansiedad y centrarse selectivamente en su “nerviosismo” en los contextos sociales. También recurría al razonamiento emocional porque sentirse incomoda en los contextos sociales significaba que estaba en peligro de no desempeñarse adecuadamente con mayor posibilidad de cautivarr la atención ajena. Era frecuente el sesgo cognitivo de saltar conclusiones en el sentido que predecía que tendría un mal desempeño, se darán cuenta que está nerviosa, y se quedara en blanco cuando tenga que hablar o

exponer en clases. Por último, tendía a pensar en la ansiedad en términos de todo o nada, por lo cual varias situaciones estaban relacionadas con la amenaza social y eran intolerables, mientras que otras situaciones eran enteramente seguras (por ejemplo, estar sola en los recreos).

Fabiana exhibía recursos intencionados de afronte en oportunidades buscaba relajarse físicamente en las situaciones sociales ejecutando ejercicios de respiración, trataba de responder a las preguntas de compañeros y profesores los más breve posibles, postergaba preguntas a los docentes sobre algún punto que no entendió, y se mantenía en silencio y distante en las reuniones. Fabiana prefería responsabilizarse por los trabajos en grupo y hacerlos sola de preferencia en su casa, lo que conllevaba a que se cargue de tarea. Todas estas estrategias eran algo efectivas para reducir su ansiedad social. Le preocupaba que, si cambiaba su enfoque ante la ansiedad social, su vida escolar fuera mucho más estresante.

La preocupación desempeñaba un rol fundamental en la ansiedad social de Fabiana. Se preocupaba todos los días por las posibles interacciones sociales que podría darse, se preguntaba si sentiría o no mucha ansiedad a lo largo del día y si, en consecuencia, sería una “tonta” social. También le preocupaba que la ansiedad que pueda experimentar pudiera no desaparecer y genere un efecto negativo en su salud y proyecto de vida; ya que ese era su último año en el colegio y tenía pensado estudiar una carrera Universitaria. Las estrategias cognitivas de afronte eran bastante limitadas recurría en ocasiones a que todo iba a salir bien y auto-instrucciones positivas para controlar su ansiedad. Concluía que en general no lograba controlar su ansiedad con efectividad y que la mejor estrategia era minimizar el contacto social tanto como fuera posible.

En consecuencia, la paciente presenta numerosas conductas problemas, fundamentalmente miedos, sesgos cognitivos y conductas evitativas. Se detalla a continuación:

- Pensamientos anticipatorios de evaluación negativa del entorno en situaciones concretas o específicas (hablar en público, exponer, sudar, ponerse nerviosa y que se den cuenta); en relación a interacciones sociales como: empezar y establecer una conversación, integrarse en grupos, conocer a alguien, acudir a reuniones sociales.
- Errores atencionales enfocados en su comportamiento en circunstancias sociales.
- Errores interpretativos que denotan amenaza a los estímulos ambiguos o neutros (como miradas, temblor, etc.).
- Ausencia significativa de actividades sociales reforzantes.
- Evita y se retrae socialmente (por ej. No salir con amigos o compañeros de clase, aislarse en su centro de estudios).
- Evitaciones conductuales, por ejemplo, conversaciones con amigos, solicitar información, intervenir en clase, presentar trabajos expositivos, ausentar en exámenes.
- Conductas de seguridad como quedarse callada, no establecer contacto visual, etc.
- Pensamientos negativos sobre sí mismo. “soy torpe, no se expresarme”; y que a veces atribuye a los demás (“piensa que soy torpe, rara inepta”); y anticipatorias negativas (“me bloquearé, me rechazaran, hare el ridículo, no les agradare”).
- Ausencia en el uso de habilidades sociales, como no hacer o responder a críticas de forma asertiva, dificultades para saber decir no o expresar emociones.
- Presencia de una alta activación fisiológica.

Análisis Funcional Conductual

Identificación de las “áreas problemas”

“crisis de ansiedad” como respuesta al miedo intenso frente a situaciones sociales.

Operacionalización de las “áreas problemas”

Fisiológico: opresión en el pecho, dificultad para respirar, sensación de ahogo, sudoración excesiva, rubor, fuertes palpitaciones, sensación de vómito y de desmayo.

Emocional: miedo, ansiedad, desesperación, tristeza, “nerviosismo”.

Cognitivo: pensamientos recurrentes negativos sobre su persona y desempeño, “pensaran que soy una tonta, rara”, “se burlaran de mí, hare el ridículo”, “espero no ponerme nerviosa” “espero que no se den cuenta que estoy nerviosa y que piensen que soy una tonta”, “siento que lo hare mal” “soy torpe”, “no les agrado”.

Motor: no mirar a los ojos, tartamudear, caminara rápido, mirar al piso, llanto, torpeza, pasar desapercibida, no hablar, hablar despacio, evitación.

Variables Moduladoras (disposicionales y facilitadores ambientales)

Adolescencia, Introversión, inhibición, baja autoestima, pensamientos negativos centrales, déficit de habilidades sociales, demanda social, pocos amigos, cambio de colegio.

Variables protectoras: *familia como fuente de apoyo, motivación para mejorar, fortalezas personales (respetuosa, responsable, tiende hacer lo correcto, aplicada, ordenada, “buena estudiante”)*.

Hipótesis de Mantenimiento

Respuestas condicionadas.

- Palpitaciones, ahogo, sudoración, rubor, sensación de desmayo y vómito, ganas de llorar

- Miedo, tristeza, ansiedad.
- Pensamientos: “pensaran que soy una tonta, rara”, “se burlaran de mí, hare el ridículo”, “espero no ponerme nerviosa” “espero que no se den cuenta que estoy nerviosa y que piensen que soy una tonta”, “siento que lo hare mal” “soy torpe”, “no les agrado”.

Respuestas operantes

- Respuestas de evitación: no asistir al colegio, evitar relacionarse con compañeros, aislarse, no participar, evitar mirar a los ojos, pasar desapercibida, caminar rápido.

Antecedentes (EI o EC) de las Respuestas Condicionadas y Establecer Cadenas E-R

Los “crisis de ansiedad” se operativiza en forma de ahogo, sudoración, palpitación opresión precordial, etc.; es una respuesta ante determinados estímulos, por lo que es una RC, y por lo tanto explicable desde el condicionamiento clásico. Así mismo, la ansiedad se produce como consecuencia de sus pensamientos negativos recurrentes: “pensaran que soy una tonta, rara”, “se burlaran de mí, hare el ridículo”, etc.

EC.....RC

Pensamientos negativos recurrentes “crisis de ansiedad”

Además, esos pensamientos son la respuesta ante situaciones sociales como: interactuar con sus compañeros, hablar en público, rendir exámenes, trabajos grupales, exposiciones en clases.

EC.....RC

Situaciones sociales pensamientos negativos recurrentes

EC.....RC

“crisis de ansiedad”

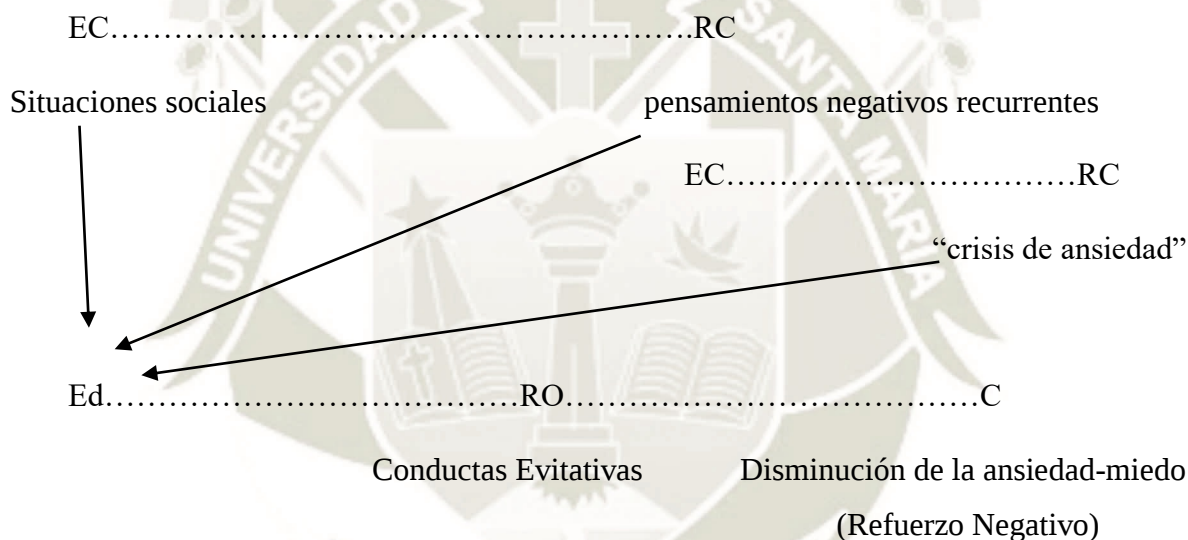
Consecuentes de las Respuestas Operantes

La conducta operante en este caso tiene como finalidad disminuir la ansiedad. Efectivamente, para Fabiana la conducta evitativas ante situaciones sociales disminuye o alivia su ansiedad.

Ed.....RO.....C

Cadena EC-RC Conductas Evitativas Disminución de la ansiedad-miedo
(Refuerzo Negativo)

El análisis funcional de estas áreas problemas seria de la siguiente el siguiente:



Por último, podemos ver que hay una serie de consecuencias a mediano y largo plazo derivadas de esas cadenas y de la ansiedad que siente:

Menos relaciones sociales y amigos.

Bajo rendimiento escolar.

Aumento de la autocrítica y rechazo de los demás.

Disminución del estado de ánimo.

Tabla 5

Análisis Funcional de la Conducta

ANTECEDENTES	TIPOS DE RESPUESTA			CONSECUENTES
	R.F.	R.C.	R.M.	CP
• Hablar en publico • Exponer en clases • Iniciar y mantener conversaciones • Interactuar con sus compañeros • Relacionarse con el sexo opuesto • Realizar trabajos grupales. • Hacer peticiones • Recibir criticas • Rendir exámenes • Trabajar delante de otro • Comer o beber delante de compañeros	• Taquicardia • Palpitaciones • Temblor (voz, manos) • Sudoración • Rubor • Nauseas • Sensación de desmayo • Sensación de ahogo	• “pensaran que soy tonta, rara” • “se burlarán de mí, hare el ridículo” • “siento que lo hare mal” • “soy torpe” • “no les agrado” • “se darán cuenta que estoy nerviosa”	• Pasar desapercibida • Escapar de las situaciones • No asistir • Hablar despacio • No hablar • Caminar rápido • Torpeza • Llanto	• Disminución de la ansiedad. (Ref. -) • Disminución del miedo (Ref.-) M.P./L.P. • Bajo rendimiento escolar (Cast. -) • Menos relaciones sociales (Cast. -) • Menos amigos (Cast. -) • Baja autoestima (Cast. -) • Rechazo de los amigos (Cast. +) • Pérdida de reforzadores (Cast. -) • Aumento de la autocritica (Cast.+)

Impresión Diagnostica

Paciente de 16 años, impresiona que su esfera intelectual se encuentra conservada y dentro de los parámetros normales. Personalidad en estructuración con rasgos de introversión, sumisa y conformista, inseguridad comportamiento evasivo y ansioso. Sintomatología principal es el miedo intenso relacionado con situaciones sociales, preocupación por reacciones corporales, por la evaluación negativa; asimismo, los ataques de pánico estaban relacionados con interacciones sociales. Fobia Social, CIE 10: F40.10 con ataques de pánico.

Planificación del Tratamiento

- Formar en el modelo cognitivo conductual y psicofisiológica de la ansiedad.
- Disminuir el nivel de respuesta fisiológica asociado a la ansiedad social.
- Reducir la ansiedad anticipatoria corrigiendo el sesgo de interpretación de la amenaza social y previniendo la evitación de las situaciones sociales que provocan la ansiedad.
- Contrarrestar el exceso de autoconciencia durante la exposición social mediante la redirección del procesamiento de información a las claves sociales externas positivas.
- Eliminar las estrategias de seguridad empleadas para disminuir y reducir la ansiedad
- Fortalecer la tolerancia a la ansiedad y una perspectiva de afrontamiento más adaptativa.
- Reducir la inhibición, mejora de habilidades sociales, favorecer un estándar de actuación más realista y desarrollar una autoevaluación más equilibrada de la actuación social.
- Eliminar las rumiaciones post evento e incrementar las relaciones más adaptativas de las actuaciones sociales pasadas y sus efectos.

- Modificar las creencias centrales sobre la vulnerabilidad personal en la interacción social, la amenaza de la evaluación negativa de los demás y de la persona como objeto social

Protocolo de Tratamiento

Tabla 6

Psicoeducación

Sesiones 1 y 2	
Objetivo	Formar en el modelo cognitivo conductual y explicar la psicofisiológica de la ansiedad
Desarrollo de la sesión	• Análisis Funcional del Problema • Ilustrar las características importantes del modelo cognitivo. • Identificar los procesos cognitivos sesgados asociados con experiencias de ansiedad social. • Explicación de la psicofisiológica de la ansiedad y plantear las tres fases de la ansiedad social con la finalidad de identificar las consecuencias de la amenaza social durante la anticipación, exposición y recuerdo posterior al evento de las situaciones sociales. • Explicar los efectos perjudiciales del aumento de la atención centrada en uno mismo, de las conductas inhibitorias y de no procesar la información externa; así como los efectos maladaptativos de las conductas de seguridad o disimulo.

- Justificar el tratamiento en la práctica de identificar y corrección del pensamiento erróneo, la adopción de un enfoque más positivo de la ansiedad y la exposición gradual pero repetida a las situaciones temidas son elementos críticos en el tratamiento

Tabla 7

Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva

Sesiones 3 -8	
Objetivo	Disminuir el nivel de respuesta fisiológica
Desarrollo de la técnica	Se instruye a la paciente para tensar un grupo de músculos específicos con tanta fuerza como pueda sin que produzca un dolor. Mantener la tensión durante 5 a 7 segundos, y luego percibir la tensión en el grupo muscular, después relajar y descargar la tensión y percibir la sensación de relajación que se produce cuando se descarga la tensión. Seis sesiones de entrenamiento de 20 minutos y dos prácticas diarias de 15 minutos en casa. (ver guía de trabajo: actividad N°3).

Tabla 8

Jerarquía de situaciones

Sesión 4	
Objetivo	Elaborar jerarquía de situaciones

Desarrollo de la técnica	La paciente establecerá una jerarquía de sus experiencias, de menos a más difícil en términos de ansiedad y evitación social. Esta jerarquía recogerá entre 10 a 15 situaciones relevantes. Se le pedirá que especifique el pensamiento ansioso principal asociado a cada situación. Para cada situación de la jerarquía se estima el nivel de ansiedad, valorándola sobre una base de una escala de 0 a 100. En la elaboración se tomó en cuenta los registros y cuestionarios de la paciente.(ver guía de trabajo: actividad N° 2)
---------------------------------	---

Tabla 9

Reestructuración Cognitiva

Sesiones 5 a 15	
Objetivos	• Reducir la ansiedad anticipatoria corrigiendo el sesgo de interpretación de la amenaza social y previniendo la evitación de las situaciones sociales que provocan la ansiedad. • Eliminar las estrategias de seguridad empleadas para disminuir y reducir la ansiedad. • Eliminar las rumiaciones post evento e incrementar las relaciones más adaptativas de las actuaciones sociales pasadas y sus efectos.
Desarrollo de la técnica	Se tomó en cuenta los siguientes elementos para la reestructuración cognitiva: • Identificar un periodo reciente de ansiedad anticipatoria.

-
- Valorar el nivel de ansiedad (0 al 100)
 - Recurrir al descubrimiento guiado para identificar la interpretación central de amenaza social.
 - Valorar la probabilidad y gravedad percibida de la amenaza social.
 - Desafiar la amenaza social central.
 - Elaborar una interpretación alternativa más realista de la amenaza anticipatoria.
 - Revalorar la probabilidad y gravedad de la amenaza social y de su alternativa sobre la base de las pruebas existentes.
 - Asignar un experimento conductual.

Se trabajó las siguientes estrategias de corte cognitivo:

Identificación de errores cognitivos

Se le enseñó a ser más consciente de los errores cognitivos que tiende a cometer cuando siente ansiedad frente a situaciones sociales.

Se le presentaron las seis formas de errores cognitivos que son comunes en la ansiedad (tendencia a catastrofizar, saltar a conclusiones, visión de túnel, miopía, razonamiento emocional y pensamiento de todo o nada).

La identificación de errores se realizará revisando en primer lugar sus autorregistros de pensamientos durante la sesión y comentando los errores que sean visibles en el pensamiento ansioso de la paciente.

Se le asigna tareas para casa en las que se registre ejemplos de errores cognitivos extraídos de sus experiencias cotidianas.

Y se le anima a incorporar la identificación de errores cada vez que inicie el pensamiento ansioso anticipatorio.

(Se le brindo lista de errores cognitivos, ver guía de trabajo: actividad N° 4).

Recogida de evidencias

En esta intervención se cuestionó sobre las evidencias favorables y desfavorables a sus creencias de que la amenaza es muy probable y conducirá a graves consecuencias.

Tras identificar el pensamiento o creencia nuclear y obtener una valoración de la creencia se le formuló una serie de preguntas:

En los momentos de ansiedad, ¿qué ocurre para convencerle de la probabilidad de que ocurra la amenaza?, ¿qué evidencia hay de que el resultado vaya a ser tan grave?, ¿existe alguna evidencia contradictoria que indique que el resultado no será tan malo como piensa?, ¿Qué le hace confirmar en las evidencias de su pensamiento ansioso?, ¿cree que puede estar exagerando la probabilidad y la gravedad del resultado?, en base a las evidencias, ¿qué estimación es más realista o posible sobre la probabilidad y gravedad de que lo peor pueda ocurrir? (ver comprobación de valoraciones ansiosas: búsqueda de evidencias: actividad N° 5)

Decatastrofizar.

Confrontar “hipotéticamente el peor escenario posible” asociado con una preocupación ansiosa, la evaluación de la probabilidad de este escenario

y, a continuación, la construcción del resultado angustiosos más moderado y probable.

Generar la sensación de autoeficacia para el manejo de los resultados futuros negativos y fortalecer el procesamiento de información de seguridad y de señales de rescate en las situaciones temidas.

Se obtiene de la paciente la descripción detallada y completa del peor escenario posible, utilizando preguntas ¿qué es lo peor que podría ocurrir? O ¿Qué es tan malo de eso?, se utilizó técnica de la flecha descendente. Se debe animar a describir todos los aspectos de la catástrofe temida incluidas sus consecuencias para ella misma y para los demás (¿cómo cambiaría tu vida?), la probabilidad que ocurra, su gravedad y la incapacidad que percibe para afrontarla. Identificar si la paciente reconoce alguna señal o rasgo de seguridad en el peor escenario posible. Se plante imaginar la catástrofe para obtener los aspectos con carga emocional del peor escenario posible.

Las valoraciones de la ansiedad experimentada mientras se comenta o imagina la catástrofe se recoge como forma de demostrar los efectos de inducción de la ansiedad que produce la catastrofización.

Lograr que la paciente describa por escrito la catástrofe es un modo efectivo de reducir la posible evitación cognitiva.

Luego de una clara descripción del peor escenario posible, se introduce el enfoque de resolución de problemas como procedimiento para

contrarrestar esta forma de pensamiento. La estrategia de recogida de evidencias es útil para evaluar la probabilidad del peor escenario.

Como alternativa a la catástrofe se elabora un resultado negativo más realista e intermedio.

Tabla N° 10

Feedback tras rol play

Sesiones 16-20	
Objetivo	Contrarrestar el exceso de autoconciencia durante la exposición social mediante la redirección del procesamiento de información a las claves sociales externas positivas. Reducir la inhibición, mejora de habilidades sociales, favorecer un estándar de actuación más realista y desarrollar una autoevaluación más equilibrada de la actuación social.
Desarrollo de la técnica	En sesión terapéutica se empezará interpretando con la paciente situaciones sociales, entre leves y moderadas, que se extrae de la jerarquía de la ansiedad previamente ya elaborada. Se pide que la paciente interprete el papel de “cómo suele responder habitualmente en la situación”. Se obtiene valoraciones de la ansiedad observando los pensamientos y las interpretaciones ansiosas del individuo asociadas con la situación interpretada.

Se propone un enfoque alternativo donde la paciente cambia su foco de atención de lo interno a procesar el feedback externo de los demás.

Las respuestas de seguridad o de ocultación se eliminan y se favorece la atención hacia las señales positivas de contexto externo.

Se elabora afirmaciones de afrontamiento adaptativas que contrarresten las interpretaciones automáticas de amenaza social.

Después de esto se modela este enfoque más adaptativo en el rolplay, tras lo cual el cliente practica repetidamente el enfoque constructivo y recibe el feedback correctivo del terapeuta.

Tabla N° 11

Exposición in vivo

(Comprobación de hipótesis empíricas)

Sesiones 21-25

Objetivo

- Fortalecer la tolerancia a la ansiedad y una perspectiva de afrontamiento más adaptativa.
- Modificar las creencias centrales sobre la vulnerabilidad personal en la interacción social, la amenaza de la evaluación negativa de los demás y de la persona como objeto social

Desarrollo de la técnica

Se identificará una afirmación clara y específica de la interpretación de la amenaza (creencia o pensamiento ansioso) que se convertirá en el objetivo del ejercicio. Se registrará la valoración ansiosa en el Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas (guía de trabajo: actividad N°6)

y pedir que valore su creencia de 0 a 100, en ese momento que comienza el ejercicio conductual. Posteriormente se especifica una interpretación alternativa que sea distinta y más plausible que el pensamiento o creencia ansiosa.

La alternativa se registra en el formulario y se pide a la adolescente que vuelva a valorar la creencia al finalizar el experimento conductual.

Las valoraciones de la creencia serán indicativas de si el experimento conductual ha producido un cambio de la creencia desde la perspectiva centrada en la amenaza hasta el punto de vista alternativo.

En la planificación del experimento, es importante anotara suficientes detalles sobre cómo debería desarrollarse el experimento para que la paciente sepa con certeza qué debe hacer en determinado momento y en una localización particular.

Es impórtate registrar la hipótesis especifica que refleja el resultado del experimento que prevé la paciente (¿qué cree que ocurrirá durante el ejercicio?).

La paciente deberá registrar y describir el procedimiento empleado para llevar a cabo el experimento y su resultado tan pronto como le sea posible después de concluido el experimento.

En sesión se evalúa los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los pensamientos y sentimientos, cambios en el estado físico, pruebas relativas a cualquier conducta de seguridad o medidas auto protectoras

que se vayan utilizando, observaciones sobre como reaccionaron otras personas, el contexto y cambios observables en los pensamientos.

Por último se sintetizara los hallazgos y extraer conclusiones para desarrollar un nuevo enfoque de la ansiedad.



Capítulo III

Aplicación del Programa de Intervención y sus Resultados

Objetivos Terapéuticos del Programa Articulados a las Técnicas de Intervención

Se realizaron 25 sesiones de 1 hora por 4 meses continuos. El tratamiento fue orientación cognitivo conductual e incluyo autorregistros, entrenamiento en respiración controlada, relajación, entrenamiento en atención, restructuración cognitiva, auto exposición en vivo y enteramiento en habilidades sociales.

En las dos primeras sesiones se desarrolló la psicoeducación donde se elaboró conjuntamente el análisis funcional del problema, esencialmente se formó en el modelo cognitivo conductual y se explicó la psicofisiológica de la ansiedad. En estas sesiones se justificó también el tratamiento en la práctica de identificar y corregir los pensamientos erróneos y la adopción de un enfoque más positivo con respecto a la ansiedad, que se tendrá en cuenta en sesiones posteriores. Desde el inicio de la intervención la paciente registro las situaciones ansiógenas junto con sus pensamientos y reacciones a las mismas.

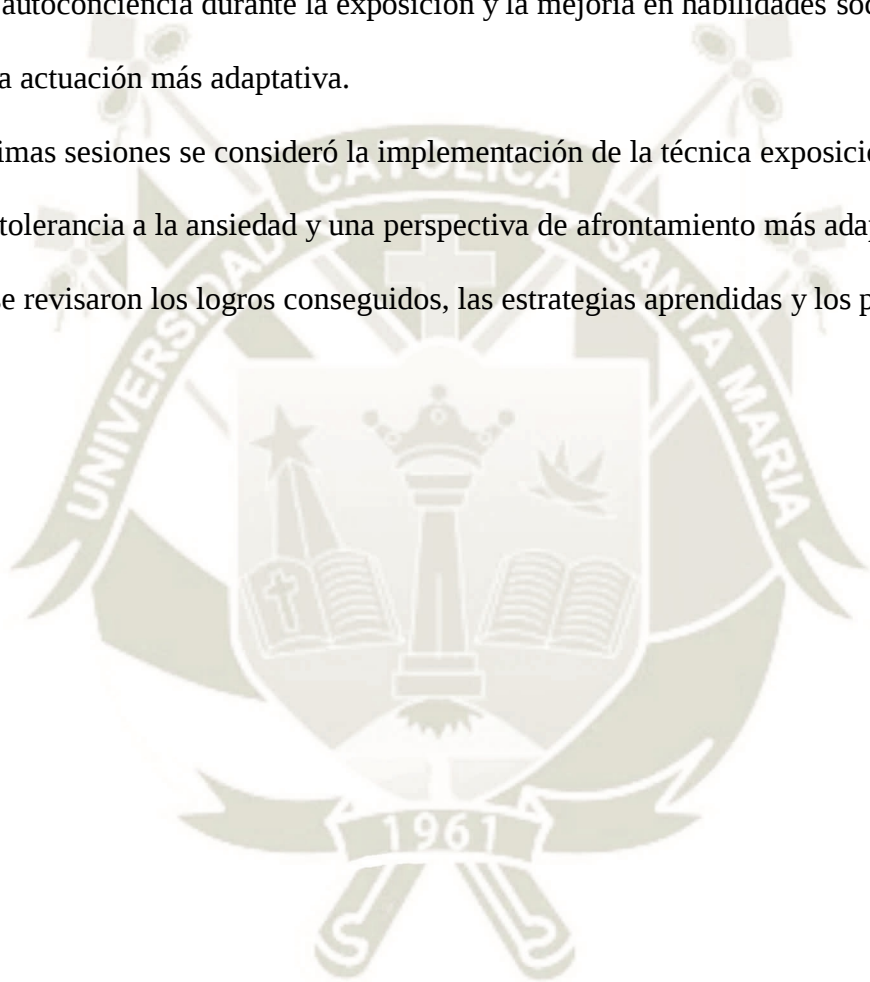
Luego de explicar la psicofisiológica de la ansiedad en las sesiones anteriores, se estructuro varias sesiones con el objetivo de disminuir los niveles de respuesta fisiológica teniendo en cuenta para ello el entrenamiento en la respiración diafragmática y relajación muscular como técnicas que han demostrado su eficacia en los trastornos de ansiedad.

En la sesión 4 se elaboró la jerarquía de exposición y esta última se aplicó en forma de auto exposiciones hasta las sesiones finales. La exposición fue graduada, incluyó la realización de las actividades temidas y/o evitadas, junto con el abandono progresivo de las conductas defensivas, y fue planeada como experimentos para poner a prueba las supuestas consecuencias temidas. Como

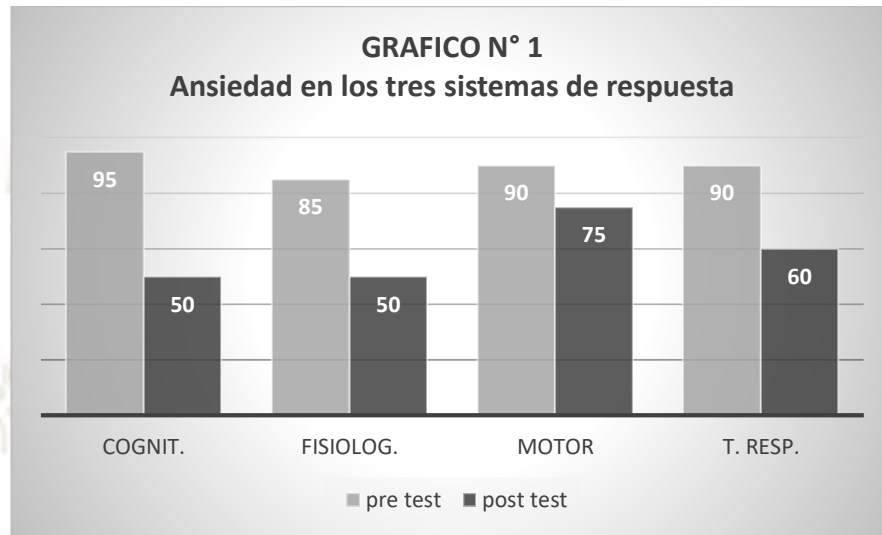
apoyo para la exposición, se introdujo la restructuración cognitiva con los objetivos de reducir la ansiedad anticipatoria, eliminar estrategias de seguridad y las rumiaciones post evento. Todo ello para modificar creencias centrales de vulnerabilidad personal en la interacción social.

En el plan terapéutico se tuvo en cuenta el feedback y rol playing con la finalidad de disminuir el exceso de autoconciencia durante la exposición y la mejoría en habilidades sociales para favorecer una actuación más adaptativa.

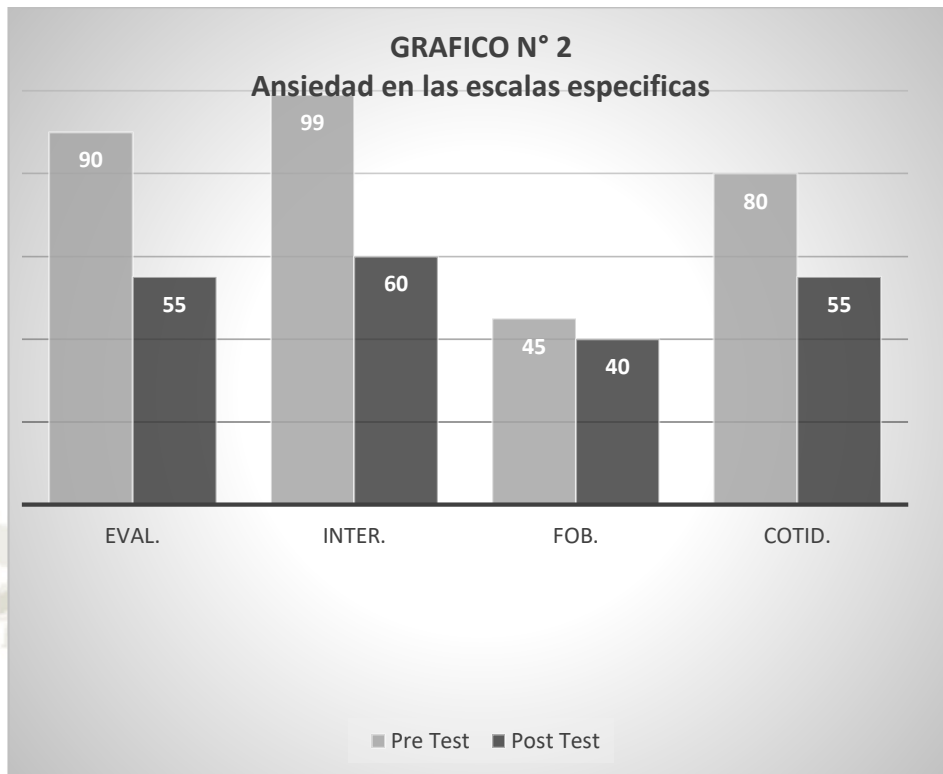
En las últimas sesiones se consideró la implementación de la técnica exposición en vivo para fortalecer la tolerancia a la ansiedad y una perspectiva de afrontamiento más adaptativa. Finalmente se revisaron los logros conseguidos, las estrategias aprendidas y los post test.



Descripción De Los Resultados



En el grafico N° 1 se muestra una disminución de los niveles de ansiedad en su triple sistema de respuesta y en el rasgo general de ansiedad. Se pasó de una ansiedad severa a una ansiedad moderada y según el instrumento evaluado en esta última categoría se encuentra el 50 % de la población normal y un menor porcentaje de sujetos con problemas clínicos. En el sistema cognitivo, en cuanto a lo que refiere temor a ser evaluado negativamente, dificultad para concentrarse, inseguridad, dificultad para tomar decisiones hubo una mejoría significativa; al igual que en el sistema de respuesta fisiológico relacionado con respuestas del sistema autónomo (nauseas, mareos, sudoración, dificultades respiratorias, etc.). En cuanto a la respuesta motora que comprender movimientos repetitivos, rascarse, frotarse las manos y en general hacer cosas sin una finalidad concreta la disminución no fue muy significativa; pero, disminuyo para estar en los límites de lo moderado.



El Grafico N° 2 muestra las áreas situacionales, evaluadas por el ISRA en el post test se obtuvo puntajes por debajo del pre test, lo que evidencia una disminución significativa en situaciones problemáticas para la adolescente como: situaciones que implica evaluaciones y responsabilidades (hablar en público, hacer un examen, ser observado, tomar decisiones, recibir una crítica, posibilidad de ser evaluado negativamente); de interacción social (asistir a reuniones sociales, conocer personas nuevas, hablar con personas del sexo opuesto, ir a una cita); y de situaciones habituales o de la vida cotidiana (estudio, hora de dormir, por nada en concreto). En el área de situación fóbica tanto en el pre y post test la puntuación fue baja.

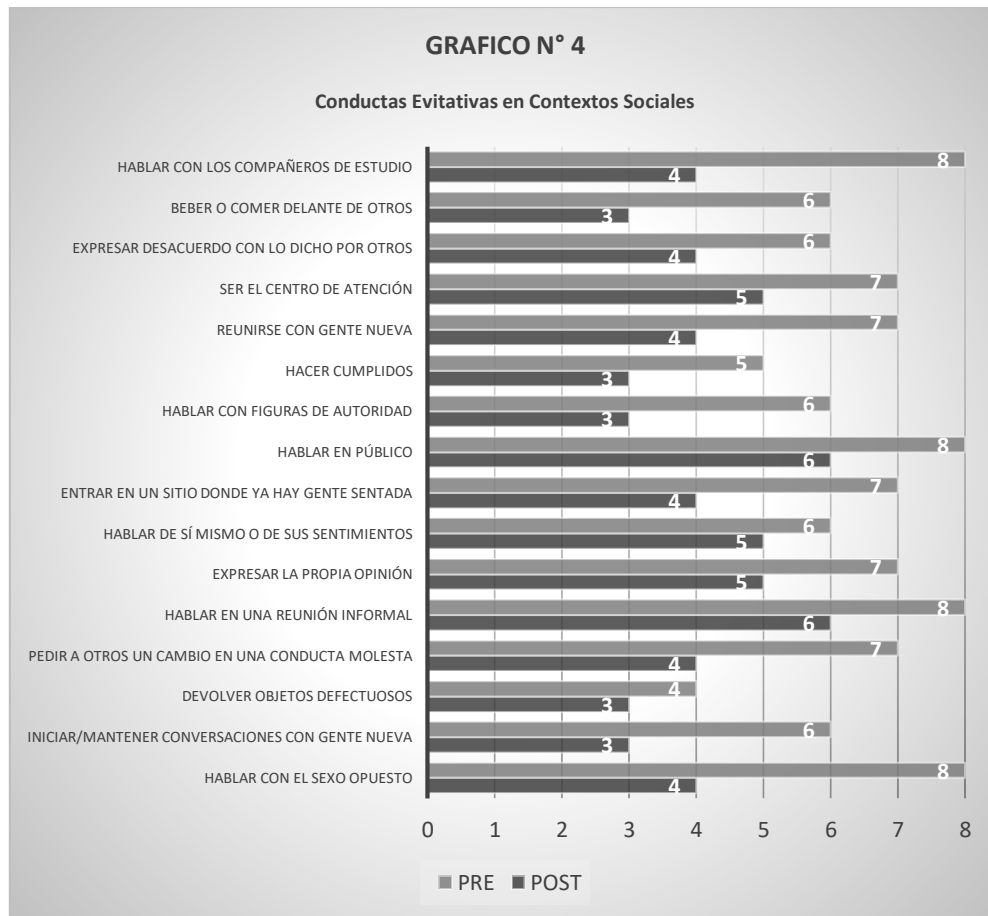


Escala de 0 (no creo en el pensamiento) a 100 (completamente convencido)

Como podemos observar en el grafico N° 3 el trabajo psicoterapéutico de corte cognitivo conductual se centró en la identificación de pensamientos relacionados a componentes ansiosos en situaciones sociales, se puede evidenciar una disminución significativa en la creencia de dichos pensamientos distorsionados. Se observan sesgos atencionales disminuidos en relación al pretest, hacia su propio comportamiento y ejecución cuando se encuentra en una situación social; y, por otro lado, ya no se presentan sesgos interpretativos hacia la estimulación ambigua o neutra, es decir, no interpreta peligro o amenaza cuando detecta un estímulo ambiguo como su sudoración, rubor facial, o los silencios que puedan darse en una interlocución. Además, las valoraciones cognitivas acerca de su ejecución social, después de haberse expuesto, y sus creencias metacognitivas de fracaso han disminuido. Otro factor importante a resaltar es que sus

expectativas acerca de las relaciones sociales, de las interacciones sociales y de lo que los demás esperan de ella, han cambiado considerablemente, reduciendo así sus actividades cognitivas relacionadas con su ansiedad social.





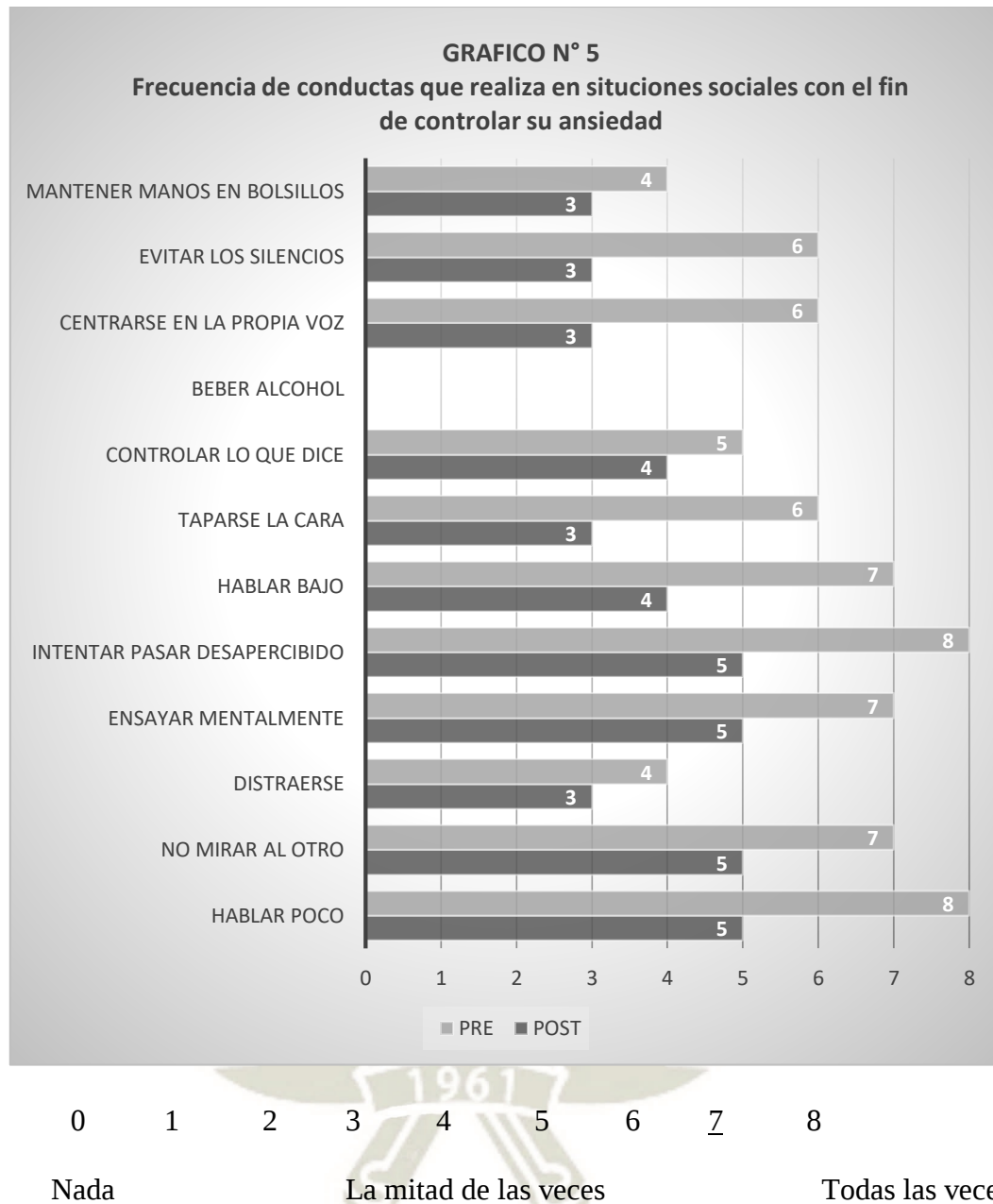
0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada

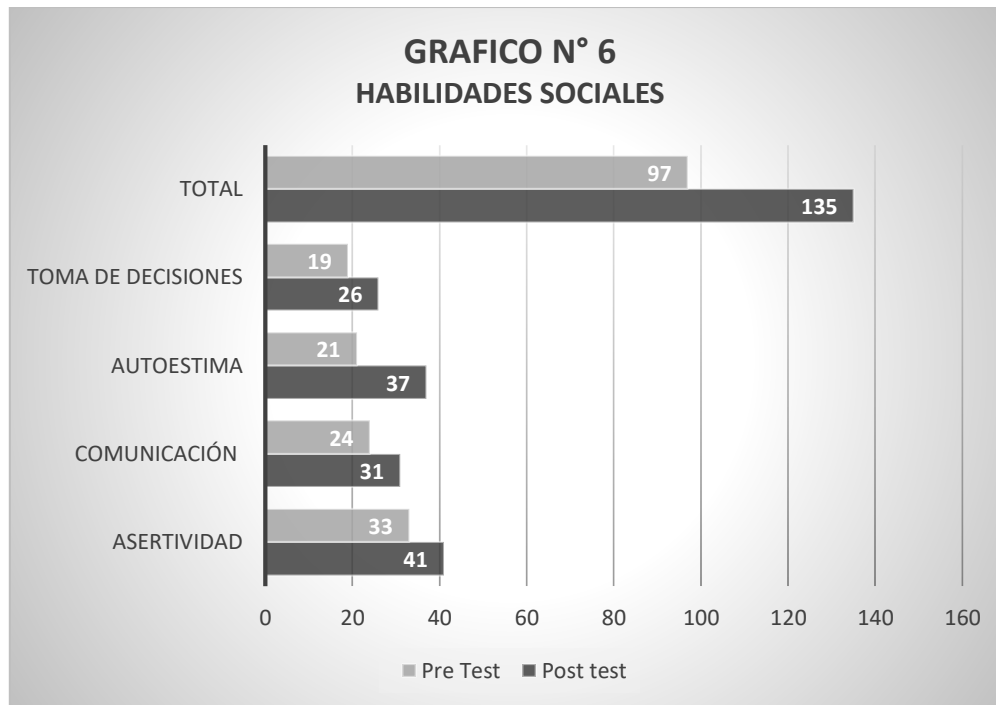
La mitad de las veces

Todas las veces

En el grafico N° 4 se presenta el análisis comparativo de los resultados pre test y post test en cuanto a la frecuencia con que evitaba situaciones sociales. Como se puede observar hay una disminución, con relación al post test, de las conductas evitativas respecto a las situaciones sociales más comunes que se presentaba.



En cuanto al Grafico N° 5 que refiere a las conductas que desplegaba en situaciones sociales con la finalidad de controlar su ansiedad, podemos ver en el grafico una disminución en relación al pre test donde las conductas más frecuentes era habar poco, intentar pasar desapercibido, hablar bajo, ensayar mentalmente y no mirar al otro.



En el gráfico N° 6 donde se comparan las habilidades sociales, antes y después del tratamiento, se puede observar que la adolescente mejoró en el total de sus destrezas sociales de bajo (97) a promedio bajo (135). Así mismo, en cuanto a los resultados por áreas, se obtuvo: en asertividad en el pre test de un puntaje de 33 que equivale a promedio bajo a una puntuación que equivale a promedio (41) en el post test; en el área de comunicación de 24 (bajo) a un desarrollo de la habilidad social de 31 (promedio), en cuanto a lo que respecta a su autoestima paso de bajo (21) a promedio bajo (37); en toma de decisiones antes de la intervención del desarrollo de habilidades sociales, tuvo una puntuación de 19 que equivale a bajo a un categoría de promedio es decir 26 puntos.

Discusión

De acuerdo, a los resultados obtenidos podemos indicar la eficacia observada del tratamiento de corte cognitivo conductual y la mejoría evidenciada y cuantificada del caso; es decir diferencias pre y post test en la de respuesta de ansiedad, disminución de sesgos cognitivos y conductas evitativas en contexto sociales. Se mostró una disminución de los niveles de ansiedad en su triple sistema de respuesta y en el rasgo general de ansiedad. Se pasó de una ansiedad severa a una ansiedad moderada. En el sistema cognitivo, en cuanto a lo que refiere temor a ser evaluado negativamente, dificultad para concentrarse, inseguridad, dificultad para tomar decisiones hubo una mejoría significativa; al igual que en el sistema de respuesta fisiológico relacionado con respuestas del sistema autónomo (nauseas, mareos, sudoración, dificultades respiratorias, etc.). En cuanto a la respuesta motora que comprender movimientos repetitivos, rascarse, frotarse las manos y en general hacer cosas sin una finalidad concreta la disminución no fue muy significativa; pero, disminuyo para estar en los límites de lo moderado. En tal sentido queda evidenciado, de forma significativa, los resultados en relación a las revisiones más destacadas de la literatura científica que propone a la intervención del modelo cognitivo conductual como el método de mayor eficacia para la fobia social (Olivares y Caballo, 2003).

En el caso clínico presentado un factor relevante a identificar, evaluar y modificar era la presencia de pensamientos sesgados e interpretaciones cognitivas irracionales en relación a la respuesta de ansiedad. El trabajo psicoterapéutico se enfocó básicamente en identificar las creencias y pensamientos vinculados a respuestas y comportamiento de ansiedad activados frente a situaciones sociales, en los resultados presentados se puede observar un decremento razonable en la creencia de dichos pensamientos distorsionados. De igual forma, disminuyeron lo errores atencionales, en relación al pretest, hacia su propio comportamiento y desempeño cuando se

encuentra en una situación social; y, en consecuencia, ya no se presentan errores de valoración dirigidos a la estimulación ambigua o neutra, es decir, no interpreta riesgo o amenaza cuando detecta un estímulo ambiguo como sudoración, rubor facial, o los silencios que puedan darse en una interlocución. Además, las interpretaciones cognitivas sobre su desempeño social, después de la exposición, y sus pensamientos de fracaso han disminuido. Un aspecto importante a considerar de los resultados es que su ansiedad anticipatoria acerca de las relaciones sociales, de las interacciones sociales y de lo que los demás esperan de ella, han cambiado considerablemente, disminuyendo de esta forma sus actividades cognitivas sesgadas relacionadas con su ansiedad social. Todo ello en relación a las investigaciones en los que se aborda la fobia social y su característico procesamiento de la información (Clark y Wells, 1997), los tratamientos deben centrarse en modificar las creencias erróneas (Méndez y Sánchez, 2001) y los sesgos cognitivos frecuentes en dicho trastorno, y en la exposición programada como medida principal o nuclear en nuestras intervenciones (Caballo, 1997).

El resultado obtenido debe entenderse del trabajo cognitivo, en cuanto a la modificación de pensamientos y creencias distorsionadas, y la exposición en vivo, piedra angular del abordaje en fobia social. En tal sentido y como se menciona en los estudios realizados, uno de los principales factores que participa en la génesis de la fobia social son las distorsiones cognitivas (Rapee y Heimberg, 1997) y los tratamientos más eficaces para la fobia social incluyen la terapia cognitiva y la exposición (Perez, 1996). Tomando en consideración los modelos recientes de la fobia social, incluso una breve terapia cognitiva tiene un potente efecto sobre todas las medidas de ansiedad (Caballo, 1997). Estos trabajos de estudio aportan el camino y enfoque que representa la técnica de exposición, que debe tenerse en cuenta en nuestros tratamientos para la fobia social, como

experimentos conductuales que forman parte de un tratamiento cognitivo y ayudan a refutar las “hipótesis ansiosas” y las creencias de falta de control de los individuos con este trastorno.

Del tratamiento se desprende la correcta utilización de la técnica de exposición y al manejo de las dificultades que surgen durante su aplicación. La relevancia que conlleva la elaboración de una lista de jerarquía de exposición para conseguir que el enfrentamiento a los miedos sea paulatino y conseguir así el éxito en las exposiciones. Una razón por la cual Fabiana se comprometió con el tratamiento y específicamente con la técnica de exposición y la puso en práctica, está relacionada con la explicación detallada y justificada de cómo se ejecutaría, mediante un escrito y con ejemplos de su propia experiencia, haciéndole entender la importancia de hacer frente a sus miedos.

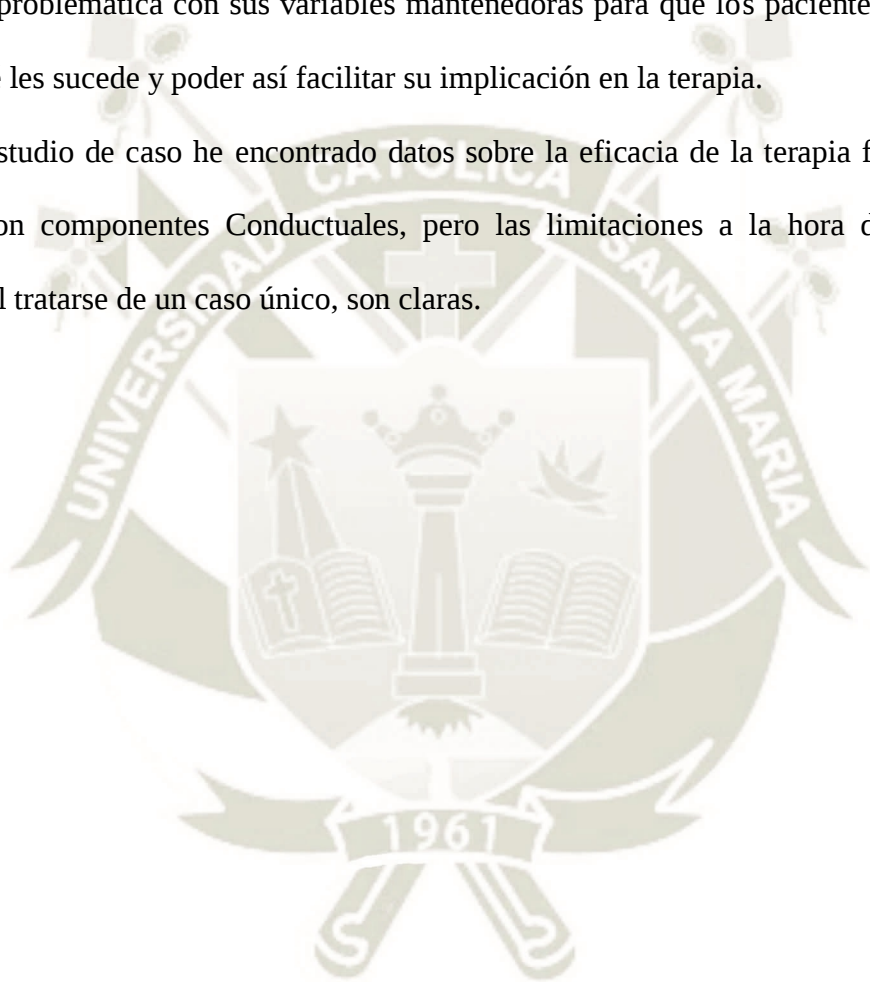
En una revisión sobre las intervenciones psicológicas empíricamente validadas en la fobia social se ha comprobado que la terapia cognitivo-conductual que incluye reestructuración cognitiva y exposición a situaciones sociales temidas y evitadas en forma de experimentos conductuales, resultó ser un tratamiento eficaz y específico de la fobia social, siendo el tratamiento psicológico de elección para la fobia social (Sanchez y Olivares., 2004).

El contacto y abordaje de este caso me ha permitido aprender a ser lo suficientemente exhaustivo en la entrevista clínica como para realizar preguntas que discriminen un trastorno de otro y poder así realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Asimismo, he comprendido la importancia que tiene estudiar en profundidad las sutilezas de cada trastorno de cara a poder entender mejor el origen y, sobre todo, el mantenimiento del problema. Empatizar con su sufrimiento y desesperanza al mismo tiempo que poder avanzar en la recogida de la información es un aprendizaje que también destaco de esta fase inicial del proceso. Lo importante que es establecer una alianza terapéutica

sólida para que los pacientes se sientan capaces de hablar de cuestiones que les resultan especialmente difíciles y/o embarazosas.

El análisis funcional fue importante para la consecución de un cambio de actitud en Fabiana hacia la terapia. Este cambio ayudó a comprender la importancia que tiene plasmar en un esquema la situación problemática con sus variables mantenedoras para que los pacientes sean capaces de entender qué les sucede y poder así facilitar su implicación en la terapia.

En este estudio de caso he encontrado datos sobre la eficacia de la terapia fundamentalmente Cognitiva con componentes Conductuales, pero las limitaciones a la hora de generalizar los resultados, al tratarse de un caso único, son claras.



Conclusiones

Primera. Se disminuyó el nivel de ansiedad de un nivel severo a un nivel de ansiedad moderado lo que facilitó la mejoría en el funcionamiento personal en las situaciones sociales.

Segunda. Disminuyó los niveles de ansiedad en los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.

Tercera. Se modificó el sistema de creencias sobre la vulnerabilidad personal ante situaciones sociales.

Cuarta. En este estudio de caso se disminuyó las conductas evitativas y defensivas para favorecer interacciones sociales adecuadas.

Quinta. El plan de intervención terapéutica de corte cognitivo conductual propuesto demostró eficacia significativa en la disminución de la ansiedad social, modificando errores cognitivos y conductas evitativas.

Bibliografía

- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Quinta Edición. Madrid: Masson.
- Bados A. (2009). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Barlow, D. y Durand, V. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral (2ª Ed.)*. México: Thomson Learning.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F (2008). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill.
- Beidel, D. y Turner, S. (2007). *Assessment of social phobia: Reliability of an impromptu speech task*. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 149-158.
- Beck, A. (1985) *Theoretical perspectives on clinical anxiety*. New York: New America Library
- Caballo, V., (1997) *Manual para el Tratamiento Cognitivo de los Trastornos Psicológicos* Vol. 1. Madrid: Siglo XXI de España.
- Cardona, A. y Heredia, O. (1991). *Estudio epidemiológico sobre la ansiedad al hablar en público*. Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Clark, D. y Wells, A. (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Clark D.A. y Beck A.T. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. Bilbao. Descleé Brouwer.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la Fobia Social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Edelmann, R. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester: Wiley.

- Fernández, E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Hofman, S. y Barlow, D. (2002). *Social Phobia*. New York: Guilford Press.
- Hope Hope, D.A., Holt, C.S. y Heimberg, R.G. (1993). *Fobia Social*. Nueva York: Plenum.
- Huamán, A. (2014). *Estudio epidemiológico sobre fobia social en jóvenes de academias preuniversitarias de Arequipa*. Tesis de grado, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
- Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*. Inter-Médica. 4° ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 1997; (2): 410-416.
- Macia, D. (2012) *Detección e Intervención Conductual – Cognitiva en Adultos- Jóvenes con Fobia Social Generalizada*. Anales de Psicología 28, (1) 19 – 27.
- Méndez, F. y Sánchez, J. (2001). *Eficacia de los Tratamientos Psicológicos para la Fobia Social: Un estudio Meta-Analítico*. Psicología Conductual, 9 (1),39-59.
- Olivares, J. y García L. (2001) *Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: resultados de un estudio piloto*. Psicología conductual 9 (2), 247 – 254.
- Olivares, J. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social y la timidez en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J, Caballo, V. (2003) *Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta*. Psicología Conductual; 11: 405-428.
- Olivares, J, y García, L. *Fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide; 2004
- Organización Mundial de la Salud (2004). *CIE-X Clasificación de los mentales y del comportamiento*. España: Médica Panamericana.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Posada, J. y Gómez, P. (1999). *Aspectos epidemiológicos*. Bogotá: Noosfera.

- Rapee, R. y Heimberg, R. (1997). *A cognitive – Behavioral Model of Anxiety in Social Phobia*. Behavior Research Therapy, 35 (8), 741-756.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Sánchez, J. y Olivares, J. (2004). *El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico*. Anales de Psicología, 20(1), 55-68.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Stein, M., McQuaid, J. y Laffaye, C. (1999). *Fobia social en el ámbito médico de atención primaria*. Revista de práctica familiar, 49, 514-519.
- Wells, A. y Clark D. (1997). *Social Phobia*. New York: Guilford Press.
- Cognition about cognition: *Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia*. Cognitive and Behavioral Practice, 14, 18-25.
- Zinser O. (1992). *Psicología Experimental*. Mexico: McGraw-Hill.
- Zubeidat, I, Fernández A y Sierra JC. (2007). *Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles*. Psicothema,

Guía de trabajo

Actividad N° 1

Formulario de Análisis Situacional

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: Por favor anote cualquier situación que haya provocado una respuesta de ansiedad. Describa brevemente la situación en la segunda columna y en la tercera valore la intensidad de ansiedad (0 - 100) y su duración (cantidad de minutos). En la cuarta columna señale los síntomas de ansiedad más prominentes que ha experimentado y en la quinta registre cualquier pensamiento de la situación. En la última columna comente su respuesta inmediata ante la ansiedad

Fecha/ hora	Situación	Intensidad (0-100) y duración de la ansiedad	Síntomas ansioso primarios	Pensamientos ansiosos inmediato	Respuesta inmediata al sentir ansiedad

Fuente: Clark y Beck (2012)

Actividad N° 2

Jerarquía de Exposición

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: En una hoja en blanco escriba la 10 o 15 situaciones, objetos, sensaciones físicas o pensamientos/imágenes que sean relevantes para sus reocupaciones ansiosas. Seleccione experiencias que se correspondan con todo el abanico, desde las que genera solo ansiedad y evitación leve hasta las experiencias que provocan ansiedad y evitación moderada y grave. A continuación, ordene estas experiencias de menos a más ansiosa o evitadas y transfíralas a la segunda columna de este formulario. En la primera columna señale el nivel de ansiedad que espera para cada una de las entradas. En la tercera columna anote el pensamiento ansioso central asociado con cada situación si lo reconoce

Nivel de ansiedad/evitación esperada (0-100)	Describa brevemente la situación, objeto, sensación o pensamiento/imagen que provoca ansiedad o evitación	Señale el pensamiento ansioso o aprensivo más sobresaliente asociado a esta entrada
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Fuente: Clark y Beck (2012)

Actividad N° 3

Protocolo de Relajación Muscular Progresiva de 10 grupos musculares

Grupo Muscular	Procedimiento de tensión-distensión
Brazo dominante	“Extienda hacia el frente su brazo derecho (es decir, dominante), cierre frecuentemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión en el bíceps, antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo”
Brazo no dominante	“Extienda hacia el frente su brazo derecho (es decir, no-dominante), cierre frecuentemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión en el bíceps, antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo”
Frente	“Arrugue la frente elevando las cejas tanto como pueda, empuje sus cejas hacia arriba, tensando todo lo que pueda la frente y las sienes. Después relájelas lentamente, dejando que sus cejas vayan cayendo progresivamente y descargue la tensión de la frente”.
Ojos y nariz	“Cierre fuertemente los ojo, apriételes todo lo que pueda hasta que sienta la tensión alrededor de los mismos. Al mismo tiempo, arrugue la nariz, empujándola hacia su rostro. Perciba la tensión alrededor de los ojo, de la nariz y pómulos superiores. Lentamente relájelos, destense la tensión que rodea a sus ojos y la nariz, dejando de arrugarla. Mantenga cerrados los ojos y concéntrese en las sensaciones de relajación que rodea a sus ojos y la nariz”
Mandíbula y cuello	“Tense la boca, mandíbula y las zonas del cuello haciendo una sonrisa exageradamente amplia, apriete los dientes y estire su cuello tirando hacia dentro de su boca y pómulos. Advierta la tirantez de los músculos que rodean la boca, la mandíbula y zona frontal del cuello. A medida que descarga la tensión, concéntrese en la sensación de relajación en estas regiones de la cara y del cuello”.
Hombros y espalda	“Colóquese un poquito más adelante en la silla y levante y retrase los codos hasta que las paletas de los hombros se aproximen entre sí. Al mismo tiempo el pecho se está expandiendo. Advierta la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda. Gradualmente descargue la tensión retrocediendo en la silla, colocando ambos brazos sobre el regazo y permitiendo que los hombros caigan a su posición normal. Concéntrese en la descarga de tensión de los hombros y de la zona de la espalda media ”

Pecho	“Tense el pecho haciendo una profunda inhalación y después manteniendo dentro el aire. Sienta la tensión en el pecho mientras lo aprieta y tira de él. A medida que lo relaje, concéntrense en cuán sueltos siente ahora los músculos del pecho”.
Estómago	“Apriete el estómago tirando de él hacia adentro y endureciendo como si fuera una tabla. Advierta la tensión y la dureza de su estómago. Mientras lo destensa, perciba cómo cambian las sensaciones entre la tensión y la relajación”.
Pierna dominante	“levante del suelo su pierna derecha (es decir, dominante) hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro y tense toda la pierna tanto como pueda. Perciba la tensión en su pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Advierta la sensación de relajación que tiene ahora en todo la pierna”
Pierna no dominante	“levante del suelo su pierna derecha (es decir, no-dominante) hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro y tense toda la pierna tanto como pueda. Perciba la tensión en su pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Advierta la sensación de relajación que tiene ahora en todo la pierna”

Fuente: Clark y Beck (2012)

Registro Semanal de Relajación Muscular Progresiva

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: Cada día deberías programar dos sesiones de relajación de 15 minutos. Use el cuadro que se presenta a continuación para registrar su progreso en el logro del estado de relajación con cada uno de los grupos musculares. Marque con una señal () cada grupo muscular que haya logrado relajar satisfactoriamente durante la sesión práctica y marque con otra señal (X) cada grupo muscular en el que haya encontrado dificultades. Al final de cada columna valore el nivel de relajación general alcanzando en las sesiones práctica de 0 (incapaz de relajarme) a 50 (moderadamente relajado pero consciente de cierta tensión) y a 100 (completamente relajado que me dormí).

Día de la semana	Día 1		Día 2		Día 3		Día 4		Día 5		Día 6		Día 7	
Sesión Practica	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Brazo dominante														
2. Brazo no dominante														
3. Frente														
4. Ojos y nariz														
5. Mandíbula y cuello														
6. Hombros y espalda														
7. Pecho														
8. Estomago														
9. Pierna dominante														
10. Pierna no dominante														
11. Valore nivel general de relajación (0-100)														

Actividad N° 4

Errores y sesgos comunes en la ansiedad

A continuación, se presenta una relación de errores de pensamientos que son habituales cuando las personas sienten miedo o ansiedad. Puede comprobar si usted ha cometido alguno de estos errores cuando se siente ansioso, pero es poco probable que cometa todos los errores cada vez que sienta ansiedad. Revise el listado de errores con sus definiciones. Haga una señal al lado del que sea particularmente relevante para usted. Observará que los errores se solapan, porque todos ellos se refieren a los diferentes aspectos de la sobreestimación de la amenaza y de la subestimación de la seguridad en situaciones de ansiedad. Después de leer todo el listado, vaya a la siguiente página donde encontrará un formulario que podrá usar para ser más consciente de sus propios errores cuando se sienta ansioso.

Error de pensamiento	Definición	Ejemplo
Catastrofista	Focalizarse en el peor resultado posible de la situación ansiosa	Asumir que los amigos piensan que su cometario es tonto Pensar que se burlaran
Saltar a conclusiones	Esperar que el resultado temido se extremadamente probable	Predecir que se pondrá nerviosa durante una conversación.
Visión de túnel	Focalizarse sólo en la posible información relevante para la amenaza al mismo tiempo que se ignora la pruebas de seguridad	Advertir que una persona parece estar burlándose mientras usted habla en una exposición.
Propensión a la aproximación	Tendencia a asumir que la amenaza es inminente (inmediata)	Estar convencido que está siendo observado
Razonamiento emocional	Suponer que cuanto mayor sea la ansiedad, mayor es la amenaza real	El individuo propenso a preocuparse está convencido de que algo malo va a ocurrir porque se siente nervioso
Pensamiento de todo o nada	La amenaza y la seguridad se ven de forma rígida, en términos absolutos de presentes o ausentes	Estar convencido de que , si haba en la clase , sus compañeros pensarán que es incompetente

Fuente: Clark y Beck (2012)

Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso

Nombre :

Fecha :

Teniendo como referencia el documento “errores y sesgos comunes en la ansiedad” use el formulario que se presenta a continuación para describir sus propios errores de pensamiento que se produce cuando se sienta ansioso. Por favor, concéntrese en cuáles son sus pensamientos en las situaciones ansiosas o cuando anticipa una de esas situaciones.

Error de pensamiento	Ejemplos de mis propios errores de pensamiento ansioso
Catastrofizar	- - - - -
Saltar las conclusiones	- - - - -
Visión de túnel	- - - - -
Propensión a la aproximación	- - - - -
Razonamiento emocional	- - - - -
Pensamiento de todo o nada	- - - - -

Fuente: Clark y Beck (2012)

Actividad N° 5

Comprobación de Valoraciones Ansiosa: Búsqueda de Evidencias.

Nombre:

Fecha:

1. Describa brevemente el pensamiento o valoración ansiosa:

2. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado cuando usted está ansioso entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá):

3. Señale qué gravedad atribuye al resultado cuando usted este ansioso entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe):

Pruebas favorables al pensamiento o valoración ansiosa	Pruebas que desconfirman el pensamiento o valoración ansioso

4. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado tras considerar las evidencias entre 0 % (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá):

5. Señale que gravedad atribuye al resultado tras considerar las pruebas entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe):

Fuente: Clark y Beck (2012)

Actividad N° 6

Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas.

Nombres:

Fecha:

Señale la interpretación de la amenaza asociada a su ansiedad:

Señale la interpretación alternativa propuesta en la terapia.

Señale la hipótesis (resultado esperado) del ejercicio

Descripción del ejercicio	Registro del modo en que se desarrolló el ejercicio	Descripción del resultado del ejercicio

Fuente: Clark y Beck (2012)