



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

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

PRESENTADA POR
PRISCILLA LIRA PACHECO CERNA

ASESORA
GLADYS TORANZO PÉREZ

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ
2018



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

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

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

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

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE FOBIA SOCIAL

TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR
PRISCILLA LIRA PACHECO CERNA

ASESORA:
MAG. GLADYS TORANZO PÉREZ

LIMA – PERU

2018

A Priscilla, la niña insumisa, la adolescente vehemente, la joven pasional, por todo el tiempo y esfuerzo invertido, por superarte a ti misma y encontrarte en el camino de acompañar a los demás. Gracias.

(Literalmente, sin ti, esto no sería posible)

AGRADECIMIENTOS

Dedicarme esto puede ser egoísta para algunos, pero para otros no, y dentro de ese grupo se encuentra mi padre alentándome con sus agüitas calientes por la mañana, mi madre con sus mensajes mañaneros de amor, mi novio con su paciencia para aplazar nuestras citas, las personas de la biblioteca a la que recurría a diario renovando mis horas una y otra vez, mis compañeros del trabajo que soportaron las laptops abarrotadas de mis archivos sin borrarlos, mi familia por haberle quitado tiempo de compartir.

Gracias a mi alma mater por los conocimientos impartidos, a mis profesores y asesora por convertir la teoría en una práctica maravillosa del servir.

Que hubiera sido de mis saturados días, sin la mirada dulce y tierna de mi padre, acompañándome a diario al paradero de mi primer trabajo profesional, al escribir esto no puedo evitar recordar su sencillez y sensibilidad, gracias papá.

Gracias mamá, por cada día de mi vida con un mensaje, llamada, videollamada y fotografía, llenas mi alma de amor y fuerza, haciéndome pensar que no existen imposibles cuando realmente quieres algo. Tu fuerza y valentía me acompañan siempre demostrándome que la distancia solo es territorial cuando existe el amor.

Y si hay alguien a quien agradecerle en esta etapa por consentirme, apoyarme, aguantar mis ojeras, irritabilidad y kilos demás, ese es Diego. Gracias por la paciencia, por la paz, amor y ternura que irradas día a día

en mí, por compartir tu existencia conmigo, tu compañía alivia cualquier pesar, tu sonrisa es magna, tú, tú eres maravilloso amor mío.

Gracias a mis amigos por las risas, alegría, su extraordinaria compañía y solidaridad con mi falta de tiempo, estrés, entre otras cosas, les debo muchas salidas.

Sin duda alguna no podría terminar esta sección sin dejar de agradecer a Jesica por permitirme acompañarla en este camino y aprender juntas del proceso terapéutico completo.

INDICE

N° de pág.	
PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE.....	v
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I: MARCO TEORICO	
1.1. Ansiedad.....	13
1.1.1 Definición.....	13
1.1.2 Deslinde conceptual.....	17
1.1.3 Deslinde diagnóstico.....	18
1.2. Fobia social.....	20
1.2.1. Antecedentes.....	20
1.2.2. Definición.....	23
1.2.3. Criterio diagnóstico.....	26
1.2.4. Tipos de fobia social.....	33
1.2.5. Características clínicas.....	35
1.2.5.1 Sistema somático y autónomo.....	36
1.2.5.2 Sistema cognitivo.....	38
1.2.5.3 Sistema conductual.....	39
1.3. Etiología.....	41
1.4. Epidemiología.....	43

1.5.	Problemas asociados.....	45
1.6.	Evaluación.....	47
1.7.	Modelo cognitivo conductual.....	50
1.7.1.	Orígenes del modelo.....	50
1.7.2.	Características.....	52
1.7.3.	Principios.....	52
1.7.4.	Definición.....	53
1.7.5.	Ventajas y limitaciones.....	54
1.8.	Terapia cognitiva de Beck.....	55
1.8.1.	Supuestos de la terapia cognitiva.....	56
1.8.2.	Etiología cognitiva de la ansiedad.....	57
1.8.3.	Criterios de ansiedad clínica.....	61
1.8.4.	Principios básicos de la ansiedad.....	62
1.8.5.	Modelo cognitivo de la fobia social.....	64
1.8.5.1.	Conductas de seguridad.....	66
1.8.5.2.	Fases de la fobia social.....	66
1.8.5.3.	Factores cognitivos mantenedores.....	67
1.9.	Efectividad terapéutica.....	69
CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO		
2.1.	Datos de filiación.....	75
2.2.	Motivo de Consulta.....	76
2.3.	Episodios Previos.....	78
2.4.	Historia Personal.....	78
2.5.	Historia Familiar.....	84

2.6.	Examen Mental.....	87
2.7.	Diagnostico nosográfico.....	89
2.8.	Informe psicológico.....	92

CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1.	Justificación.....	98
3.2.	Especificación del programa.....	99
3.2.1.	Objetivo general.....	100
3.2.2.	Objetivos específicos.....	100
3.3.	Metodología.....	101
3.4.	Análisis funcional.....	102
3.5.	Aplicación del programa de intervención.....	104

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1.	Criterio clínico.....	196
4.2.	Criterio psicométrico.....	196
4.3.	Criterio de la paciente.....	197
4.4.	Criterio de los padres.....	197

CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones.....	198
5.2.	Recomendaciones.....	199

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	200
---------------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

La OMS desde 1948 define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, situación que es un permanente reto para la sociedad y asimismo para los profesionales que trabajamos en el cuidado de la salud mental.

El Dr. Yuri Cutipé director de Salud Mental del Ministerio de Salud, en el 2016 señala que existen múltiples dificultades que nos desvían de ese deseado bienestar, dificultades que nos pueden llevar a generar condiciones severas, como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos o fobias; males que disminuyen las capacidades de las personas para vivir plenamente.

En el 2014 el Dr. Javier Saavedra Castillo, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi manifestó que el 10.5% de la población adulta de Lima, en otros términos, más de 600 mil personas ha presentado algún problema de ansiedad alguna vez en su vida. En el 2012 el Instituto Nacional de Salud Mental, mediante un estudio

realizo una encuesta a 4560 participantes peruanos para conocer la prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú y descubrió que la prevalencia de vida de un trastorno psiquiátrico fue 29%, que los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes, con una prevalencia de 14.9% seguido de los trastornos del humor 8.2%. La edad de inicio tuvo una distribución hacia una edad más temprana para los trastornos de ansiedad (mediana, 15 años) dentro de los trastornos de ansiedad, uno de los más prevalentes afecta a la población peruana es la fobia social en 2.2%

La ansiedad es algo que forma parte de la naturaleza del ser humano y en condiciones normales suele actuar como ente de alerta para la protección de amenazas, activando una serie de mecanismos para afrontar situaciones de peligro, no obstante cuando esta es desproporcional al estímulo que la provoca o cuando las reacciones son inadecuadas para la situación en la que se desenvuelve, puede generar dificultades para el individuo y afectar su desarrollo personal disminuyendo su adaptabilidad y funcionamiento.

Beck y Clark (2012, p. 40). Mencionan un estudio que analizo las consecuencias de los trastornos de ansiedad donde estos equivalen al nivel de pérdida de productividad asociado con el resfriado o la neumonía, con unos 60.4 millones de días por año en pérdida de productividad (Marcus et al., 1997).

Lo que nos indica que existe una importante morbilidad asociada a los trastornos de ansiedad con impacto negativo dentro de las áreas de productividad económica, laboral, académica además de personal y social.

Los trastornos de ansiedad suelen presentarse de diversa forma dependiendo el individuo que la atraviesa sin embargo la sintomatología ansiogena suele caracterizarse por: temor, agitación, inquietud, sensación de amenaza y peligro, tensión muscular, dolores de espalda y cuello, cefaleas; cansancio, insomnio, taquicardia, sudoración y dificultad para estar quieto.

El psiquiatra Humberto Maldonado, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, en una entrevista realizada en mayo del 2018 menciona que el 7% de la población peruana padece de ansiedad, la cual está vinculada directamente con la fobia que es el temor intenso ante ciertas circunstancias que se enfrentan en la vida o el miedo excesivo por animales, insectos, etc. Además, agrego que la fobia más frecuente es la social. La ansiedad en este trastorno aparece en una situación de contacto. Tiene relación justamente con sentirse juzgado, expuesto a los demás, lo que trata de evitarse a toda costa.

La fobia social ha tardado en reconocerse como un problema de salud importante por razones como la desinformación del tratamiento, la renuencia de los individuos para interactuar con extraños (incluido profesionales de la salud) , la comorbilidad con

otros trastornos (que hace que se considere a la fobia social como una condición secundaria), la poca atención de la clase médica hasta hace pocos años a este problema o las estrategias de afrontamiento de los sujetos con fobia social que a menudo adaptan su estilo de vida a su trastorno (Montgomery, 1995 Citado por Caballo 2007, p. 25- 26).

En un estudio realizado en Perú a 367 adolescentes en Arequipa se encontró que la fobia social se presenta en el 14,7 % de los adolescentes y se concluyó que existe una prevalencia superior a la descrita en la literatura mundial, pero similar a estudios realizados en Perú. Tener antecedentes de patología psiquiátrica familiar como frustración económica, frustración sentimental y malas relaciones sociales; se han relacionado a mayor probabilidad de padecer fobia social.

La fobia social o trastorno de ansiedad social sigue en tasas de prevalencia a la depresión mayor y a la dependencia de consumo de alcohol, lo que la sitúa en el tercer trastorno psicológico con mayores tasas de prevalencia. Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que este trastorno tiene su inicio más frecuente en la adolescencia; y es actualmente el desorden más diagnosticado en el contexto clínico durante esta fase de la vida.

La fobia social comienza mayormente en la adolescencia y dura hasta la juventud motivo por el cual interfiere en etapas de la vida en la cual se toman decisiones importantes no solo interfiere en

el área personal y académicos sino también posteriormente en el desarrollo laboral, limitándolo o impidiéndolo cuando requiere de la relación con otros; todo ello acompañado de un intenso padecimiento subjetivo y un gasto social adicional.

En el primer capítulo veremos la definición de ansiedad su revisión histórica, los tipos de trastornos ansiosos que existen, posteriormente nos centraremos en la fobia social, sus antecedentes, sus criterios diagnósticos, tipos, características clínicas, factores mantenedores, luego se hablara del modelo cognitivo conductual, sus antecedentes, principios, para luego ahondar en el modelo cognitivo, sus características y efectividad terapéutica. En el capítulo dos expondremos el caso de estudio a detalle además del informe psicológico de la paciente. En el capítulo tres se expondrá el programa de intervención paso a paso, mencionando la justificación del tratamiento, el análisis funcional, los objetivos trazados, el detalle y descripción de cada una de las sesiones trabajadas, mientras que en capítulo cuatro se expondrá los resultados en base a diversos criterios, en el capítulo cinco veremos las conclusiones del caso y recomendaciones pertinentes.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1. Ansiedad

1.1.1. Definición

Según la RAE (2014) ansiedad viene del latín anxietas que refiere un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Y como definición clínica es la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana. Además, los antidepresivos y los estabilizantes del estado anímico son el tercer tipo de farmacoterapia más prescrita, con ventas globales durante el año 2003 de 19.5 billones de dólares (IMS, 2004 citado por Beck y Clark, 2012).

La ansiedad es uno de los temas más estudiados en el campo de la salud mental, los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más frecuentes (Beck y Clark, 2012). No obstante, ha sido uno de los temas más difíciles de definir, desde el punto de vista etimológico, la palabra “ansiedad” tiene un antepasado directo en latín, anxietas. Este término latino proviene, a su vez, de la raíz indoeuropea angh de la cual se deriva no sólo el vocablo anxietas, sino también la palabra ango, angustia; como lo señala Pichot (1999) citado por Sarudiansky (2013). En el rastreo de la

palabra encontramos a Cicerón haciendo referencias con distintos significados como achicamiento y sufrimiento.

La lengua castellana, en especial la población encargada de velar por la salud mental busca un exclusivo interés en diferenciar angustia de ansiedad, ya que es un término que suele estar involucrado en distintos trastornos, cuadros o sintomatología propia de las disciplinas que la estudian.

Rojo (2011) citando a Landers (1980) menciona que la ansiedad es una reacción emocional displacentera que va acompañada de la activación del sistema nervioso autónomo y que es una condición emocional desadaptativa.

Berrios (2008) recalca a través de un ejemplo en un célebre diccionario de medicina la diferenciación entre tres términos: ansiedad, angustia e inquietud concluyendo que estos tienen un carácter dimensional, esto es, se distinguen en virtud de su grado de severidad o de capacidad de generar sufrimiento al individuo.

Hardy, Hardy y Kerneis (1985) citado por Sarudiansky (2013) comentan la diferencia propuesta por Brissaud en 1890, quien definía a la angustia como un trastorno físico caracterizado por una sensación de constricción, mientras que la ansiedad se correspondía con un trastorno psíquico que contiene sentimientos de inseguridad. Las complejidades propias de cada lengua generan indistinciones en el plano del lenguaje conceptual de la terminología.

Berrios (2008) explica que las conductas de tipo ansioso como la inquietud y desasosiego, según el autor pueden ser rastreadas en la bibliografía de distintos momentos históricos.

Rojo (2011) menciona que algunos autores de las ramas de la medicina debaten acerca de las relaciones entre la ansiedad y la activación o arousal ya que las dos reflejan el aumento y disminución de la excitabilidad del sistema nervioso central y del sistema nervioso vegetativo. La teoría clásica considera la ansiedad como un punto continuo de la activación sin embargo muchos de estos autores reconocen que la ansiedad es un patrón complejo de conductas que va acompañado de sentimientos subjetivos seguido de actividad fisiológica mientras que la activación es puramente fisiológica.

Beck y Clark (2012) Mencionan que la ansiedad es definida como: “emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad respecto a sucesos potencialmente aversivos, con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante los sucesos” (p. 104)

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. Beck y Clark (2012, p. 23)

Los individuos que padecen trastornos de ansiedad suelen acudir en primer lugar a los centros de atención primaria con síntomas físicos sin explicación aparente, como un dolor pectoral, palpitaciones, mareos, síndrome de colon irritable, vértigo y aturdimiento. Dado el alto índice de síntomas y trastornos de ansiedad en la población general, la evaluación clínica debería incluir la especificación de la frecuencia e intensidad de los síntomas, así como mediciones que permitan el diagnóstico diferencial entre trastornos. Beck y Clark (2012, pp. 34 - 35)

Lo que requiere de una capacitación al área médica para el reconocimiento y derivación inmediata.

Barlow (2002) concluía que uno de los principales hallazgos de los últimos años de investigación psicofisiológica, es que los individuos crónicamente ansiosos muestran un nivel persistentemente elevado de activación autónoma, a menudo en ausencia de una situación que produzca la ansiedad. Podría decirse que los rasgos psicofisiológicos de la ansiedad son el elevado nivel de activación basal, la habituación rezagada y la inflexibilidad autónoma, estas características podrían contribuir a la malinterpretación de la amenaza, que es la característica cognitiva clave de la ansiedad. Por este motivo la evaluación de los trastornos de ansiedad debe incluir una evaluación completa del tipo, frecuencia y gravedad de los síntomas fisiológicos experimentados durante los episodios de ansiedad aguda, así como la interpretación que hace el paciente de dichos síntomas. (Beck y Clark 2012, pp. 43 - 45)

1.1.2. Deslinde conceptual

Rojo (2011) Menciona que las emociones comprenden al menos tres dimensiones que se encuentran ya establecidas: la experiencia subjetiva, la conducta motora que la caracteriza y la conducta neurofisiológica de la misma. Generalmente la ansiedad se produce por la disonancia entre la expectativa que tiene el sujeto y la posibilidad fáctica de los hechos. La ansiedad producida entre la expectativa de la realidad y esta per se, es la que nos produce desasosiego y atosigamiento.

Beck y Clark (2012) Comentan que los teóricos de la emoción que afirman la existencia de emociones básicas, coinciden en considerar el miedo como una de ellas (Öhman & Wiens, 2004). Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica. No obstante, el miedo también puede ser maladaptativo cuando se produce en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial.

Barlow (2002) citado por Beck y Clark (2012) afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción”. Ambos autores coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. El miedo es un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo. El miedo y la ansiedad existen en todas

las culturas, pero su experiencia subjetiva se ve modelada por factores específicos de cada cultura.

Moreno (2013) El miedo es una respuesta emocional que se caracteriza por un estado de alerta ante un peligro inminente. El miedo es útil (a pesar de ser desagradable) ya que sirve para protegernos de un peligro. Este se convierte en fobia cuando se produce ante situaciones que son desproporcionadas o irracionales generando un malestar considerable.

1.1.3. Deslinde diagnóstico

Dentro de los trastornos de ansiedad las fobias tienen características particulares como por ejemplo que sean intensas, crónicas, excesivas e irracionales ante el estímulo que la provoca, la persona puede encontrarse sin ansiedad en momentos casuales de su vida siempre y cuando el estímulo que desemboca su ansiedad no aparezca, pero basta que el paciente piense en exponerse ante este estímulo para que la ansiedad aparezca (ansiedad anticipatoria) lo que incita que el individuo huya de este estímulo para disminuir su ansiedad, además se tiene que considerar que para ser diagnosticado como fobia, esta conducta evitativa tiene que repercutir significativamente en la funcionalidad de la vida de la persona.

Los trastornos de ansiedad normalmente se activan ante situaciones definidas que no son en sí mismas amenazantes. Subsiguientemente, éstos se evitan de un modo específico y si se afrontan lo hacen con temor. Es difícil diferenciar la ansiedad fóbica de otros tipos de ansiedad debido a que los síntomas fisiológicos y los signos comportamentales son bastante

parecidos su gravedad puede variar desde una ligera incomodidad hasta el terror y disfuncionalidad severa.

El sujeto afectado puede centrarse en síntomas fisiológicos tales como palpitaciones, ruborización, sudoración o sensación de desvanecimiento, usualmente estos síntomas se acompañan de contenido cognitivo fóbico a perder el control, volverse loco, ser cruelmente humillado, entre otros. Esta ansiedad no siempre es exclusiva de la situación temida al momento de enfrentarla, en ocasiones incluso solo al imaginar el estímulo fóbico, puede desencadenarse una ansiedad anticipatoria con síntomas ansiógenos intensos. La ansiedad no se alivia por el simple hecho de que otras personas reconozcan el estímulo, como poco amenazante o peligrosa.

Después de lo revisado podemos ver que los trastornos ansiosos comparten sintomatología común, lo que nos ayudara a realizar el deslinde dependerá del objeto o la situación fóbicos y sus características, sin son externos al individuo puede estar referido a la presencia de una o más enfermedades (nosofobia) o a la alteración de la propia percepción (dismorfofobia) si estos fueran los casos se clasificarían en el epígrafe del trastorno hipocondriaco F45.2. Sin embargo, si el temor es a los objetos corto punzantes (aicmofobia), a las alturas (acrofobia) o a algún tipo de animal como los perros (cinofobia) o a los pájaros (ornitofobia), debe escogerse una de las categorías de esta sección F40 por lo general F40.2, fobia específica, sin embargo, cabe recordar que un diagnóstico definitivo requiere de una revisión exhaustiva de los estímulos desencadenantes.

Cuando el síndrome abarca un conjunto de fobias sutiles relacionadas entre sí, como temor a salir del hogar, estar en espacios donde hay multitudes como lugares públicos o viajar solo en trenes, autobuses o aviones, y además de no poder ser auxiliado en situación de crisis estaremos hablando del F40.0 Agorafobia. Echeburúa E. y Salaberria K. (1991) mencionan que la diferencia entre fobia social y agorafobia no solo tiene que ver con la evitación sino también con el contenido cognitivo mientras la fobia social tiene miedo a la evaluación negativa y desea vivamente la aceptación de los demás el agorafóbico tiene miedo al miedo.

Hablaremos de fobia social F40.1 cuando el miedo gira en torno a la crítica o juicio de la conducta social, el miedo a enfrentar esto, los lleva a evitar las situaciones sociales, estas pueden ser específicas o generalizadas según la cantidad y gravedad de situaciones y la interferencia en su vida diaria.

Otro concepto del cual sería conveniente delimitar a la fobia social es la timidez. Esta es un rasgo normal de personalidad que conlleva cierto grado de nerviosismo, inhibición y auto conciencia en la interacción social. A pesar de estar relacionada con la fobia social estas no pueden considerarse equivalentes ya que la timidez está desarrollada dentro de la población general, es menos crónica y resistente, se asocia con menos evitación y menos deterioro funcional y los individuos tímidos pueden ser más capaces de participar en la interacción social cuando así sea necesario, (Beidel & Turner, 2007; Bruch & Check, 1995 citados por Beck y Clark 2012, p. 561)

1.2. Fobia social

1.2.1. Antecedentes

Olivares, Caballo, García, Rosa y López (2003) refieren que lo que hoy catalogamos como “fobia social” o “trastorno de ansiedad social” es un problema psicológico de larga data en la historia de la humanidad. Pero la nomenclatura actual de este trastorno se debe a Janet en 1903, el cual aplicó por primera vez la expresión “fobia de las situaciones sociales”, en el contexto del quehacer científico, con el objeto de describir a los sujetos que temían hablar en público, tocar el piano o escribir mientras les observaban. Mientras que los primeros autores que se ocuparon sistemáticamente de este problema fueron Marks y Gelder en 1966, los cuales presentaron la primera delimitación operativa de la expresión utilizada por Janet en 1970 (Echeburúa y Salaberria 1991), proponiendo una nueva categoría diagnóstica y clínica en el ámbito de la nosología psicológica.

No obstante, se han encontrado descripciones desde 1845, estas hacen referencia a un paciente de Hipócrates en el que se describe sintomatología de ansiedad social. Robert Burton en su obra “La Anatomía de la Melancolía” citado por Olivares (2009) recoge la descripción de Hipócrates del que decía “Es más que una timidez, suspicacia o temor. No se atreve a estar con otras personas por miedo a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla y teme que va a ser deshonrado ante los demás. Piensa que cada persona le observa”.

García (2012) menciona que, en una de las pocas revisiones de la fobia social, Pélissolo y Lépine, (1995), recuerdan casos semejantes descritos por autores como Casper en 1846 o Pitres y Regis en 1897, con pacientes que padecían “ereutofobia” (miedo a sonrojarse) y otros con evitación del contacto ocular descrito por Beard en 1879.

Huamán y Herrera (2014) citando a Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López (2003) comentan que catorce años después de la publicación del trabajo de Marks y Gelder en 1966 con la salida del DSM III en 1980 se reconoce oficialmente la entidad diagnóstica de fobia social, en donde fue reconocida como “un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, usar baños públicos o escribir”. Sin embargo, ya en los primeros años diagnóstico Echeburúa mencionaba que la fobia social era un trastorno complejo que se presentaba de forma multifóbica y no limitada a situaciones específicas, en los 80’s ya afectaba a un 2% de población general, sin distinción de sexos y era el segundo trastorno fóbico más visto en clínica (Echeburúa y Salaberria 1991). Al pasar los años se fueron reconociendo muchas otras situaciones en las que afloraba este síndrome, En el DSM III de 1980 el APA clasificaba a la fobia social como un trastorno poco recurrente sin embargo en 1987 reformulo esto debido a la ampliación conceptual de la fobia social para lo cual en su revisión se añade los subtipos de fobia social, específica y generalizada. El subtipo, fobia social generalizada, cuando la ansiedad se produce en la mayoría de situaciones sociales que afronta el individuo, y se sugería el diagnóstico

conjunto de Fobia social y el Trastorno de personalidad por evitación. Posteriormente en el DSM IV (1994) y el DSM IV TR (2000) no habría cambio de criterios. En el 2013 se publica el DSM V cambiando el término fobia social por ansiedad social, y añadiendo el criterio de que los síntomas deben estar presentes mínimo 6 meses en cualquier fase evolutiva para ser diagnosticado.

Echeburúa e at (1991) hablaba de que no es fácil delimitar la fobia social de la ansiedad social y de la timidez ya que todas generan cierto temor a situaciones sociales y la evaluación negativa de esta, sin embargo, en la fobia social existe el comportamiento evitativo que interfiere con la funcionalidad del individuo teniendo conductas totales o parciales de evitación a diferencia de las demás.

1.2.2. Definición

Para entender la definición de fobia social se considera importante conocer su raíz etimológica, según la RAE (2014) fobia viene del griego φοβία-phobía que significa temor. Lo que se define como aversión exagerada a alguien o a algo. Temor angustioso e incontrolable ante ciertos actos, ideas, objetos o situaciones, que se sabe absurdo y se aproxima a la obsesión.

Rojo (2011) comenta que Fobos fue un dios griego que era implorado para atemorizar a los enemigos y con este propósito se pintaba su apariencia sobre máscaras y escudos, fue por este motivo que significo miedo; dentro de la medicina se utilizó por primera vez en Grecia por Celso

para referirse a la hidrofobia (miedo al agua), que era un síntoma propio de la rabia.

Se denominan fobias a un grupo de trastornos de ansiedad caracterizados por manifestarse exclusiva o predominantemente frente a ciertas situaciones u objetos específicos inofensivos, que el sujeto evita o soporta con terror.

Según la RAE (2014) fobia social es un temor exagerado a situaciones sociales en las que el sujeto se expone a la valoración negativa de su imagen.

American Psychological Association (1995) refiere “La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad”.

APA (2000) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Para Bados (2009) la fobia social se caracteriza por un miedo intenso y constante ante ciertas situaciones sociales, en las cuales el individuo se

ve expuesto a una o varias personas desconocidas, al posible escrutinio por parte de los demás, a la observación y al desenvolvimiento social humillante o embarazoso incluso al hecho de mostrar síntomas de ansiedad similar a los de la humillación. Estas situaciones sociales temidas se evitan o se soportan con un malestar clínicamente significativo. La fobia interfiere significativamente en la vida del individuo, en caso de no ser así, podríamos hablar solo de timidez (malestar e inhibición más o menos generalizada en presencia de otras personas, pero con un grado mucho menor de evitación e interferencia que en la fobia social y con un curso menos crónico).

Huamán y Herrera (2014) comentan que “El paciente reconoce que el temor es irracional, pero escapa a su voluntad poder controlarlo, provocando interferencias en su rutina habitual (actividades laborales, académicas, sociales) y un grado significativo de sufrimiento”.

El solo hecho de vislumbrar el estímulo fóbigeno, desata los síntomas ansiógenos que mitigan bruscamente cuando este desaparece. “Esta ansiedad anticipatoria puede presentarse días o incluso semanas antes de afrontarla situación social o actuación en público”. Bados (2009).

Caballo (2007, pp. 26-27) Citando diversos autores menciona que la característica básica de la fobia social es la evaluación negativa que los demás hacen de la conducta social que presenta el paciente. Motivo por el cual se ha llegado a decir que el término de “fobia social” quizá no sea el más oportuno para describir el síndrome clínico ya que este implica temor a las situaciones sociales y no a la evaluación de los demás, teniendo en cuenta la universalidad de este temor, se ha planteado si sería posible que

los seres humanos estuviéramos preparados por la evolución para temer el escrutinio y la evaluación de los demás (Stein, 1995; Rosenbaum et al., 1994).

Se contra argumenta refiriendo que se teme a la evaluación humillante de las conductas sociales debido a que las mismas conductas en privado no presenta problemas, motivo por el cual el término “social” pueda ser validado. “La conducta se deteriora sólo cuando los demás les están observando” (Barlow 1988, p. 535)

1.2.3. Criterios diagnósticos

A continuación, se presentan los criterios del CIE 10 (1994) para la fobia social.

F40.1 Fobias sociales

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

A. Presencia de cualquiera de los siguientes:

1. Miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.

2. Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.

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

- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno y uno de los síntomas siguiente:

1. Ruborización
2. Miedo a vomitar
3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.

- C. Malestar emocional significativamente ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación que el paciente reconoce excesivos o irrazonables.

- D. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.

- E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros trastornos, como los trastornos mentales orgánicos (F00-F09) esquizofrenia o trastornos relaciones (F20-F29) trastornos del humor (afectivos)

(F30 – F39) o trastornos obsesivo compulsivo (F42) ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

Bados (2009) menciona “El grado de concordancia entre el DSM IV y el CIE 10 es solo moderado. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999) solo el 66% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas”.

Los criterios Diagnósticos según el DSM V (2013) para la fobia social son:

- A. Miedo o ansiedad acusada en respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. Posibles ejemplos son interacciones sociales (por ej., mantener una conversación, encontrarse con personas desconocidas), ser observado (por ej., al comer o beber) y actuar delante de otros (por ej., dar una charla). Nota: En niños la ansiedad debe ocurrir en situaciones con compañeros de su edad, no solo en interacciones con adultos.
- B. La persona teme ser negativamente evaluada a partir de su actuación o de los síntomas de ansiedad que muestra, lo que implica humillación o vergüenza, rechazo por parte de otros u ofender a otros.
- C. Las situaciones sociales provocan casi siempre miedo o ansiedad. Nota: En niños, la ansiedad puede manifestarse

como lloros, berrinches, quedarse paralizados, pegarse a alguien, encogimiento o no hablar en situaciones sociales.

- D. Las situaciones sociales son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos.
- E. El miedo o ansiedad es desproporcionada para la amenaza implicada por la situación social y para el contexto sociocultural.
- F. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente 6 meses o más
- G. El miedo, ansiedad o evitación causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.
- H. El miedo, ansiedad o evitación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ej. drogas, fármacos) o a otra condición médica.
- I. El miedo, ansiedad o evitación no puede explicarse mejor por los síntomas de otro trastorno mental, tal como trastorno de pánico trastorno dismórfico corporal o trastorno del espectro autista.
- J. Si otra condición médica (por ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o heridas) está presente, el miedo, ansiedad o evitación está claramente no relacionado con ella o es excesiva.

Especificar si: Solo actuación: El miedo está restringido a hablar o actuar en público

Los criterios del DSM IV (1994) para el diagnóstico de fobia social son:

F40.1 Fobia social (300.23)

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los

temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

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

A pesar de las divisiones creadas para el diagnóstico, no se especifica la cantidad de situaciones temidas necesarias para poder diagnosticar con fobia social generalizada. Beck y Clark (2012).

El Comité para la fobia social del DSM-IV consideró la posibilidad de adoptar un sistema de clasificación de tres subtipos de fobia social, tipo actuación, tipo interacción limitada y tipo generalizado, aunque finalmente se decidió por incluir solamente este último (Hazen y Stein, 1995 citados por Caballo 2007, p.28)

Bados (2009) Menciona que para un diagnóstico definitivo se requiere cumplir con tres criterios principales:

- a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Además, refiere que en la fobia social aparte de las situaciones temidas pueden reconocerse varios niveles de respuesta: sistema somático y autónomo, sistema cognitivo y sistema conductual (sin embargo, hay que recalcar la gran variabilidad de síntomas que existe para este diagnóstico).

Dentro de las situaciones temidas propone: la intervención en público, la interacción informal, iniciar, mantener y terminar conversaciones (mayormente con desconocidos) unirse a una conversación, relacionarse con el sexo opuesto, conocer gente nueva, dar su opinión acerca de otros, reclamar alguna incomodidad, devolver productos, rechazar peticiones, expresar desacuerdos, ser observado, usar servicios públicos, entrar a un lugar donde ya hay gente, ser el centro de atención.

Hope y Heimberg (1993) citados por Bados (2009) “hablan de una jerarquía de áreas temidas de modo que si una es temida es muy probable que también lo sean las anteriores las cuatro áreas serían charla/ interacción formal, charla/ interacción informal, aserción y observación de la conducta”.

1.2.4. Tipos de fobia social

Según DSM IV TR (2002) se hace el diagnóstico de fobia social generalizada cuando la persona teme a varias o a la mayoría de las situaciones sociales, públicas o interactivas. (Por ejemplo, en situaciones como iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con las figuras de autoridad, asistir a fiestas, comer en lugares públicos, buscar trabajo, usar baños públicos, entre otras).

La Fobia social generalizada representa el 60 a 70% de los fóbicos sociales tratados e indica un mayor repertorio de conductas sociales temidas. “Suelen presentar más ansiedad y evitación social, más miedo a la evaluación negativa, más déficits de habilidades sociales y mayor deterioro de sus relaciones sociales”. Bados (2009).

Los sujetos con fobia social generalizada suelen adaptar su estilo de vida al trastorno por la gran cantidad de situaciones a las que temen.

Olivares, Maciá, Chittó, Olivares, J. y Maravillas (2014) mencionan que existe ambigüedad al delimitar que este subtipo es para la mayoría de situaciones sociales, para lo que citan la propuesta de Olivares (1998) donde delimitan de manera operativa que una persona necesita evitar al menos dos situaciones sociales que conlleven interacción, independiente del número de situaciones que tema o evite y distingue 3 niveles de gravedad, leve, moderada y grave.

Se optará por el subtipo fobia social específica cuando la persona tema uno o dos situaciones sociales, normalmente estas son es el miedo de hablar o realizar alguna acción en público. Los fóbicos específicos presentan menor ansiedad subjetiva pero mayor respuesta cardiaca ante su situación temida que los fóbicos sociales generalizados ante la interacción social. Las diferencias fisiológicas entre ambos tipos de fobia social podrían indicar que la fobia social generalizada seria de una larga de historia de inadecuación social. Bados (2009).

Diversos autores mencionan otras clasificaciones para la fobia social además de la generalizada y específica. Olivares, Rosa y Sánchez (2004)

Refieren que existen múltiples debates acerca de si los subtipos (generalizado y específico) son entidades nosológicamente diferentes, tanto cualitativa como cuantitativamente. Una de delimitaciones que nombran es la Turner, Beidel y Townsley (1992) donde ven a la fobia social generalizada como “ansiedad ante situaciones de interacción social” frente a la fobia social específica, que se caracteriza como “miedo a situaciones de actuación social”. Otra delimitación es la Stein (1997) en la cual proponen tres categorías: 1. Los que presentan únicamente miedo a hablar en público 2. Los que muestran miedo a hablar en público acompañado de otro miedo social y 3. Los que sufren miedo a una gran variedad de situaciones sociales.

Otros autores abogan por la existencia de un continuo entre la fobia social específica, fobia social generalizada y trastorno de personalidad por evitación (TPE) , sosteniendo que tan sólo existen diferencias desde un punto de vista cuantitativo. Algunos autores han propuesto al temor a hablar en público como un subtipo específico de la fobia social debido fundamentalmente a la mayor prevalencia de este tipo de ansiedad social sobre los demás (Stein, Walker y Forde, 1994 citado por Caballo V. 2007, p. 28)

Olivares et al. (2014) Refieren que el TPE cuenta con una característica principal que es un patrón generalizado de inhibición social y sentimiento de inadecuación social además de la hipersensibilidad a la evaluación negativa, la fobia social en ambos tipos está compuesta por patrones de alteraciones iguales a los del TPE y que en estudios realizados

en diferentes países podemos ver que este patrón general de inhibición es un continuo de la fobia social generalizada dentro de la ansiedad social. Lo que pone en manifiesto la ausencia de diferencias en cuanto a la comorbilidad entre estos grupos.

Reichborn-Kjennerud, Czajkowski, Torgersen, Neale, Orstavik, Tambs & Kendler (2007) refuerzan la hipótesis anterior de una asociación longitudinal significativa entre la fobia social generalizada y el TPE con su estudio, proponiendo que los trastornos descritos son parte del mismo espectro, agregando que la predisposición psicobiológica abarca una predisposición continua entre los trastornos del eje I y del eje II y desmintiendo la causalidad de uno con otro.

Sin embargo creemos pertinente seguir usando la entidad diagnóstica fobia social planteada por el CIE 10 hasta que estas hipótesis se generalicen y consoliden de manera formal nosológica.

Para Bados (2009) suele ser más eficaz reconocer el grado de afección que una clasificación para poder medir el grado de disfunción personal. Beck y Clark (2012) concuerdan en parte con este criterio refiriendo que la fobia social varía a lo largo de un continuo de gravedad en base a las situaciones que atraviesa.

Inclusive se habla que la ansiedad ante los exámenes sea parte del trastorno de fobia social y que el mutismo selectivo es una forma grave de este trastorno en la infancia, no obstante, a pesar de que los síntomas patognomónicos de la fobia social circulen dentro de estos, no todos

coinciden con este planteamiento por las diferencias evolutivas y cognitivas (Bados, 2009).

1.2.5. Características clínicas

Bados (2009) propone tres sistemas con características propias del trastorno. El sistema somático y autónomo, el sistema cognitivo y el sistema conductual.

1.2.5.1. Sistema somático y autónomo

Representado por reacciones corporales, las comunes son: taquicardia, palpitaciones, temblor (voz, manos, piernas), sudoración, sonrojamiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal (sensación de vacío o diarrea), boca seca, escalofríos, rigidez muscular, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náuseas, sudores, sofocos, escalofríos; urgencia urinaria, algunas no muy comunes son las dificultades para respirar y dolor en el pecho.

Los sujetos con fobia social intentarán evitar situaciones sociales temidas, pero en ocasiones no tendrán más opción que soportarlas, aunque con una notoria ansiedad. Los síntomas somáticos que los sujetos que la padecen reportan son (Amies, Gelder y Shaw, 1983): palpitaciones (79%), temblar (75%), sudar (74%), tensión muscular (64%), sensación de vacío en el estómago (63%), boca seca (61%), sentir frío/calor (57%), ruborizarse (51%) y tensión/dolores de cabeza (46%). Caballo V. (2007, p. 27)

¿Cómo se produce toda esta sintomatología ansiogena? Rojo (2011) nos explica el proceso de activación por el que sucede. El sistema nervioso

humano está dividido por el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP), el SNP se divide a su vez en sistema nervioso somático (SNS) y sistema nervioso autónomo o vegetativo (SNA). La función esencial del SNS es el de ser el sistema activador muscular voluntario, el SNA es el más involucrado con la mediación de aspectos emocionales y motivacionales de la conducta, y consta de dos divisiones la simpática y la parasimpática, el sistema simpático hace elevar el nivel general de la activación preparando al organismo para luchar o huir cuando percibe el peligro y el parasimpático se encarga de la restauración y recuperación del cuerpo. El SNC reacciona ante una situación de tensión estimulando la capsula suprarrenal, cuando requiere una respuesta inmediata lo hará a través del simpático buscando liberar grandes cantidades de adrenalina y noradrenalina estas aumentan el metabolismo bruscamente y provoca síntomas ansiógenos propios de la ansiedad.

Beck y Clark (2012). Mencionan que la activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca los síntomas de hiperactivación como: la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal (Bradley, 2000). Todas estas respuestas fisiológicas periféricas se asocian con la activación, pero originan varios

síntomas perceptibles como los temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular (Barlow, 2002).

1.2.5.2. Sistema cognitivo

En este sistema durante la ansiedad anticipatoria y exposición se encuentran características como: la imposibilidad para recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse y dificultad para encontrar palabras, además existe una tendencia a centrar la atención en sí mismo, concretamente en los síntomas somáticos y autónomos de la ansiedad, en las cogniciones y emociones negativas y en los propios errores. Atención selectiva a las reacciones negativas de los otros.

Dentro de los temores más comunes, existe el temor a sentir ansiedad, a los síntomas de la ansiedad, a ser criticado, a ser rechazado, a cometer errores, a ser observados o ser el centro de la atención, y no solo a la evaluación negativa ya que también hay un miedo a la evaluación positiva (Weeks, Heimberg y Rodebaugh, 2008); el miedo a la evaluación negativa también se rige desde un miedo a la autoevaluación negativa.

Beck y Clark (2012) Menciona algunos otros síntomas cognitivos como pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; escasa concentración, confusión, distracción; estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

Además, Bados (2001) menciona los errores y sesgos cognitivos típicos dentro de este sistema:

- Valoración no realista de lo que se espera de uno
- Sobrestimación de los síntomas ansiosos
- Subestimación de las propias capacidades
- Expectativas no realistas de las respuestas de otros
- Sobreestimación de la crítica o el rechazo
- Atención selectiva a los mensajes o reacciones negativas
- Interpretaciones sesgadas del comportamiento de los demás
- Exageración de los errores
- Mayor recuerdo de la información negativa se ha distinguido tres categorías de supuestos cognitivos. (entre otros)

Divide tres categorías de supuestos cognitivos

- a) Normas excesivamente elevadas para uno mismo
- b) Creencias condicionales sobre la evaluación por parte de los demás
- c) Creencias incondicionales sobre uno mismo.

Camilli y Rodriguez (2008) mencionan una variante encontrada de lo que podría ser una actividad evitativa o de seguridad en la cual, la persona puede evadirse mentalmente de la situación, aunque físicamente esté presente (p.119)

Finalmente, se ha considerado que los factores cognitivos son más importantes en el desarrollo de la fobia social que en el caso de otros trastornos por ansiedad (Butler, 1985 citado por Caballo 2007, p. 34)

1.2.5.3. Sistema conductual

Una de las conductas más frecuentes, es la de evitar situaciones temidas o alejarse de ellas, sobre todo en los casos en que la atención se centra en el propio individuo, evitación de las señales o situaciones de amenaza (Beck y Clark 2012). Además de evitar participar en actividades sociales también buscan conductas de seguridad o defensivas con la finalidad de minimizar las supuestas amenazas, reducir la ansiedad y poder sobrellevar las situaciones ansiógena. Si no se puede evitar la situación o escapar de ella aparecen silencios largos, tartamudeos, risas fuera de lugar, voz baja gestos de inquietud, postura rígida o contenido verbal poco interesante.

Dentro de las conductas defensivas más frecuentes se encuentran: consumir alcohol o tranquilizantes, no hablar, evitar el contacto visual, disculparse constantemente, por miedo a la ruborización podrían dejarse la barba, ponerse mucho maquillaje o no usar absolutamente nada de este para no llamar la atención, no usar alhajas ni adornos, broncearse, usar gafas oscuras, ponerse en la oscuridad, ponerse el cabello delante del rostro para cubrirlo, meter la mano en los bolsillos, agarrar las cosas fuertemente, ponerse cerca de los ventiladores para no sudar, o estar cerca a la ventana, evitar comer, mantener los brazos pegados al cuerpo,

moverse poco, tensar los músculos fuertemente, apoyarse en la pared, entre otros.

Además de los 3 sistemas propuestos por Bados (2009), Beck y Clark (2012) señala los síntomas afectivos característicos de este trastorno dentro de los cuales encontramos: nerviosismo, tensión, vergüenza, temor, inquietud, impaciencia, frustración.

1.3. Etiología

Beck y Clark (2012, p. 574) mencionan estimaciones aproximadas al 30% de probabilidad referente factores genéticos para la herencia del trastorno en la fobia social, dejando aún un margen amplio para la influencia de los factores ambientales. Se ha hallado una conexión significativa entre los sucesos traumáticos de la infancia como el abuso físico o sexual, las adversidades infantiles, la falta de una relación próxima con un adulto, el conflicto marital en la familia de origen, los frecuentes cambios de domicilio, huir de casa, suspender cursos entre otros para los trastornos de ansiedad, incluida la fobia social, en la edad adulta (Chartier, Walter & Stein, 2001; Kessler et al., 1997; Stemberger et al., 1995; Kendler et al., 1992b).

Si los miedos a las situaciones sociales se adquieren, entonces podríamos esperar que la fobia social se asocie con un mayor índice de experiencias sociales adversas, particularmente durante los años formativos de la infancia y de la adolescencia.

El factor más crítico en la etiología de la fobia social puede ser la interpretación negativa exagerada que hacen los individuos tímidos o

socialmente ansiosos de sus interacciones sociales además de la falta de reacciones positivas de los demás frente a su desenvolvimiento social, todo esto contribuye en la persistencia de su ansiedad social. Beck y Clark (2012, pp. 576 - 578)

La fobia social suele aparecer entre la adolescencia y a mediados de la edad adulta, en muchas ocasiones con antecedentes infantiles de timidez o inhibición social (Camilli y Rodriguez, 2008). Con igual frecuencia en mujeres y varones (OMS; 2000). La aparición del trastorno puede darse de manera abrupta o insidiosa posterior a una experiencia estresante o humillante o tras el cumulo de estas.

Caballo (2007) “No es frecuente que un sujeto con fobia social describa un único suceso traumático como el inicio de la fobia. El miedo va aumentando gradualmente como resultado de repetidas experiencias productoras de temor”. (p.30)

Ballesteros y Conde citados por Rojo (2011) señalan un factor interesante para el desarrollo de la fobia social, la timidez ha sido a veces desvalorizada al considerarse una característica frecuente de la infancia, 40% de los niños afirman ser tímidos y el 30% de los padres considera tímidos a sus hijos. Muchos padres no se percatan del malestar que manifiestan sus hijos ante la interacción social cuando son niños, lo aceptan como una característica común dentro de esta etapa y no le dan tratamiento no obstante la timidez no intervenida sumado a experiencias sociales desagradables, generalmente es el comienzo más precoz de la fobia social.

Caballo (2007) Nos recomienda prestar atención a la época infantil, debido a que Schneider et al., 1992 encontró que un porcentaje del 33% de sujetos con fobia social habían iniciado el trastorno entre los 0-10 años.

La edad media de inicio suele ser los 15 años, con antecedentes de timidez, desde pequeños suelen tener miedo a la desaprobación, sin embargo suele darse en la adolescencia el desarrollo del trastorno, ya que es un periodo crítico donde no solo hay más demandas sociales (establecer un lugar dentro del sistema social distinto al de la familia) sino también, una discrepancia entre como uno se ve a sí mismo y como cree que lo ven los demás Bados (2009). “Es común que los fóbicos sociales tarden en buscar ayuda ya que normalmente piensan que es un problema de timidez” Rojo (2011, p.150).

1.4. Epidemiología

Es uno de los trastornos más frecuentes, estimándose su prevalencia mundial entre el 3 y el 13% (Labrador y Ballesteros 2011).

Olivares, Rosa y Sánchez (2004) Citando diversos autores comentan que los fóbicos con ansiedad social generalizada muestran una edad de inicio más temprana, menor nivel educativo, mayor proporción de desempleados, mayor porcentaje de solteros, mayor correlación con familiares de primer grado que también reciben un diagnóstico de fobia social y una mayor tasa de sujetos que hacen uso de psicofármacos, mayor comorbilidad con otros trastornos de los ejes I (fobia específica, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno por ansiedad generalizada;

Caballo, 2007) y II , mayor grado de neuroticismo, introversión e historia de timidez en la infancia.

La mayoría de los estudios epidemiológicos sitúan la edad media de inicio más frecuente para la fobia social entre los 14 y los 16 años, siendo muy poco frecuente su comienzo a partir de los 25 años. La prevalencia varía ampliamente, puede darse según en número de situaciones sociales que incluyen o el criterio de interferencia significativa en la vida o malestar acusado por tener fobia. Bados (2009)

García (2012) citando a Bados, 2009; Furmark et al., 2002; Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005; Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby y Sallee, 2007; menciona que entre el 7% y 13% de la población occidental, ha padecido de fobia social en algún momento de sus vidas lo que la ubica, en uno de los trastornos más usuales en esta población, luego de la depresión y el consumo de alcohol.

En otro estudio se encontró que el 78% de los pacientes con ansiedad social usaban los servicios de atención primaria, el 41% había visitado a un psiquiatra y el 15% a un psicólogo y al menos 20 - 30% de los estudiantes universitarios los ha padecido (Bados 1992). Y un 34% de la población comunitaria informa tener un gran miedo a hablar en público. (Stein, Walker y Forde 1996; Citados por Bados 2009)

La fobia social se distribuye igualmente entre ambos sexos en muestras clínicas, pero en la población general varios estudios han hallado mayor frecuencia de mujeres entre los fóbicos sociales, 3 mujeres por cada 2 hombres. Respecto a quien busca más ayuda o tratamiento, los

porcentajes están igualados. Así mismo no hallaron diferencias en el subtipo de fobia social entre sexos, ni en el tratamiento previo del trastorno o comorbilidad con otros trastornos sin embargo, encontraron mayor incidencia de situaciones que le generaban temor; en el caso de las mujeres eran situaciones como hablar ante una figura de autoridad, ser observada ,actuar o dar una charla en público, mientras que los hombres informaron más miedo a orinar en servicios públicos y devolver artículos a una tienda Turk et al (1998) citados por Bados (2009).

La fobia social según consenso de autores suele ser más recurrentes en personas del sexo femenino con menor nivel socioeconómico menos de 60 años y que no están casadas, otro factor interesante de estudiar son los factores sociales y culturales que favorecen a la predisposición de este trastorno (Bados 2009)

Si el trastorno no se trata puede llegar a ser crónico, aunque suele remitirse en la vida adulta. En estudios realizados en Europa se ha visto que el tipo de pacientes característicos que buscan tratamiento psicológico es de sexo femenino de aproximadamente 30 años y de estado civil soltera con baja laboral. (Bados, 2009; Labrador y Ballesteros, 2011)

Caballo (2007) citando a Davidson et al., 1993; Schneier et al., 1992. Comenta que se ha encontrado que es más probable que las personas con fobia social, cuando se las compara con sujetos control sean: a) solteras, b) tengan un menor estatus socioeconómico, c) tengan menos estudios, d) sean dependientes económicamente, e) tengan menos poder adquisitivo, f) padezcan otros trastornos psicológicos, g) piensen en el suicidio, h) se

suiciden, i) cambien más a menudo de trabajo, j) no funcionen bien en el trabajo, k) estén socialmente aisladas y 1) tengan un deficiente apoyo social (p. 29).

1.5. Problemas asociados

La presencia de un trastorno de ansiedad aumenta significativamente la probabilidad de sufrir uno o más trastornos adicionales de ansiedad Beck y Clark (2012). Dentro de los problemas asociados que presentan las personas con fobia social Bados (2009) menciona que un 70 a 80 % de fóbicos sociales han presentado en su último año trastornos asociados, los más encontrados fueron: trastornos de personalidad en 61%, especialmente la personalidad obsesiva compulsiva, evitativa y paranoide, un 49% presenta trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y especialmente fobias específicas. Los fóbicos sociales varones tuvieron su primera relación sexual más tarde que los varones sin fobia social y un mayor porcentaje utilizó el sexo de pago (42% contra 8%). Las mujeres con fobia social habían tenido menos compañeros sexuales que las mujeres sin fobia social.

Alrededor del 20 a 40 % de los fóbicos sociales consumen drogas (alcohol o cannabis en su mayoría) o ansiolíticos para compensar su problema de ansiedad (Beck y Clark 2012). Presentan menor rendimiento académico, absentismo laboral, limitaciones vocacionales, bloqueo de ascensos laborales, mayor dependencia económica, padecen más

depresión, agorafobia, ideación suicida e intentos suicidas. (Moreno, Méndez y Sánchez-Meca 2000; Rojo 2011)

En la mayoría de los casos la fobia social precede a la aparición del otro trastorno y se asocia con un deterioro funcional mayor que en los casos menos complejos de fobia social. Los índices más altos de trastornos asociados con la fobia social son la depresión mayor en 37,2% y el abuso de sustancias en el 39,6% (Wittchen et al., 1999; Brown et al., 2001; Schneier et al., 1992 citados por Beck y Clark 2012, p. 572)

Además, indica Bados (2009) que el Trastorno de personalidad por evitación no parece diferir cualitativamente de la fobia social generalizada, sino que parece ser una forma más grave de este último trastorno Echeburúa y Salaberria (1991). Un sujeto puede ser un fóbico social sin reunir criterios diagnósticos del trastorno de personalidad por evitación, pero es infrecuente que sea en viceversa, se da la similitud por la falta de repertorio conductual social además del condicionamiento por evitación a la escasez de recursos sociales y progresivo aislamiento. A su vez Bados (2009) menciona que la ideación suicida actual y pasada es relativamente frecuente en este trastorno. En el estudio comunitario de Schneier et al (1992) este síntoma se encontró en el 4.6% de los sujetos sin trastornos. En el 9.8% de los fóbicos sociales puros y en el 37.5% de los fóbicos sociales con comorbilidad. Con respecto a la expresión de la ira, Bados refiere que es más probable que los fóbicos sociales suprimieran o refrenaran los sentimientos de ira (ira interna). No hubo diferencias en ira externa y el control de ira. Los fóbicos sociales presentaron más

disfunciones sexuales, como dificultad para la erección (en varones), menos deseo (mujeres) disminución o ausencia de orgasmos y menor satisfacción sexual.

1.6. Evaluación

Beck y Clark (2012) Comentan que la evaluación de la ansiedad debería incluir una consideración de la cultura y del contexto social/familiar del individuo y de su influencia en el desarrollo y experiencia subjetiva de la ansiedad. La presencia de un trastorno ansiedad, o incluso de síntomas ansiosos, se asocia con una reducción significativa de la calidad de vida, así como del funcionamiento social y ocupacional (Mendlowicz & Stein, 2000). A su vez el terapeuta debería examinar con los pacientes las experiencias de aprendizaje pasadas relacionadas con la ansiedad (p. ej., trauma, sucesos vitales, exposición a información amenazante).

Zubeidat, Fernández y Sierra (2006) refieren que la fobia social constituye un trastorno complejo que incluye componentes y dimensiones variadas que requieren de consideración durante la evaluación. Es necesario evaluar los aspectos pretendidos sin extensión innecesaria, recordando siempre que el fin diagnóstico es de formular un tratamiento adecuado para las necesidades del paciente.

Existen tres tipos de técnicas para evaluar dicho problema; en primer lugar, los datos emitidos por las propias personas (auto informes); en segundo lugar, las medidas resultantes de la observación del comportamiento de los pacientes en situaciones reales o simuladas

(medidas de observación); y, en tercer lugar, las que emplean instrumentación física y química (registros psicofisiológicos) los dos últimos tienen sus propias limitaciones metodológicas, por eso es recomendable hacer uso de inventarios y cuestionarios lo más específicos posibles a las situaciones y a las respuestas.

Zubeidat, Salinas y Sierra (2007). La evaluación de este trastorno requiere de un carácter multimodal, dentro de los instrumentos que cuentan con medidas válidas para evaluar la fobia social en la actualidad tenemos la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Fear of Negative Evaluation Scale, FNE) y Escala de Evitación y Malestar Social (Social Avoidance and Distress Scale, SADS) de Watson y Friend (1969).

Caballo, López, Salazar, Martínez y Ramírezuclés (2006) elaboraron un cuestionario para la fobia social ("Cuestionario de interacción social para adultos") utilizando situaciones sociales informadas por una variedad de sujetos a lo largo de seis años. El análisis factorial exploratorio de la versión inicial arrojó una estructura de cinco factores claramente definidos que explicaban el 45,5% de la varianza total: a) Situaciones de interacción con desconocidos, b) Falta de habilidad en el manejo de situaciones de interacción, c) Situaciones de expresión de molestia, desagrado o enfado, d) Situaciones de hablar/actuar en público y relacionarse con superiores, y e) Situaciones de interacción con el sexo opuesto. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0,98 mientras que la prueba de fiabilidad de las dos mitades arrojó una puntuación de 0,98. Los autores comentaron que seguirán

reduciendo y afinando el cuestionario como un nuevo instrumento para la evaluación de la fobia social en adultos.

Tobías, Olivares y Olivares (2013) en una revisión sistemática de instrumentos para la fobia social infanto juvenil (2010-2012) concluyeron que, la mayoría de los países iberoamericanos no cuentan con instrumentos diseñados, traducidos ni adaptados para su realidad sociocultural.

No obstante, en el Perú contamos con una adaptación a nuestro contexto clínico socio cultural, de la Escala de ansiedad social de Liebowitz (1987) para personas mayores de 17 años, realizada por Franco y Pérez (2017) esta adaptación fue trabajada utilizando como base la escala adaptada al español por Bobes (1999) este instrumento posee una adecuada de validez y consistencia, midiendo apropiadamente la severidad del trastorno de ansiedad social.

1.7. Modelo cognitivo conductual

1.7.1. Orígenes del modelo

A fines de los años sesenta surge el modelo cognitivo conductual de la insatisfacción de clínicos de la época por el psicoanálisis (Beck, 1967; Ellis, 1973) no obstante fue altamente influyente (como aporte o crítica) para el desarrollo del modelo, así como la teoría cognitiva y la conductual. Los pioneros en pronunciarse bajo este modelo fueron Ellis, 1962, 1970; Beck, 1969, 1970; Cautela, 1967, 1969; Meichenbaum, 1973, 1977; Mahoney, 1974; Mahoney y Thoresen, 1974 (Bas, 1992).

Los planteamientos desde donde se han retomado perspectivas que conforman a la Terapia cognitiva conductual provienen de la filosofía Estoica (350 A.C al 180 D.C) en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Del mismo modo que el Estoicismo, las Filosofías Orientales, como el Taoismo y el Budismo, priorizan la cognición como eje para el control de los sentimientos y las emociones humanas. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2002). La filosofía estoica fundada por el griego Zenón de Citio consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epicteto quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar. Parra (2000)

Según Beck y Weishaar (1989) Citados por Caro (2009, p. 26) mencionan que existen 3 fuentes principales del origen del modelo cognitivo , el enfoque fenomenológico de donde se destacan la filosofía estoica con la famosa frase de Epicteto en el libro Enchiridión: “los hombres no se trastornan por las cosas que pasan, sino por las opiniones sobre las cosas(...)” de la cual podemos entender que la manera en la que interpretemos el mundo determinara nuestra conducta, la segunda influencia es de la teoría estructural con una concepción freudiana de

organización jerárquica de la cognición, el "Proceso primario" que concierne al funcionamiento mental inconsciente, guiado por el principio del placer, y que concierne a los mecanismos de condensación y desplazamiento, y el "Proceso secundario" de naturaleza preconscious y consciente, y que concierne a las funciones denominadas tradicionalmente como cognitivas (pensamiento, memoria, etc.) y que son guiadas por el principio de realidad, la tercera influencia se encuentra en la psicología cognitiva con la primacía de la cognición sobre lo emocional y conductual.

1.7.2. Características

La base de este proceso terapéutico dictamina que los seres humanos somos seres racionales que tienen la capacidad de representar su realidad y procesar la información del mundo exterior. Esta representación será válida cuando represente adecuadamente la realidad sin distorsiones que generen procesamientos disfuncionales del medio.

La Terapia cognitiva conductual destaca el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en el individuo, la relación entre pensamiento, deseos y la conducta que movilizamos parece ser contingente causal y en muchas situaciones comparar los efectos de las terapias cognitivas, conductuales o cognitivas conductuales no tiene una marcada diferencia correspondiente a la propia interrelación entre estas. Para algunos lo cognitivo en la terapia no suele ser evidente sin embargo en el tratamiento de ciertas disfunciones está bien fundada empíricamente.

1.7.3. Principios

Uno de sus aportes es el desarrollo de constructos mediacionales bien definidos conceptual y operativamente ya que la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica para lo cual existen una serie de principios, Mahoney (1998) los divide en cuatro.

- a. Los seres humanos se perturban más por la visión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos.
- b. Los procesos cognitivos están ligados a los procesos y mecanismos de aprendizaje
- c. La mayor parte del conocimiento se comunica de manera cognoscitiva
- d. Los pensamientos, emociones y conductas se encuentran relacionados mutuamente

1.7.4. Definición

Camilli y Rodriguez (2008) refieren que la terapia cognitiva conductual es un enfoque de terapia de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio, en donde la relación paciente - terapeuta es cercana y "Se centra en cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual" (Luterek, Eng y Heimberg, 2003, p. 565).

La terapia cognitiva descrita por Rush, Beck, Kovacs y Hollon (1997) citado por Caro (2009) entiende la terapia cognitiva como "una psicoterapia

estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión (...)” (p. 34)

Caro (2009) “El paradigma cognitivo es un paradigma plural y delimitado que ha demostrado su eficacia y que se centra, básicamente, en los procesos del conocimiento humano, en su influencia en nuestro bienestar y en el uso que de ellos podemos hacer para facilitar ese bienestar”. (p. 49)

1.7.5. Ventajas y limitaciones

Existe diversas opiniones acerca de este modelo debido a la amplitud de representantes y vertientes del modelo, Caro (2009, p. 45) presenta limitaciones y ventajas desde un punto de vista interno al modelo.

Ventajas	Limitaciones
<p>Es un modelo flexible que acoge enfoques diferentes.</p> <p>Se encuentra en constante evolución debido a sus investigaciones lo que nos da validez científica.</p> <p>Modelo claro, fácil de comprender ya que es estructurado y organizado.</p>	<p>No cubre todo el amplio espectro del funcionamiento humano.</p> <p>Excesivo racionalismo.</p> <p>Excesivo individualismo.</p> <p>Al ser tan flexible puede que pierda identidad como modelo.</p> <p>Estilo terapéutico directivo.</p>

Eficaz al tratamiento.	
Se enfoca en la sintomatología presente.	

1.8. Terapia cognitiva de Beck

El modelo cognitivo de Beck es uno de los métodos psicoterapéuticos más utilizados, estudiados y validados. Empezó aplicándose en los trastornos depresivos ampliándose posteriormente a vertientes ansiosas y fóbicas, inclusive en trastornos de personalidad, su premisa principal es que los trastornos psicológicos provienen de errores o déficits específicos y habituales del pensamiento, de modo más concreto trabaja con operaciones centradas en la cognición (palabras, imágenes, supuestos, o actitudes).

“La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas”. Beck, Rush, Shaw y Emery (2002). La terapia cognitiva se centra en síntomas objetivo específicos, en el aquí y ahora, identificando las cogniciones base, de dichos síntomas sometiéndolos a investigación lógica y empírica. “Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (Beck, 1967, 1976) citado por Beck et al (2002).

Los esquemas que maneja el individuo fueron desarrollados a partir de experiencia anteriores, y estos regirán en gran medida el contenido de su actividad cognitiva, por esto la finalidad terapéutica es, identificar y modificar estas creencias distorsionadas.

El terapeuta busca que el paciente piense y actúe de manera más realista y adaptativa. La terapia cognitiva trabaja con técnicas cognitivas y conductuales. Beck et al (2002) El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- A. controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos;
- B. identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta;
- C. examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- D. sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y
- E. aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

1.8.1. Supuestos de la terapia cognitiva

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, Beck et al (2002) menciona los siguientes:

- a. La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
- b. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- c. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
- d. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
- e. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
- f. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
- g. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

1.8.2. Etiología cognitiva de la ansiedad

Beck (1985) citado por Beck, Emery y Greenberg (2005) refiere como eje principal de su teoría, la cognición, refiriendo que el procesamiento de la información es un proceso esencial para la adaptación del individuo,

cuando este mecanismo tiene fallas, produce perturbación en el sentir y actuar. Generando la premisa de que la corrección de esta falla en el pensamiento (error o distorsión cognitiva) alivia perturbaciones en el sentir y la conducta.

“Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad”. Beck y Clark (2012, p. 67).

En los trastornos de ansiedad no se selecciona ningún factor cognitivo como causante sin embargo se reconoce que existe una variedad de factores que generan procesamientos cognitivos defectuosos y estos a su vez producen una variedad de sentimientos e inhibiciones desagradables.

La ansiedad suele adquirirse a través de la interacción del organismo con el contexto, incluso aunque este proceso de aprendizaje pueda ocurrir más allá de lo racional.

Muchos autores mencionan que la vulnerabilidad es un factor que comparten las personas con ansiedad clínica. El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales. Beck, Emery y Greenberg (2005) definían vulnerabilidad “Como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad”. En

los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se incrementa por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales (pp. 67- 68)

“La sensación de vulnerabilidad se mantiene al excluir o distorsionar datos contradictorios por medio de los esquemas cognitivos predominantes: minimización de las ventajas personales, magnificación de las debilidades propias, atención selectiva a las debilidades, descartar el valor de los éxitos pasados, etc.” (Caballo 2007, p. 31)

La teoría cognitiva trata de ayudar a reconocer las contradicciones en los trastornos de ansiedad ya que muchas de las amenazas que generan ansiedad son irracionales, los estímulos que desencadenan la sintomatología son neutrales sin embargo el individuo las valora de manera sesgada. Esta valoración tendrá dos etapas la primera será hacia la amenaza y la segunda hacia la capacidad del individuo para afrontarla. Beck y Clark (2012).

Para reconocer como trabaja la ansiedad en la cognición Beck, Emery y Greenberg (2005) refieren que “El común denominador de cada uno de estos ámbitos problemáticos es el “peligro” a que los demás evalúen la propia capacidad y ser categorizados, así como inferiores o inadecuados.”

En los trastornos de ansiedad desde el punto de vista cognitivo conductual, se presta especial atención a las fantasías catastrofistas, vinculadas a las posibles consecuencias negativas por un rendimiento personal por debajo del promedio común y a la preocupación de vernos boicoteados por inhibiciones internas al momento de actuar, además existe una tendencia a exagerar la importancia de ciertas situaciones lo que hiper

moviliza nuestro cuerpo para hacer frente a las amenazas y estropea su funcionamiento normal. Los sujetos que sufren trastornos de ansiedad sobrestiman enormemente la probabilidad de que la amenaza produzca daño, evaden las señales de seguridad y tienden a subestimar su capacidad para afrontar la situación. Beck y Clark (2012).

La eficacia de la terapia cognitiva en distintos trastornos ansiosos ha llevado a reconocer que los individuos que la padecen presentan sesgos cognitivos hacia ciertas amenazas y esto los hace hipersensibles al peligro de su entorno, interpretando situaciones ambiguas como amenazantes.

Beck comenta que en investigaciones se ha encontrado que todos los trastornos de ansiedad tienen sesgos de memoria implícita, en donde, estímulos presentes previamente influyen en la conducta de la persona sin que esta trate de recuperar esta información, y se presenta a mayor velocidad de lo que se espera de un repertorio aleatorio de conductas.

Este sesgo genera asociaciones implícitas, que son el proceso de asociaciones de conceptos en la memoria, en la cual los estímulos sociales sesgados para el paciente son apareados rápidamente con sensaciones de incomodidad o temor a diferencia de estímulos que realmente podrían causar daño a la persona.

Conviene tomar en consideración al momento de la evaluación la cronicidad de la ansiedad y su influencia sobre el desarrollo de otras condiciones al realizar la evaluación cognitiva. Podemos esperar que su aparición temprana y un curso más persistente equivalgan a mayor resistencia al tratamiento. Beck y Clark (2012, p. 38)

1.8.3. Criterios de ansiedad clínica.

Beck y Clark (2012) presentan 5 criterios para distinguir los estados anormales de miedo y ansiedad, anticipando que no siempre se presentan todas en un mismo caso sin embargo suelen ser comunes dentro de los estados de ansiedad clínica. La cognición desempeña una función clave en la comprensión de estados normales y anormales de ansiedad.

1. Cognición disfuncional: Uno de los pilares de la teoría cognitiva para la ansiedad y miedo anormal hace mención a la valoración errónea del peligro ante una situación que no se lo amerita a observación directa. La activación de esquemas disfuncionales sobre la amenaza y los errores del procesamiento de la información asociados, provocan un miedo irracional y excesivo que no es congruente con la realidad objetiva de la situación.
2. Deterioro del funcionamiento: La adaptabilidad del sujeto se verá alterada frente a la amenaza percibida, interfiriendo directamente con su desenvolvimiento efectos en su vida cotidiana y funcionamiento normal, además se sabe que el miedo y la ansiedad clínica interfieren con la capacidad de disfrutar una vida plena.
3. Persistencia: En los estados clínicos, la ansiedad dura mucho más de lo que podría esperarse en condiciones normales.

4. Falsas alarmas: En los trastornos de ansiedad a menudo se observan las falsas alarmas, de activación frente a situaciones inofensivas.
5. Hipersensibilidad a los estímulos: En los estados clínicos, el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por los individuos no amedrentados (Beck y Greenberg, 1988).

1.8.4. Principios básicos de la ansiedad

Beck et al (2005) propone una serie de principios para explicar los trastornos de ansiedad según el modelo cognitivo

- a. Valoraciones exageradas de la amenaza: La ansiedad se caracteriza por la atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo sobre los intereses vitales o el bienestar. Este proceso compromete muchas funciones cognitivas como la atención, la memoria, el juicio, el razonamiento y el pensamiento consciente.
- b. Mayor indefensión: La ansiedad conlleva una evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida.

- c. Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad: Los estados de ansiedad se caracterizan por un procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido.
- d. Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo: En los estados de ansiedad el acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil y, por ello, se emplea de manera ineficaz para la reducción de la ansiedad.
- e. Procesamiento automático y estratégico: La ansiedad conlleva una mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad.
- f. Procesos auto-perpetuantes: La ansiedad se encuentra en un ciclo vicioso en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva.
- g. Primacía cognitiva: La valoración cognitiva primaria de la amenaza y la valoración secundaria de la vulnerabilidad personal pueden generalizarse de tal manera que una amplia serie de situaciones o estímulos adicionales sea malinterpretada como amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales sean inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza.

- h. Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad: El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias nucleares sostenidas (esquemas) sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la sobreestimación de la amenaza.

1.8.5. Modelo cognitivo de la fobia social

Las personas con fobia social desde el punto de vista cognitivo, se encuentran en un círculo vicioso, ya que centran la atención en sus síntomas de ansiedad durante situaciones evaluadoras, obviando sus recursos personales y procesando la información del ambiente de manera sesgada en base a las amenazas sociales.

Beck y Clark (2012) La persona con fobia social tiende a ser altamente consciente de sí misma y muy auto crítica en la situación social temida, mostrando, con frecuencia, conductas inhibitorias involuntarias automáticas, de donde se deriva una ejecución social negativa y la atención indeseada de los demás. Ya que, en su esfuerzo por ocultar la ansiedad, esta aumenta, lo paradójico de este trastorno a diferencia de otros del grupo ansioso es que esta evaluación negativa de su conducta más el miedo a determinada situación, genera predisposición y potencia las probabilidades de que ocurra en realidad, en otras palabras, sin querer producen lo que temen.

Los individuos con fobia social pueden mantener unos estándares de ejecución social muy altos, deseando causar una impresión particular en los demás, pero dudando de su capacidad real para lograrlo de forma

positiva. El miedo a sufrir una crisis de angustia en una situación social es la principal preocupación.

Los individuos con fobia social presentan una gran tendencia a seleccionar interpretaciones negativas ante acontecimientos sociales hipotéticos ambiguos auto referentes en comparación con personas que presentan otros trastornos de ansiedad o grupos no clínicos además suelen formular inferencias exageradas de amenaza cuando reflexionan sobre sus experiencias sociales y sobre su incapacidad para acceder a inferencias positivas durante las situaciones de exposición social.

La terapia cognitiva busca redirigir la atención hacia el exterior para favorecer el aumento de señales visibles de retroalimentación que existan en el medio y generar un procesamiento de la información más positivo, promoviendo que este sea intencionado y elaborado con señales sociales favorables para corregir los efectos negativos del sesgo atencional automático del paciente. A su vez busca reducir la rumiación negativa relativa a la actuación pasada y una revaloración más adecuada de la actuación social pasada y de sus consecuencias.

Beck, Emery y Greenberg (2005) mencionan que Wells distinguió dos tipos de preocupación en la fobia social; “el tipo I se refiere a la preocupación por acontecimientos externos mientras que el tipo II se refiere a la creencia negativa sobre el hecho de preocuparse”. Además, citan a Wells, Clark y Ahmed refiriendo que pacientes con el diagnóstico de fobia social fundamentalmente recuerdan situaciones sociales desde una

perspectiva de observador, lo que nos dificulta des confirmar creencias negativas sobre su comportamiento social.

1.8.5.1. Conductas de seguridad

Este tipo de estrategias son problemáticas porque pueden aumentar directamente los síntomas ansiosos además de impedir que se desmienta el resultado temido. Existen algunas pruebas que confirman que los individuos con ansiedad social reconocen los efectos sociales negativos derivados de sus esfuerzos por ocultar la ansiedad (Voncken, Alden & Bögels, 2006) pero siguen insistiendo en ejecutar las conductas de seguridad (Alden & Bieling, 1998). Beck y Clark. (2012, 559)

1.8.5.2. Fases de la fobia social

En este apartado hablaremos de las fases que contempla la fobia social según Beck y Clark (2012):

- a. Fase anticipatoria: la duración e intensidad de esta fase es variable desde unos minutos llegando hasta días o semanas, mientras más intensa sea, más probabilidades habrá de que el individuo evite la situación futura, en esta fase se contempla los procesos elaborativos voluntarios acerca del acontecimiento por venir y la autoevaluación de los recursos personales ante las expectativas frente la ejecución social en ese proceso se activan los esquemas sociales maldaptativos preexistentes lo que despertara la naturaleza angustiosa de la ansiedad.

- b. Fase de exposición situacional: es la exposición frente a la situación temida en tiempo real siempre está asociada a un componente social, esta fase suele ser la más intensa, donde se activan las conductas inhibitorias debido a las creencias nucleares disfuncionales, las conjeturas erróneas y las reglas rígidas.
- c. Fase de procesamiento posterior al evento: en esta fase los fóbicos sociales inician una revisión y evaluación de su actuación social, en donde sus esquemas de amenaza social y vulnerabilidad personal los conducen a sentimientos de humillación y vergüenza, lo que aumenta la fase anticipatoria y la necesidad de evitar interacciones futuras.

1.8.5.3. Factores cognitivos mantenedores.

Clark (1999) menciona que los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener creencias distorsionadas sobre la peligrosidad de ciertas situaciones y / o estímulos internos. Su equipo de estudio ha realizado investigaciones durante más de 15 años con la finalidad de investigar el motivo del mantenimiento de estas creencias negativas en los trastornos de ansiedad, en sus resultados menciona seis procesos que podrían ser los responsables. Su propósito fue lograr programas de intervención más eficaces y eficientes. En sus programas los procedimientos adicionales incluyeron la modificación de creencias disfuncionales, reestructuración de imágenes y experimentos de supresión del pensamiento. A continuación, mencionaremos estos 6 factores:

1. Comportamiento de búsqueda de seguridad.

Estas conductas son realizadas para prevenir o minimizar una situación temida y sugiere que estas conductas podrían explicar en parte el mantenimiento de estas creencias distorsionadas.

2. Despliegue de atención hacia señales de amenaza, lejanas o cercanas.

Este factor también es importante debido a que, el focalizar la atención hacia la amenaza, aumenta la percepción de peligro en el entorno, y el mantener perenne la atención hacia estos estímulos mantiene el trastorno de ansiedad.

3. Imágenes espontáneas

Citando a Beck (1976) menciona que comúnmente en los pacientes con trastornos de ansiedad, ocurren imágenes mentales espontáneamente en las que ellos “ven” sus temores realizados, lo que aumenta la percepción de peligro.

4. Razonamiento emocional

Se trata de las inferencias erróneas que las personas con trastornos de ansiedad extraen de las señales interoceptivas y las imágenes espontáneas que ven a cerca de sus miedos.

5. Procesos de memoria

Al menos dos tipos de procesos de memoria pueden contribuir al mantenimiento de los trastornos de ansiedad; la primera es una tendencia de los individuos ansiosos a recuperar

información de forma selectiva de manera negativa, lo que parece confirmar sus peores temores y el segundo proceso de memoria es una aparente disociación entre lo explícito y lo implícito. Incapacidad de mostrar sesgo inferencial positivo para escenarios ambiguos.

6. Naturaleza de la amenaza percibida.

Es el énfasis que se le pone al evento traumático desencadenante.

La “imagería” es un mecanismo cognitivo importante que mantiene los síntomas de ansiedad. (Clark, 1999) la imagería negativa en situaciones de interacción social aumenta los síntomas de la ansiedad y disminuye el rendimiento social.

1.9. Efectividad terapéutica

Echeburúa y Salaberria (1991) recomiendan que para la elección de la terapia hay que tener en cuenta la gravedad sintomatológica, el funcionamiento social global y las características demográficas del paciente. Se emplean diversas técnicas cognitivas en la fobia social porque la reacción de miedo parece ser más mediada cognitivamente que en otros trastornos ansiosos, a su vez dota de mayores recursos para hacerle frente a las situaciones de estrés y desde este punto de vista, a reducir la probabilidad de recaídas sin embargo la mayoría de resultados positivos en técnicas implica cierto grado de exposición a las situaciones sociales ya que ayuda a la disminución de síntomas fisiológicos.

Labrador y Ballesteros (2011) estudiaron la efectividad clínica de los tratamientos empíricamente apoyados para la fobia social en el ámbito asistencial, en 71 pacientes en una clínica universitaria de psicología en España con diagnóstico de fobia social, para esto contaron con terapeutas licenciados en Psicología con al menos un título de postgrado de nivel Magíster, todos con formación cognitivo conductual. Este trastorno presenta alta demanda psicológica, motivo por el cual, la finalidad de esta investigación fue encontrar tratamientos eficaces. Entre las estrategias más adecuadas encontraron la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, una combinación de éstas, o alguna de esas estrategias psicológicas en combinación con farmacoterapia. El promedio de sesiones de evaluación fue de 3,77; las de tratamiento 16,09; y de seguimiento 2,15. El 64,15% de los participantes obtuvieron la alta terapéutica.

Taylor (1996) en un metaanálisis de 42 ensayos de resultados de tratamiento para la fobia social. Se compararon seis condiciones: grupo control en lista de espera, placebo, exposición (dentro de la sesión y como tareas en ambiente natural), reestructuración cognitiva (sin ejercicios de exposición), exposición con reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Todas las intervenciones, tuvieron mayores efectos que el grupo control, y las intervenciones no difirieron en las proporciones de abandono 12 - 18%. Los resultados apoyan el uso de tratamientos cognitivo conductuales para la fobia social, ya que la exposición en combinación con la reestructuración cognitiva produjo efectos

significativamente mayores que los demás, especialmente que el obtenido por el placebo. Los efectos de los tratamientos tendieron a aumentar durante el período de seguimiento.

Echeburúa y Salaberria (1991) citando a Mersch et al. (1989) comenta que el abandono de terapia es más alto en la terapia de grupo (16%) y que el tratamiento combinado de reestructuración cognitiva y exposición suele tener mayores efectos a largo plazo.

Luterek, Eng y Heimberg (2003) resaltan la efectividad de la reestructuración cognitiva en combinación con la exposición por sobre la farmacoterapia, ya que además de aliviar la sintomatología ansiogena, estas previenen las recaídas.

Echeburúa y Salaberria (1991) menciona que la reestructuración cognitiva mejora la autoevaluación negativa y las creencias irracionales. Las técnicas cognitivas ayudan en primer lugar a interrumpir los pensamientos negativistas previos de fracaso o de humillación y a aumentar por tanto la probabilidad de experiencias satisfactorias con la exposición logrando así la descatalogización de las situaciones, la exposición a pesar de disminuir la evitación fóbica no ha demostrado producir cambios actitudinales por si sola. Se recomienda usar las técnicas combinadas que suelen tener mayor efectividad a largo plazo.

Labrador y Ballesteros (2011) citando a autores como Feske, Chambless (1995), Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy y Zollo (1990) Pérez et al. (2003) y Rosa et al. (2002). Mencionan algunas consideraciones para la práctica clínica, por ejemplo, de que, si hay más sesiones y si a su vez

existen sesiones grupales, realizadas en ambientes naturales, si lo hace un psicólogo (en lugar de otros profesionales de la salud mental), en pacientes varones, de menor edad, sin existencia de comorbilidad, en personas con un nivel de estudios medio y en aquellos que no hayan pasado por tratamientos previos, el tratamiento suele ser más efectivo.

Lincoln, Winfried, Hahlweg, Frank, Von Witzleben, Schroeder, y Friegenbaum (2003) examinó la efectividad de la exposición individual combinada con la reestructuración cognitiva para la fobia social, en un entorno clínico de 217 pacientes con este diagnóstico, los que fueron tratados por 57 terapeutas en 4 distintas instituciones la media de sesiones fue de 35. Utilizando además técnicas como la psi coeducación y feedback del diagnóstico. Los resultados se evaluaron 6 semanas posterior haber finalizado el tratamiento, encontrando reducciones altamente significativas en los temores y la evitación social fóbica. Llegando a la conclusión de que la terapia cognitivo conductual individual se puede transportar desde entornos de investigación al campo de la salud mental para la fobia social.

Moreno et al. (2000) en un estudio meta-analítico, con el objetivo de evaluar la eficacia de las técnicas de exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de reestructuración cognitiva y sus combinaciones en pacientes que sufren fobia social. Analizo 39 estudios dentro de los cuales 34 contenían pos test y seguimiento (dentro de los cuales encontró que los pacientes que recibieron técnicas de reestructuración cognitiva tenían una mejoría adicional en el seguimiento)

y 5 solo contaban con pos test, en los que encontró una tasa de mejoría del 68% en los grupos de tratamiento.

Clark (1999) estudió y trabajó en quince casos de fobia social con herramientas cognitivas, y la mejora fue sustancial, esta fue evaluada a través de la escala de temor a la evaluación negativa (Watson & Friend, 1969), obteniendo una mejora media de 11 puntos en el pos tratamiento y 15 puntos en el seguimiento.

Años posteriores Clark, Ehlers, McManus, Hackmann, Fennell, Campbell, Flower, Davenport y Louis (2003) evaluarían en tres modalidades (la terapia cognitiva, fluoxetina más auto exposición o placebo más auto exposición) a sesenta pacientes con fobia social generalizada. A pesar de que las tres variedades obtuvieron mejoría, la terapia cognitiva se ha mostrado superior en el tratamiento persistiendo en un seguimiento de doce meses.

Beck, Emery y Greenberg (2005) citando a Scholing y Emmelkamp presentan un estudio a setenta y tres pacientes con fobia social con, la intervención se llevó a cabo con técnicas como 1) exposición en vivo, con 2) terapia cognitiva seguida de exposición en vivo, o con 3) terapia cognitivo-conductual en el que ambos componentes están integrados desde el principio. Después de tres meses de seguimiento, los resultados muestran que la mayor mejoría fue registrada en el grupo que llevo terapia cognitiva, seguido de la exposición en vivo.

Olivares, Rosa, y Sánchez (2004) concluyeron en su estudio meta analítico que, a más sesiones de tratamiento semanales, mejores

resultados. De que existe mayor efectividad en las intervenciones con mujeres que en varones, que no padecen otros trastornos ni han recibido tratamientos previos además de una significativa diferencia en la eficacia de los tratamientos sobre los subtipos específico y generalizado.

Capítulo II

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Datos de filiación:

Nombre	:	Jesica
Edad	:	25 años
Sexo	:	Femenino
Lugar de nacimiento	:	Lima
Fecha de nacimiento	:	11 de mayo de 1992
Domicilio	:	Barranco
Grado de instrucción	:	Superior (en curso)
Estado civil	:	Soltera
Número de hermanos	:	4
Orden entre hermanos	:	3era
Religión	:	Católica
Ocupación	:	Estudiante
Informantes	:	La paciente y su padre
Fecha de evaluación	:	29/07, 05, 09/08 del 2017

2.2. Motivo de consulta

Paciente acude a consulta en compañía de su padre, quien manifiesta “No sé qué le pasa a mi hija pero a diferencia de sus hermanas nunca sale, no tiene amigos, nunca le hemos conocido ningún chico, no toma alcohol, no va a fiestas o reuniones, aparte de eso últimamente se está poniendo

agresiva con su hermana gemela, ellas siempre se habían llevado bien, eran muy unidas pero desde hace unos meses se están peleando porque su hermana sale con otras amistades, y como a Jesica no le gusta salir con otras personas ya no quiere salir con su hermana”.

Al preguntar a la paciente por el motivo de consulta mira al padre sin pronunciar palabra y se queda mirándolo fijamente, motivo por el cual se solicitó al padre esperar fuera del consultorio para hablar con Jesica de manera privada bajo consentimiento de la paciente.

Luego de retirarse el padre y alentarla a manifestar el motivo de consulta la paciente refiere “Vengo porque soy muy nerviosa, el martes pasado de nuevo me quede en blanco al exponer en la universidad, empecé a tartamudear y no recordaba nada, sentía que mi corazón latía fuerte, que la voz se me cortaba, me puse roja y las manos me sudaban, todos me miraban, me dieron ganas de llorar por qué estaba haciendo el ridículo enfrente de mi clase, todo comenzó a los 11 años cuando me separaron de mi hermana gemela en la escuela después de haber estudiado en la misma sección durante años, siempre estábamos juntas, desde ahí me di cuenta que me costaba hablar sin ella, hacer amigos, salir a fiestas, en clase era difícil salir a la pizarra, exponer o dar mi opinión frente a mis amigos o desconocidos, pero lo intentaba, hasta que a los 14 años de un día al otro todas las niñas del salón dejaron de hablarme, me ignoraban y hacían como si no estuviese allí, si les hablaba no me contestaban y escondían mis cosas, me hicieron bullying durante ese año todas mis compañeras por que la chica popular del salón así lo quiso,

incluso a unos meses de fin de año su hermano mayor me agredió en el baño de chicas tirándome un puñete en el rostro, motivo por el cual pedí que me cambiaran de salón, pero jamás le he contado esto a nadie, porque no sé cómo hablar de mis sentimientos, por ejemplo ahora no tengo amigas, no puedo hacer amigos, no hablo con mis compañeros de la universidad, no puedo relacionarme bien, solo me relaciono bien con mi familia, sobre todo con mi hermana gemela sin embargo ahora que mi hermana sale con sus amigos del trabajo me quedo sola, mi mejor amiga es mi mamá pero no puedo hablar de ciertas cosas con ella, quiero tener amigos pero me da vergüenza hablar con personas nuevas, trato de hablar con otras chicas pero me pongo nerviosa, tiemblo, sudo y tartamudeo, tengo miedo a ser criticada por los demás que piensen que soy una tonta que no sabe hacer nada además me considero menos divertida que ellos, no tengo nada interesante, siento temor 8/10 al hablar con muchas personas, un 10/10 cuando expongo, 9/10 de dar mi opinión, 10/10 de ser el centro de atención, tengo miedo para iniciar y mantener una conversación, para mirar directo a los ojos y peor si tengo que confrontar a alguien, sin embargo a pesar de eso trato de relacionarme pero tartamudeo al hacerlo, me gustaría sociabilizar mejor, a pesar de todo esto ya estoy en 9no ciclo de mi carrera de negocios internacionales aunque he jalado cursos por mi bajo rendimiento ya que me cuesta exponer temas, participar en clase, exponer mis ideas, hago normalmente mis cosas de la universidad pero no salgo con amigos y en los momentos en que empiezan las preguntas me voy al baño y me escondo ahí, no hago trabajos grupales

porque hablo bajo y cuando intento participar dando ideas no me escuchan, siempre busco hacer trabajos sola, sentarme atrás y vestirme de negro para que nadie se percate de que estoy ahí, últimamente mi hermana Jesenia empezó a hacer sus prácticas pre profesionales sale con sus amigos del trabajo y de la universidad y se aleja más y más de mí, eso me fastidia, me pone irritable, porque no creo que pueda conseguir amigos ni hacer mis practicas pre profesionales como ella”.

2.3. Episodios previos

No presenta episodios previos por cuanto desde los 11 años hasta la actualidad presenta el problema planteado.

2.4. Historia personal

Etapa pre natal

El embarazo no fue planificado sin embargo fue tomado con alegría por parte de la familia, era el segundo embarazo de la madre y en esta ocasión era un embarazo de gemelas, hubieron nauseas el primer trimestre de gestación sin embargo se controló de inmediato ya que el embarazo fue llevado bajo control médico y no se consumió ninguna sustancia que pusiera en riesgo el embarazo.

Etapa peri natal

A los 7 meses y medio de gestación se le rompió la fuente a la madre, la llevaron de emergencia y su médico decidió inducirla al parto por vía natural, cuando nacieron las gemelas primero salió Jesenia con 1.500 gr.

de peso y 40 cm de altura mientras que Jesica nació con 1.200 gr. de peso y 33 cm de altura sin uñas ni cabello, su coloración era ligeramente morada, y demoro en llorar, al nacer Jesica tuvo la hemoglobina baja además de dificultades de salud, motivo por el cual el doctor le comento a los padres que existían altas probabilidades de que ella no sobreviviera y que se quedaría en la incubadora del hospital. Los padres iban constantemente al hospital y le daban todos los cuidados necesarios. Alrededor de un mes posterior de su nacimiento la dieron de alta para que la pudieran llevar a casa.

Etapa post natal

Los padres manifiestan haber estado altamente dedicados a la recuperación de Jesica. Al cumplir un mes de su nacimiento y poder respirar por su cuenta los médicos la dieron de alta y fue a casa con sus padres, levanto la cabeza a los 2 meses y los ejercicios diarios que le hacía su madre la ayudaron a gatear a los 8 meses, camino al año y 3 meses sin caerse, corrió a los 2 años 2 meses y la lactancia materna fue dada hasta los 4 años de edad no obstante comió papillas desde los 6 meses, hablo al año y medio palabras básicas sin embargo a partir de los 2 años los padres reconocieron que las gemelas habían creado un lenguaje hablado que solo conocían y manejaban entre ellas, lo que disminuyó su comunicación e interacción con los demás, con sus padres se comunicaban a través de señas y palabras básicas, luego de llevarlas a terapia de lenguaje a los 5 años aprendieron poco a poco a comunicarse mejor sin embargo el psicólogo tratante recomendó que las separaran de sección

para que puedan socializar con otros niños de su edad de manera más constante e independiente. A los 2 años y 8 meses aprendió a controlar sus esfínteres.

Escolaridad

Educación inicial

Entro al colegio inicial junto con su gemela a los 3 años de edad, el primer día de clases se quedaron tranquilas, no obstante el segundo día lloraron un poco cuando su madre las dejó en la escuela, rápidamente las maestras identificaron su problema y el de su hermana para comunicarse con los demás sin embargo interactuaban con sus pares a través de señas y juego, se adaptaron con facilidad ya que estaban en la misma sección, incluso la profesora del aula le dijo a sus padres que era una niña hiperactiva ya que jugaba demasiado, desde muy pequeña Jesica manifestó lateralidad zurda y su gusto por el dibujo y la pintura.

Educación primaria

Recuerda que en 3ero de primaria su tutora le amarraba la mano izquierda para que escribiese con la derecha y la trataba muy mal al momento de hacer manualidades por ser zurda, en 6to de primaria por primera vez separaron a las gemelas a diferentes secciones, la paciente comenta que pedía permiso para ir al baño y esperaba en los pasillos a su hermana y casualmente su gemela hacía lo mismo, se encontraban y escondían en el baño para conversar esto pasó por unas semanas hasta que la tutora las descubrió y separó nuevamente. Comenta que a partir de

este suceso fue cuando empezó a costarle sociabilizar, participar en clase, exponer y hablar con amigas ya que sentía que hacerlo sola era más difícil. No comentaba a sus padres nada de lo que le sucedía en el colegio.

Educación secundaria

En primero de secundaria luego de haber sido separada de su hermana comenta que hacia el intento de interactuar sola sin embargo de un día para otro, sus compañeras del salón la ignoraban y trataban muy mal, tirándole los cuadernos, escondiendo sus cosas y fingiendo como si no existiese, todo esto a motivo de que la niña más popular del salón, Carolina, no estuviera de acuerdo con que ella estuviese en esa sección, a unos meses de finalizar el año, Jesica se encontraba en el baño y de repente entra el hermano de Carolina le tira la mochila al piso y le pega un puñete en el rostro, ella grito y una profesora al estar cerca vio al adolescente de 15 años salir del baño de mujeres, se acercó a hablar con ella que aún permanecía allí y fueron a dirección a hablar con la directora. Al siguiente año los hermanos atacantes ya no estuvieron en el colegio y ella se sentía culpable de eso. Después de todos estos sucesos no buscaba relacionarse con sus pares por temor de que la traten menosprecien y maltraten. Manifiesta además que le atemorizaba el curso de educación física porque siempre se ha considerado poco atlética y lenta ya que tiene estatura baja, sin embargo, mantuvo notas promedio en los demás cursos y no repitió ningún grado.

Educación universitaria

A los 18 años entro a la universidad San Martin de Porres a la escuela de Negocios internacionales porque fue la carrera que eligió su hermana gemela y ella no quería estudiar sola, no tiene amigos de la universidad, y prefiere hacer trabajos individuales, cuando los profesores empiezan la ronda de preguntas Jesica se va al baño y se queda ahí durante un buen tiempo, en ocasiones hasta que termine la clase. Por el temor que tiene a exponer, habla con los profesores para no hacerlo, algunos han accedido sin embargo otros no, y forzada a exponer al hacerlo se ha quedado en blanco olvidándose de lo estudiado y ha salido del salón, por estos motivos ha jalado 3 cursos en los 6 años que está en la universidad, actualmente su hermana Jesenia ya se encuentra en 11vo ciclo y ella se siente triste y enojada porque ve que su hermana avanza, y ella se ha quedado por todas las dificultades que presenta para sobresalir en clases.

Vida laboral

Jesica aún no ha realizado prácticas pre profesionales porque no se siente preparada para acudir a entrevistas laborales, y jamás ha tenido ningún empleo.

Historia psicosexual

Le explicaron las diferencias entre sexos a los 6 años aproximadamente ya que nació su hermano Raúl, siendo su primer medio hermano varón, a los 8 años se le explico como vienen los niños al mundo en el colegio y su madre en casa.

Su menarquia aconteció a los 13 años de edad, manifiesta que no es algo que le sorprendiera demasiado, ya que tiene una hermana mayor que le hablaba del tema, a los 13 años definió su sexualidad y el gusto por las personas de sexo opuesto declarándose heterosexual, sin embargo jamás ha tenido enamorado o pareja no obstante a los 19 años mantuvo conversación durante un año con un joven venezolano solamente por vía electrónica, no piensa tener relaciones sexuales antes del matrimonio, jamás se ha masturbado y no piensa hacerlo, tiene miedo a las enfermedades de transmisión sexual por lo que su madre le ha comentado acerca de eso y además piensa que los hombres mienten, debido a la infidelidad de su padre en la relación matrimonial con su madre.

Intereses

A Jesica le gusta mucho dibujar a lápiz y carboncillo en sus tiempos libre, y lo realiza con bastante destreza, las temáticas que suele dibujar son animales y paisajes, actualmente se está aventurando a dibujar retratos, le gusta la música pop y artistas como Avril Lavigne, lee libros de ficción y misterio con gran interés. En sus tiempos libres le gusta ver series de diversos géneros en la televisión.

Enfermedades

Jesica nació prematura y con baja hemoglobina, a pesar del tratamiento que recibió actualmente persiste con el promedio mínimo de hemoglobina. A la edad de 5 años tuvo varicela por contagio en el colegio.

Accidentes

La examinada refiere no haber presentado ningún accidente que comprometa su conciencia.

2.5. Historia familiar

Madre

Milagros de 58 años, natural de Trujillo, vino a Lima a la edad de 26 años ya casada con Román (padre de la paciente), no presenta ninguna enfermedad de consideración, sin embargo, sufrió un accidente automovilístico hace 3 años felizmente no tuvo ninguna fractura ni golpe grave. Es comerciante de ocupación, se caracteriza por ser responsable, preocupada por su familia, es bastante moralista, sobreprotectora y afectuosa con sus hijas, no es muy sociable, pero cuenta con un grupo pequeño de amigas que se reúnen continuamente, es terca y orgullosa ante los problemas. La paciente comenta que tiene una buena relación con su madre, la considera su mejor amiga, porque es con quien más conversa y pasa su tiempo libre, sin embargo, tiene recelo en contarle ciertas cosas ya que su mama es bastante estricta y moralista.

Padre

Román de 61 años, natural de Trujillo, vino a lima a la edad de 29 años derivado de su trabajo en las fuerzas de inteligencia del ejército peruano, sufre de hipertensión arterial desde los 40 años aproximadamente y tuvo un accidente automovilístico cuando estaba manejando junto a su esposa, sin embargo, manifiesta que no fue nada comparado a las cosas

que ve en su trabajo, no tuvo ninguna lesión de gravedad en aquel accidente.

Actualmente tiene el grado de comandante, es responsable en su trabajo y bastante preocupado por su familia, es cariñoso, sincero, amable y comunicativo, suele ser un poco más sociable que la madre de Jessica. Mantiene una buena relación con la paciente, y Jessica comenta que confía mucho en él por qué es quien la escucha cuando esta triste, no la juzga y se preocupa por su bienestar, es cariñoso con ella y pasan tiempo juntos sin embargo ella no acepta la infidelidad que le realizó a su madre y aún en ocasiones lo juzga por eso.

Hermana Mayor

María de 32 años, natural de Lima, no presenta ninguna enfermedad ni accidente de consideración, es de profesión Ingeniera industrial, suele ser comunicativa, alegre y responsable en ocasiones suele renegar mucho cuando las cosas no salen como a ella le gustaría que salgan, es bastante sociable, y está casada desde los 28 años de edad, aún no tiene hijos pero planea hacerlo terminando su maestría el próximo año, ya no vive con Jessica pero mantienen una buena relación, admira sus logros y personalidad, cuando la visita se divierten mucho ya que María es bastante conversadora.

Hermana gemela

Jesenia de 25 años, natural de Lima, no presenta ninguna enfermedad ni accidente de consideración, actualmente se encuentra realizando sus prácticas pre profesionales en una empresa, a diferencia de

Jesica, Jesenia es muy sociable, además es cariñosa con su familia y amigos, es responsable con sus trabajos de la universidad y el trabajo, su relación con la paciente es bastante estrecha y anteriormente eran mucho más unidas que en la actualidad ya que desde que entro a realizar sus prácticas tiene menos tiempo para pasar con su hermana gemela, Jesica le reclama por esto y han discutido por estos motivos de manera continua.

Hermano menor (medio hermano)

Raúl de 19 años, natural de Lima, sufre de un trastorno adaptativo, no tiene accidentes de consideración, vive en la casa de su padre junto a Jesica hace 9 meses, le cuesta adaptarse a su nuevo hogar ya que considera que la madre de Jesica y la paciente, lo ven solo como producto de la infidelidad de su padre y no lo quieren, su relación con la paciente es distante.

Dinámica familiar

Los padres de la paciente se separaron por un breve lapso tiempo debido a la infidelidad del padre, no obstante, actualmente se encuentran juntos, la paciente vive con sus padres, su hermana gemela y su medio hermano, los padres discuten continuamente por el comportamiento del hijo menor del señor Román, lo que le incomoda a Jesica. La paciente mantiene una buena relación con sus hermanas y padres sin embargo no se comunica fluidamente con su medio hermano ya que manifiesta que no lo comprende.

2.6. Examen Mental

Porte

Mujer de 25 años que aparenta su edad cronológica, mide 1.45 cm de estatura y pesa 53 kg; de biotipo pícnico, tez trigueña, cabello negro ondeado, viste de acuerdo a la estación y ocasión, con jeans, sudaderas anchas y zapatillas, su ropa suele ser de color negro durante las primeras sesiones, se presenta con adecuada higiene personal sin embargo sin arreglo, ni maquillaje ni alhajas o accesorios.

Comportamiento

La paciente presenta marcha lentificada, postura encorvada, contacto visual intermitente, mirada evitativa, facies que denotan inseguridad, no obstante muestra una actitud colaboradora respondiendo a las interrogantes propuestas (sobre todo a partir de la segunda sesión). Movía ligeramente la pierna al hablar de sus miedos.

Atención

Presentaba una atención selectiva y sostenida ya que no se distraía y controlaba su foco de atención a los estímulos que se le presentaban.

Orientación

Presenta una orientación adecuada de tiempo, persona y espacio ubicándose correctamente en las tres esferas.

Pensamiento

Curso coherente, de contenido fóbico con distorsiones cognitivas de Inferencia arbitraria “ya empecé a tartamudear, van a pensar que soy tonta y ya no querrán hablarme”; Visión catastrófica “cada vez que exponga todo

será un desastre” “Jamás tendré amigos porque no soy buena para hablar con personas de mi edad”, “No puedo hacer amigos” “No tengo nada interesante”; Generalizado “Nadie me escucha”, “no tengo amigas porque las mujeres son competitivas, muchas son malas”, “los hombres solo prestan atención a las chicas divertidas”. Comparativa “aunque me esfuerce jamás seré como mi hermana de divertida”.

Lenguaje

Lenguaje fluido, tono de voz bajo, con velocidad y ritmo adecuado, sin embargo, al principio tartamudeaba cada que se ponía nerviosa, contenido coherente y vocabulario adecuado.

Percepción

No presenta alteraciones visuales, olfativas, auditivas, táctiles o gustativas.

Memoria

Memoria conservada. Le resulta sencillo evocar recuerdos pasados con claridad.

Inteligencia

Impresiona coeficiente intelectual normal superior ya que cuenta con un repertorio de palabras amplio, capacidad de análisis, abstracción y razonamiento además de destreza y sensibilidad para actividades artísticas.

Afectividad

Presenta ansiedad ante situaciones sociales, temor a ser el centro de atención, temor a hacer el ridículo, no presenta depresión sin embargo se

encuentra ligeramente triste por la vulnerabilidad que percibe al no cumplir sus expectativas sociales.

Alimentación

No presenta trastorno en esta área.

Sueño

No presenta alteraciones de sueño.

Conciencia de la enfermedad

Jesica reconoce que el miedo que siente ante ciertas situaciones sociales, la limita y obstaculizan su vida social y profesional.

2.7. Diagnostico nosográfico

Signos

- Aparenta la edad cronológica
- Biotipo pícnico
- Higiene personal adecuada
- Poco arreglo personal
- Postura encorvada
- Contacto visual intermitente
- Mirada evitativa
- Temor al hablar
- Facies que denotan inseguridad
- Tono de voz bajo
- Tartamudez
- Memoria conservada

- Aparito conservado
- Sueño conservado
- Pensamiento con contenido fóbico
- Pensamiento de curso coherente
- Conductas de seguridad (vestimenta negra, desuso de accesorios)

Síntomas

- Temor al hablar delante de otros
- Temor a ser el centro de atención
- Temor a la crítica de los demás a cerca de su conducta social
- Ansiedad para sociabilizar con personas nuevas
- Poca sociabilización
- Se siente menos interesante que otros
- Le gustaría sociabilizar mejor
- Tartamudear al hablar con otros
- Dificultades para iniciar y mantener una conversación
- Dificultades para hacer contacto ocular
- Dificultades para confortar con otros de manera asertiva
- Funcionabilidad laboral, académica y social afectada.
- Excesiva autopercepción social

Síndrome

Ansioso

Diagnostico

Trastorno de fobia social f.40.1

2.8. Informe psicológico

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre	: Jesica
Edad	: 25 años
Sexo	: Femenino
Lugar de nacimiento	: Lima
Fecha de nacimiento	: 11 de mayo de 1992
Domicilio	: Barranco
Grado de instrucción	: Superior (en curso)
Estado civil	: Soltera
Número de hermanos	: 4
Orden entre hermanos	: 3era
Religión	: Católica
Ocupación	: Estudiante

Motivo de Evaluación	: Personalidad y organicidad
----------------------	------------------------------

cerebral

Informantes : La paciente y su padre

Evaluador : Priscilla Pacheco

Supervisión : Lic. Zaira Tejada

Fecha de evaluación : 29/07, 05, 09/08 del 2017

Técnicas utilizadas : Observación y entrevista psicológica

Instrumentos Utilizados : Test Gestáltico Visomotor de Bender,
Test de Retención visual de Benton
Escala de Memoria de Wechsler
Escala de Ansiedad Social de
Liebowitz, Escala de Autoevaluación
de Depresión de Zung, Cuestionario
Caracterológico de Berger,
Inventario de autoestima
Coopersmith adultos

II. Motivo de consulta

Paciente acude a consulta en compañía de su padre, al preguntarle por el motivo de consulta mira al padre sin pronunciar palabra y se queda mirándolo fijamente, motivo por el cual se solicitó al padre esperar fuera del consultorio para hablar con la paciente de manera privada.

Luego de retirarse el padre y alentarla a manifestar el motivo de consulta la paciente refiere “Vengo porque soy muy nerviosa , el martes

pasado de nuevo quede en blanco olvidándome de todo lo estudiado al exponer en la universidad, empecé a tartamudear, me puse roja, me sudaban las manos y sentía que mi corazón latía fuerte, que la voz se me cortaba que me faltaba el aire y que todos me miraban, me dieron ganas de llorar por qué estaba haciendo el ridículo enfrente de mi clase, todo comenzó a los 11 años cuando me separaron de mi hermana gemela en la escuela después de haber estudiado en la misma sección juntas, desde ahí me di cuenta que me costaba hablar sin ella, a los 14 fue horrible porque de un día al otro todas mis compañeras dejaron de hablarme, me ignoraban y hacían como si no estuviese allí, me hicieron bullying durante ese año mis compañeras por que la chica popular del salón así lo quiso incluso a unos meses de fin de año su hermano mayor me agredió en el baño de chicas, motivo por el cual pedí que me cambiaran de salón, pero jamás le he contado esto a nadie, porque no sé cómo hablar de mis sentimientos, por ejemplo ahora no tengo amigos, no hablo con mis compañeros de la universidad, no me relaciono con nadie, quiero tener amigos pero me da vergüenza hablar con personas nuevas porque me pongo roja y empiezo a tartamudear, solo me relaciono bien con mi familia, tengo miedo a ser criticada por los demás ya que me considero menos divertida que ellos, siento temor 8/10 al hablar con muchas personas, un 10/10 cuando expongo, 9/10 de dar mi opinión, 10/10 de ser el centro de atención, tengo miedo para iniciar y mantener una conversación, para mirar directo a los ojos y peor si tengo que confrontar a alguien, me gustaría sociabilizar mejor, he jalado cursos por mi bajo rendimiento ya que me cuesta exponer temas,

participar en clase, presentar mis ideas, y en los momentos en que empiezan las preguntas me voy al baño y me escondo ahí, evito hacer trabajos grupales, me siento atrás y prefiero vestirme de negro para que nadie se percate de que estoy ahí”.

III. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Mujer de 25 años de tez trigueña, ojos marrones oscuros, cabello negro ondeado, de aproximadamente 1.45 cm de altura y 53 kg de peso de biotipo pícnico, que aparenta su edad cronológica, acude a consulta con adecuada higiene personal. No obstante, con poco arreglo. La paciente vino vestida de acorde a la estación y ocasión sin embargo en las primeras sesiones su vestimenta era de color negro. Al inicio de la entrevista se mostró nerviosa y distante tartamudeando al hablar, agachando el rostro con la mirada evitativa sin embargo al transcurrir las sesiones se presentó más tranquila y confiada contando las situaciones. Posteriormente la paciente mantuvo contacto visual permanente, su tono de voz un poco más elevado de lo habitual, su latencia era adecuada, se encontraba orientada en espacio, tiempo y persona, presentaba atención selectiva y sostenida hacia los estímulos emitidos, pudiendo evocar recuerdos con facilidad a su vez discriminaba estímulos adecuadamente lo que nos muestra que el evaluado no presenta alteraciones perceptuales ni de memoria.

IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En la evaluación de organicidad la evaluada no presenta alteraciones viso perceptuales, presentando una adecuada habilidad visoconstructiva motora, reproduciendo las figuras que se le presentaban con adecuada relación espacial sin desproporción ni distorsión, mostrando conservada, su esfera perceptiva y memoria visual, es decir, representa la Gestalt de manera adecuada.

En el área de personalidad, la evaluada presenta rasgos pre mórbidos, de sensibilidad, caracterizándose por ser estricta, dependiente, afectuosa, activa y amigable, según comentan los padres, de pequeña siempre estaba junto a la hermana gemela y sociabilizaban adecuadamente con sus pares, la evaluada de pequeña era bastante juguetona y activa, incluso en la escuela inicial algunos profesores pensaron que tenía hiperactividad, por la alta actividad que presentaba en el salón de clases. Actualmente Jesica sigue mostrándose conversadora, cariñosa y risueña con sus padres no obstante presenta características de sumisión, cohibición y timidez, al momento de sociabilizar con personas externas a su familia, con comportamientos tensos e inhibidos, siente temor para comunicarse con personas nuevas, para exponer sus ideas y para confrontar a otras personas, caracterológicamente es de tipo sentimental emotivo-noactivo-secundario lo que nos indica de que es propensa a la reflexión y constante análisis de sí misma, lo que la lleva al desánimo en ocasiones de la evaluación de sus competencias además suele subestimar sus cualidades, suelen acongojarse por dos motivos: su dificultad en la expansión de sus sentimientos y el poco potencial dinámico que

experimenta para la acción, para la evaluada es de gran importancia cuidar las impresiones desagradables, les resulta difícil exteriorizar sus sentimientos, no obstante suele ser dedicada y solidaria, honrada y generosa para sus obligaciones, suele ayudar a los demás y escucharlos si tiene confianza con ellos.

En el área de afectividad la evaluada presenta signos y síntomas de ansiedad social grave, en situaciones específicas como lo son al exponer delante de la clase, comentar su opinión, interactuar con grupos de personas, al interactuar con personas nuevas o al ser el centro de atención, a iniciar y mantener una conversación, situaciones que le generan síntomas fisiológicos propios de la ansiedad, como respiración acelerada, taquicardia, hiperhidrosis palmar, además de ideas como “no soy importante para que me escuchen”, “no soy interesante”, “los demás no querrán ser mis amigos”, “me van a criticar porque soy diferente” motivo por el cual Jessica teme y evita estas situaciones, lo que además de generarle ansiedad también le genera tristeza no patológica ya que se siente inferior respecto a sus capacidades sociales para interactuar y para afrontar situaciones sociales lo que se reafirma en la evaluación del autoestima que según la evaluación psicométrica se encuentra baja, reconociéndose como menos que los demás, desconociendo su auto valía y autoconcepto, reconociendo que la mayoría de decisiones tomadas en su vida han sido influenciadas en gran medida por las inclinaciones de la hermana gemela, ya que solo al lado de ella, Jesica se sentía con capacidad de desarrollarse o hablar. Suele tener una actitud negativa de sí

misma y no se siente satisfecha con la persona que es piensa que no es interesante ni importante para los demás.

V. CONCLUSIONES

- En el área de organicidad cerebral, la paciente presenta sus capacidades viso perceptuales motoras conservadas.
- En el área de personalidad, la paciente se ha caracterizado por ser estricta, dependiente, afectuosa, activa y amigable. (personalidad pre mórbida)
- En el área de afectividad la paciente presenta ansiedad social severa, ante situaciones específicas como ser el centro de atención, iniciar y mantener una conversación, mantener el contacto ocular al sociabilizar, exponer y participar en clase, confrontar a otras personas, hablar con personas nuevas.
- La evaluada es consiste de la enfermedad y la disfuncionalidad que esta le causa.

VI. RECOMENDACIONES

- Terapia cognitiva conductual
- Entrenamiento en habilidades sociales

Capítulo III

PROGRAMA DE INTERVENCION

3.1. Justificación

Teniendo en cuenta la información obtenida durante el proceso de evaluación, la paciente evidencia dificultades emocionales en situaciones sociales específicas, con sintomatología ansiosa como, aceleración cardiaca, ruborización, hiperhidrosis palmar, voz entrecortada y tartamudez, estos síntomas se activan cuando expone o participa en clases de la universidad y al hablar con personas nuevas, mostrando dificultad para iniciar y mantener una conversación, para conservar el contacto visual al interactuar, participar en clase y confortar a otros. Además de las conductas de evitación frente a estas situaciones, la paciente muestra conductas defensivas para afrontar situaciones específicas, estas son: sentarse en las esquinas traseras del salón para que no la hagan participar en clases y vestir de negro sin alhajas ni maquillaje para no llamar la atención de los demás. La paciente presenta errores y distorsiones cognitivas desadaptativas que giran en torno a esquemas disfuncionales.

Todas estas conductas evitativas y defensivas son resultado del sistema de creencias que presenta, los cuales producen malestar y disfuncionalidad en su vida personal, académica, social y laboral, por estos

motivos y la eficacia ya descrita en los capítulos anteriores del modelo cognitivo conductual, se ha optado por crear un programa de intervención terapéutica personalizada para la paciente, con técnicas como la psicoeducación para lograr un entendimiento completo del problema que acontece, auto registros que nos ayuden a evaluar el progreso, reestructuración cognitiva de las creencias irracionales que tiene ante ciertas conductas, proponiendo analizar sus pensamientos para reconocer la influencia que generan sobre sus conductas, además de trabajar técnicas de relajación y exposición gradual, entrenamiento de habilidades sociales, todo esto con la finalidad de mejorar su capacidad para interactuar con los demás, tolerar su ansiedad y modificar sus distorsiones cognitivas, generar un hábito en el uso de las técnicas de relajación, para obtener un cambio perdurable en el tiempo.

3.2. Especificación del programa

3.2.1. Objetivo General

Modificar el sistema de creencias disfuncionales para mejorar el funcionamiento personal de la paciente en situaciones sociales reduciendo el nivel de ansiedad social y el malestar que experimenta respecto a si misma.

3.2.2. Objetivos específicas

- Reforzar la alianza terapéutica.
- Explicar la fobia social desde el modelo cognitivo conductual.
- Establecer la relación entre cognición, emoción y conducta.

- Entrenar a la paciente en técnicas de relajación autógena, respiración abdominal y relajación muscular.
- Generar sensación de cooperación y tranquilidad acerca de las demandas terapéuticas.
- Enseñarle a observar los pensamientos automáticos negativos y analizar sus consecuencias.
- Reconocer la diferencia entre creencias adaptativas y desadaptativas.
- Enseñarle a sustituir pensamientos distorsionados por interpretaciones más adaptativas basándose en el análisis lógico.
- Generar habituación a la activación psicofisiológica.
- Reducir la ansiedad anticipatoria corrigiendo las falsas valoraciones sociales de vulnerabilidad personal.
- Lograr mayor objetividad en las expectativas, interpretaciones y valoraciones sociales para un afrontamiento más adaptativo.
- Aprender a concentrarse en la tarea en vez de en las expectativas de su rendimiento.
- Aprender a establecer metas realistas en las interacciones sociales modificando los errores cognitivos.
- Reducir significativamente las conductas defensivas y de evitación.
- Reducir la activación autonómica y somática presente en las interacciones.
- Contrarrestar la autoconciencia excesiva durante las exposiciones sociales.

- Aprender a tolerar el malestar buscando claves sociales externas positivas.
- Eliminar la rumiación post evento.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales.
- Reducir la ansiedad y activación fisiológica ante situaciones sociales en las cuales el foco de atención esta sobre ella.
- Análisis retrospectivo de los objetivos alcanzados por la paciente y las estrategias aprendidas.

3.3. Metodología

Las sesiones fueron estructuradas de modo personalizado bajo el enfoque cognitivo conductual, se llevaron a cabo en el consultorio n°2 encargado de adolescentes y adultos jóvenes de edades entre 15 y 25 años, la sesión se realizó de manera individualizada en un tiempo aproximado de 45 minutos a una hora, la terapia consto de 18 sesiones, las ultimas 3 sesiones fueron de seguimiento después del alta de la paciente. Las técnicas aplicadas buscaron proveer a la paciente de una explicación cognitiva conductual de la fobia social, justificando su tratamiento y conociendo su eficacia. Además de identificar , cuestionar cogniciones problemáticas a través de ejercicios estructurados, exponiendo a la paciente a situaciones ansiogenas simuladas y naturales con ejercicios de reestructuración cognitiva para controlar los pensamientos desadaptativos antes y después de las exposiciones, la paciente conto con la ayuda de la terapeuta y un coterapeuta durante

su intervención, a su vez tuvo semanalmente tareas para casa, todas las tareas fueron revisadas al inicio de la siguiente sesión, evaluando su desempeño y desenvolvimiento en la semana, luego se realizó la técnica prevista para la sesión, terminando con una retroalimentación y reflexión acerca de su aplicación habitual, en el proceso de intervención se usaron hojas a4, pizarra, plumones, lapiceros, lápices, colores y otros utensilios que requirieron las técnicas particulares.

3.4. Análisis funcional

<u>Antecedentes</u>	<u>Cognitivo :</u>	<u>Consecuentes</u>
<u>externos :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser el centro de atención ▪ Hablar con personas nuevas ▪ Exponer o dar su opinión en clase ▪ Confrontar a alguien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Me voy a olvidar de todo lo estudiado” ▪ “Voy a hacer el ridículo exponiendo” ▪ Los que tartamudean son tontos, “soy una tonta” ▪ “No soy capaz de exponer sola” ▪ “Soy insignificante comparado a los demás” 	<u>externos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesor le dice que se siente. ▪ Su madre le dice que tiene que hacer las cosas bien. ▪ Sus compañeros de clase se burlan cuando se queda callada al exponer

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar de eventos sociales ▪ Iniciar y mantener una conversación ▪ Que no la escuchen por hablar con volumen bajo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Soy incapaz de relacionarme bien” ▪ “No soy capaz de expresar mis sentimientos” ▪ “No puedo relacionarme bien” ▪ “Debo hacer todo bien” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus hermanas salen y la dejan sola ▪ Cuando trata de hablar en grupo nadie la escucha ▪ Esperar en el baño a que termine la clase. ▪ Su familia le dice que se quedara soltera si no sale.
<p><u>Antecedentes internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensar en las veces que se ha quedado en blanco al exponer ▪ Recordar el acoso que recibía en el colegio. ▪ Si hablo voy a tartamudear. 	<p><u>Fisiológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sudoración ▪ Temblores ▪ Sensación de ahogo ▪ Aceleración cardiaca ▪ Hiperhidrosis palmar 	<p><u>Consecuentes internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar la ronda de preguntas porque piensa que no va a poder responder, si todos la miran. ▪ Pensar que vistiéndose de negro pasara desapercibida
	<p><u>Motor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimiento de manos ▪ Voz entrecortada ▪ Tartamudez 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recordar como la ignoraban cuando hablaba. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parpadeo ocular constante ▪ Aislamiento ▪ Escapar ▪ Evitar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensar que si se sienta atrás y en las esquinas no la verán. ▪ Evitar buscar practicas pre profesionales porque piensa que es incapaz de conseguirlas
--	--	--

3.5. Aplicación del tratamiento

En este apartado presentaremos las sesiones del programa de intervención realizado, se utilizará la letra T para referirse al terapeuta, P para referirse al paciente y CT para referirse al coterapeuta.

SESIÓN 01

Paciente: Jesica

Fecha: 12/08/2017

Objetivos de la sesión: Reforzar la alianza terapéutica. Explicar la problemática de la paciente a través del modelo cognitivo conductual.

Técnicas:

- Escucha activa
- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Tarea para casa.
- Se le solicita un dibujo (le gusta dibujar)

Descripción de la sesión

T: Adelante Jesica, Toma asiento.

P: Buenos días Psicóloga

T: ¿Qué tal, como has estado estos días, desde la última vez que nos vimos?

P: He estado mejor, contarle lo que paso con Carolina me ayudó mucho, incluso estoy pensando contárselo a mi mamá.

T: Si eso te haría sentirte mejor, más tranquila y liberada, ¡hazlo!, no hay nada que temer.

P: (sonríe mirando al piso) Gracias Psicóloga.

T: Ahora quiero que conversemos acerca de la tarea que te pedí en nuestra sesión anterior de entrega de resultados ¿trajiste el dibujo?

P: Doctora lo traje, pero no lo he terminado, lo tengo a medias porque estoy en exámenes de la universidad y no he tenido mucho tiempo.

T: Ok Jessica no te olvides que las tareas que te dejo son importantes para tu progreso, pero está bien, lo entiendo, hoy hablaremos de tu diagnóstico, la fobia social, ¿qué piensas cuando escuchas fobia o ansiedad social?

P: ¿El miedo que nos provoca hablar con las personas que no conocemos?

T: Si, bueno es parte de la fobia social, pero va más allá de eso, mira este esquema, una situación X por ejemplo que el profesor te saque a la pizarra, ¿sí? Tu analizas la situación y no te sientes segura de estar al frente ya que no te sientes capaz, o te sientes en menos posición que los demás, eso hace que te evalúes negativamente ante la situación, entonces se genera ansiedad y esa ansiedad da síntomas fisiológicos como sudoración, ruborización, taquicardia, y temblores ¿cierto?

P: ¡Si Psicóloga!, eso me pasa cuando salgo al frente, siempre pienso que me van a criticar porque no lo hare bien como ellos.

T: El evitar esas situaciones hace que reforcemos esa ansiedad, convirtiéndola en una fobia. Te comento que aunque no se conoce la causa exacta según varios autores han encontrado que más del 50% de las personas que padecen de este diagnóstico, sufrieron una experiencia desagradable y lo adquirieron como consecuencia de esta experiencia directa, por ejemplo que algún profesor lo haya menospreciado delante de su clase, y que sus compañeros se burlaran, como te sucedió a ti en la primaria, sin embargo hoy en día es un diagnostico tratado con mucha eficacia y la terapia cognitiva conductual tiene evidencia de su validez,

según el APA la prevalencia de este trastorno es de 3 a 13%, eso quiere decir que hay muchas personas que como tú padecen esta dificultad, los manuales diagnósticos la definen como el temor persistente a una o más situaciones sociales específicas en las cuales la personas teme ser crítica o evaluada como inferior. Sus características son el miedo intenso, la evitación a esa situación, la sudoración, el aceleramiento cardiaco, el temblor de las piernas o las manos, la ruborización, entre otros, ya que cada paciente tiene una manera diferente de expresarlo, hay una frase que me gusta recordar de Moreno que dice “Un diagnóstico es como un mapa te ayuda a orientarte y a buscar soluciones pero no puede confundirse con el territorio real que representa, que siempre tiene muchos más detalles y matices” porque tú eres única y especial para mí pese al diagnóstico que puedas tener.

P: Gracias Psicóloga ¿eso es biológico o hereditario? Porque mi mama no sociabiliza mucho pero no por miedo sino porque no le gusta.

T: Puede haber antecedentes de aprendizaje en tu familia y a su vez características de vulnerabilidad biológica. Sin embargo, vamos a aprender juntas, técnicas que nos ayuden a cambiar eso ¿has escuchado a cerca del modelo cognitivo conductual?

P: No Psicóloga

T: Ok, para empezar te agradezco que estés aquí, comenzando una etapa diferente en tu vida que es la de enfrentar tus miedos que si bien no va a ser fácil, yo voy a estar a tu lado en todo el proceso del camino, hasta que logres tus objetivos, recuerda que por más difíciles que sean

las metas terapéuticas que tengamos, con esfuerzo y valentía lo vas a lograr y las recompensas que posteriormente tengas en tu vida van a ser mucho más grandes de lo que piensas ¿estamos bien ahí?

P: Sí, estoy emocionada siento que ya es momento de cambiar mi vida.

T: Perfecto, porque eso me da a entender que me vas a ayudar a ayudarte, regresemos al modelo cognitivo conductual que es el modelo que guiara las pautas de nuestro trabajo juntas, este modelo plantea que gran parte de lo que pensamos o interpretamos de las situaciones es el responsable de hacernos sentir y actuar en esa circunstancia, y que modificando este pensamiento adecuado o inadecuado a la situación podemos modificar nuestro comportamiento y así ser más funcionales, posteriormente iremos comprendiendo más de esto, te voy a dejar una tarea, bueno dos en sí, la primera es que vas a tener un diario, “el diario de Jessica” quiero que lo decores y que cuando lo vea este tan personalizado que sepa, que tú lo hiciste, ahí tendrás un registro que te pido que llenes mínimo una vez semanalmente y lo tengas ahí ¿sí?, y la otra tarea es que averigües un poquito a cerca de la eficacia de la terapia cognitiva conductual en la fobia social.

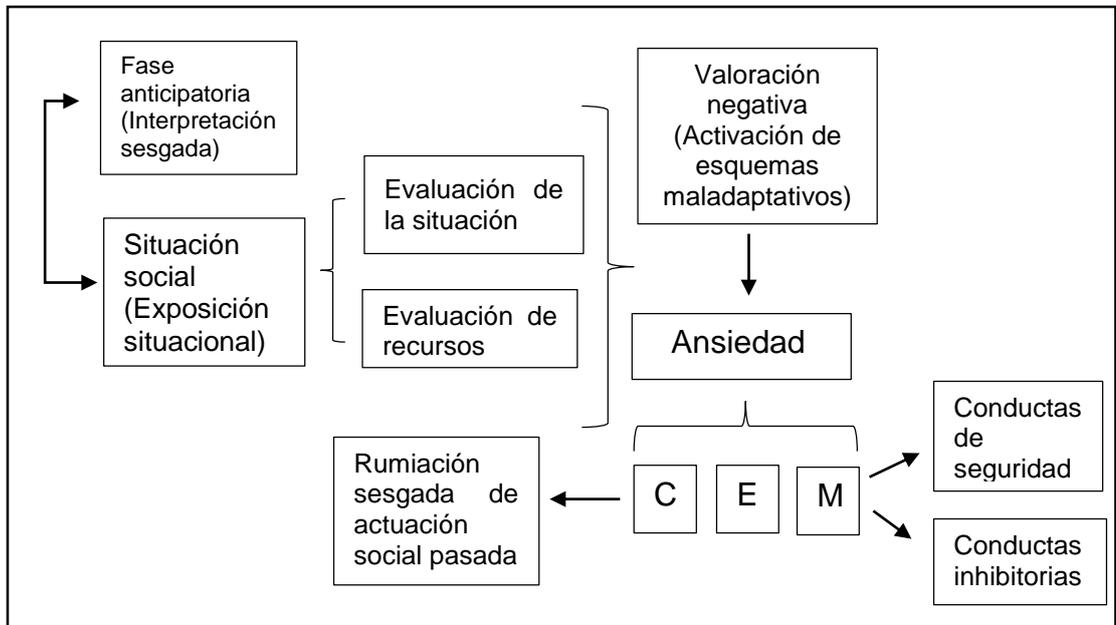
P: Ok Psicóloga.

T: Entonces la siguiente sesión sería el otro sábado ¿verdad?

P: Si como siempre, el otro sábado estoy aquí.

T: Ok Jessica te esperamos entonces, (me levanto para acompañarla a la puerta) Cuídate.

*Se ahondo en el problema de la paciente a través de un cuadro explicativo de la fobia social en la exposición situacional.



Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 02

Paciente: Jesica

Fecha: 19/08/2017

Objetivos de la sesión: Generar sensación de cooperación y tranquilidad acerca de las demandas terapéuticas. Reconocer la relación de pensamiento, emoción y conducta.

Técnicas:

- Escucha activa
- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Columnas paralelas
- Tarea para casa.

Descripción de la sesión

Se comenzó la sesión dándole la bienvenida a la paciente, posteriormente se revisó y converso acerca de la tarea dejada la sesión anterior, en la cual se le solicito a la paciente averiguar acerca de la eficacia de la terapia cognitiva conductual en la fobia social.

T: Hola Jesica, Pasa, toma asiento.

P: Buenas, Psicóloga.

T: ¿Cómo has estado estos días?

P: Bien, ya terminé la tarea que me dejo del dibujo y también averigüe a cerca de lo que me pidió.

T: Me alegra mucho escuchar eso Jesica, puedes mostrármelo

P: Claro (sonríe).

*se procede a revisar la tarea dejada

T: Qué lindo Jessica, dibujas muy bonito, cuéntame ¿por qué los canarios? Cuéntame de tu dibujo.

P: Lo que pasa es que me recuerda a la casa de mi abuelita, ella tenía canarios y me gustaba como cantaban y sus colores.

T: Recuerdo que me comentaste de que no le parecerías interesante a nadie, sin embargo, dudo que esto sea cierto con lo hermoso que dibujas, cada persona tiene fortalezas y debilidades, cosas que nos hacen sobresalir y nos ayudan a diferenciarnos de los demás, de tus 3 hermanas, alguna dibuja tan lindo ¿cómo tú?

P: La verdad que ninguna de las dos dibuja bien (sonríe)

T: Ves, tienes un talento que te diferencia de ellas, cada persona es única y especial, valiosa e importante, poco a poco iras conociéndote más. Ahora cuéntame del diario, ¿lo trajiste?

P: Si es este, no sé si le guste.

T: No me tiene que gustar a mí, con que te guste a ti, para estará bien.

P: Ok. (Dudosa)

T: Puedes contarme porque es negro. ¿Acaso es tu color favorito?

P: No, no sé, bueno es el color que siempre uso, el único que tengo en ropa creo (risa nerviosa).

T: Pero ¿cuál es tu color favorito?

P: Mi color favorito, no sé, quizá el celeste, como el cielo.

T: No te preocupes, para eso estamos aquí, para que te conozcas, estoy segura que en unas sesiones, estarás más segura de esa respuesta, pero cuéntame ¿por qué usas el color negro en tu ropa?

P: Porque así no llamo la atención de los demás.

T: Ese es un tipo de conducta defensiva que posteriormente vamos a trabajar, ahora te voy a hablar acerca de la relación que existe entre tus pensamientos, tu conducta y afecto, te voy a mostrar un cuadro con ejemplos y hablaremos de ellos. Primero imaginemos que estas durmiendo y te levantas abruptamente porque escuchaste un ruido ¿qué sentirías o harías si piensas de manera catastrófica? por ejemplo pensando que es un ladrón sin tener las pruebas objetivas de esto.

P: Me pondría muy nerviosa, tendría miedo y no podría dormir más.

T: Y probablemente hayas pasado toda una situación complicada. Innecesariamente por pensar así, sin los fundamentos contundentes para pensar que es un ladrón por un simple ruido, ahora que pasaría si en vez de pensar que es un ladrón piensas que el ruido que escuchaste fue dentro del sueño.

P: Que no es nada importante y volvería a dormir

T: Vez la diferencia conductual y emocional que puede desatar un pensamiento de la interpretación de una situación, cuando pensaste que es un ladrón mencionaste que no podrías dormir más y que sentirías temor, mientras que cuando pensaste que era un ruido del sueño dijiste que volverías a dormir tranquila, esa es una gran e importantísima diferencia, el supuesto de la terapia cognitivo conductual que estamos trabajando nos dice que las personas se perturban por la interpretación que hacen de las cosas más que las cosas en si, por lo tanto si tengo conductas y emociones desadaptativas es probable que mis

pensamientos o la interpretación de esas situaciones sea negativa para mi adaptación ¿qué te parece la relación que existe entre estos 3 factores?

P: Existe una gran diferencia en las consecuencias que produce

T: Exacto, por ejemplo en tu caso, analicemos una situación en la que tus pensamientos, te hayan jugado una mala pasada. Cuando expones y sales a la pizarra ¿qué es lo primero que piensas?

P: Que voy a tartamudear y se me va a olvidar todo lo estudiado.

T: Ese pensamiento surge de la evaluación que tú haces de la situación y los recursos que tú consideras que tienes, al ser negativa esta evaluación, produce conductas fisiológicas, como ruborización, sudor, entre otras, y prestar atención a esas sensaciones solo hace que aumenten, el hecho de pensar que vas a tartamudear y quedarte en blanco, hace que en realidad suceda lo que temes.

P: No lo había visto así, pero es cierto.

T: Reconocer nuestros pensamientos para modificarlo es en lo que trabajaremos a partir de ahora, hoy realizaremos los objetivos que nos pondremos para este proceso terapéutico y quiero que lo hagamos juntas porque tú puedes confiar en mí ¿cierto? así como yo confié en ti, sabiendo que lograremos incluso pasar las metas que pongamos hoy.

P: A mí me es difícil confiar en mí y sobre todo en las personas por todo lo que le he contado que me han hecho, pero con usted es diferente yo siento que me escucha y que le importa lo que le digo.

T: Y así es, ahora quiero que me digas, que te gustaría lograr después de esta etapa o en el camino.

P: Me gustaría perder mi miedo a salir a exponer, me gustaría poder tener amigos, sentirme mejor conmigo misma, ser como otras chicas de mi edad, salir a pasear, tener citas, me gustaría ser más sociable, para conseguir hacer mis prácticas, ya que estoy por terminar y estos miedos han hecho que no postule a ningún trabajo.

T: Ok, entonces vamos a escribir todos esos deseos y metas, en una hoja con orden jerárquico del más importante e ir descendiendo y así tendremos una lista de registro que nos motive a llegar a nuestra meta.

P: (Hace la lista)

T: Muy bien ahora pasa esa lista a tu diario y léela cuando te desanimas a seguir la terapia, serán nuestros objetivos de ahora en adelante.

P: Me gusta la idea.

T: Muy bien Jessica antes de terminar, te voy a pedir en tu diario terapéutico anotes ejemplos de la relación que vimos entre la situación pensamiento, emoción y conducta recuerda que la situación pueden ser todas las cosas que suceden en tu día lo pensamientos que producen y las emociones y conductas respecto al acontecimiento, puedes usar los SUDS para reconocer el nivel de ansiedad que sientes. Acabamos la sesión de hoy, te espero el próximo sábado, te acompaño a la puerta.

P: Gracias Psicóloga (se despide con la mano).

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 03

Paciente: Jesica

Fecha: 26/08/2017

Objetivos de la sesión: Proveer a la paciente de diversas técnicas de relajación. Reconocer la diferencia entre creencias adaptativas y desadaptativas.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Psicoeducación
- Autorregistro
- Role play
- Relajación autógena
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Adelante Jesica, Toma asiento.

P: Buenos días Psicóloga

T: ¿Qué tal te ha ido? te veo más sonriente.

P: Lo que sucede es que hable con mi mamá y hacerlo me ayudó mucho a liberarme.

T: No sabes lo que me alegra oír eso, tu mamá siempre estará para ti, para escucharte, para aconsejarte, así que no tengas miedo de hablar con ella, yo sé que a pesar de sus ideas a la antigua como tú me dices, ella tratará de darte los mejores consejos porque te ama muchísimo.

P: Si, ella siempre está para mí.

T: Analicemos las situaciones que has anotado en tu diario. Aquí colocaste que el martes quisiste preguntarle a un compañero por la tarea que dejó el profesor, pero que pensaste que no te iba a prestar atención, y eso te hizo sentir miedo y pena, y que al final evitaste hablarle ¿cierto?

P: Si Psicóloga eso sucedió en mi clase de finanzas.

T: Ok, ¿qué te parece si recreamos esa situación ahora?

P: ¿Aquí?

T: Si, imaginemos que yo soy tu compañero, ¿cómo me solicitarías esa información? Me vas a hablar tal y como lo hubieses hecho con él.

P: Ok, Hola Jorge, ¿me puedes decir que tarea dejó el profesor? (Se pone rígida y suda)

T: Claro Jessica, dejó que leamos el capítulo I del manual de finanzas y hagamos un resumen.

P: Ok, Gracias.

T: De nada, cuídate (le doy la mano). Vez, no fue complicado o ¿sí?

P: No mucho, aunque me puse muy ansiosa de pensarlo, de imaginar sus gestos.

T: No debemos adelantar conclusiones catastróficas, recordemos que eso nos predispone a lo peor.

P: Ok Psicóloga (sonríe)

T: Ok Jessica quiero que veas esta hoja, donde escribiste las metas, yo lo tengo parecido aquí mira, este es el programa bajo el cual trabajaremos, y estas son las fechas, como tú solo puedes los sábados

por las clases de la universidad continuaremos así hasta principios del otro año ¿te parece?

P: Si Psicóloga yo me siento muy cómoda con usted.

T: Gracias por la confianza Jessica, ¿tienes alguna duda respecto a lo que hemos ido trabajando hasta el momento?

P: No, por ahora comprendo lo que me ha explicado.

T: Este proceso de intervención durará 4 meses y medio con una frecuencia de una sesión semanal de 45 minutos como hemos venido trabajando hasta ahora, serán 15 sesiones en total de tratamiento y 3 de seguimiento, yo tengo muchas buenas expectativas de nuestro trabajo así que me gustaría conocer las tuyas.

P: Usted me está ayudando muchísimo, y yo creo que ya estoy empezando un cambio dentro de mí. Daré todo de mí para lograrlo.

T: ¡Genial! Antes de entrar en las técnicas de relajación vamos a comunicar el nivel de ansiedad que sentimos a través de la escala SUDS, que significa unidades subjetivas de ansiedad. Al emplear la escala, evaluarás tu nivel de ansiedad desde 0 que será completamente relajada, hasta 10, que hará referencia a estar muy nerviosa y tensa. Hoy aprenderemos una técnica de relajación estas son estrategias que puedes usar en cualquier momento de tensión, la relajación autógena de Schultz son ejercicios basados en percibir las sensaciones de peso y calor. Realizaremos el método completo y el abreviado de Huber ya que es más corto y lo podemos realizar cuando ya dominemos de una forma automática los diferentes ejercicios que componen el entrenamiento

global y otro para cuando no se dispone de suficiente tiempo para la práctica de todos los ejercicios, por ejemplo, en las situaciones reales de tensión. Imaginemos que vas a exponer, imagínate como si estuvieras en esa situación ok, ¿cuantos SUDS sientes?

P: Siento 9 de 10, más si imagino que me están mirando.

T: Ok. Ahora te enseñare los dos tipos para que tú puedas realizarlos, siéntate bien, cierra tus ojos y Repite 6 veces la frase: "El brazo derecho es muy pesado" lentamente pero concentrada y convencida de eso ahora repite 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila" ahora repite 6 veces la frase: "El brazo derecho está muy caliente" ok, ahora repite 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" ahora repite 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular" concéntrate, repite 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" concéntrate y repite 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila" repite 1 vez la frase: "Estoy respirando" Repite 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" repite 6 veces la frase: "El limite solar es como una corriente de calor" repite 1 vez más la frase: "Estoy muy tranquilo" repite 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca" concéntrate toma aire tranquila y repite 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular" repite 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" ahora diremos 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila" repite 1 vez la frase: "Estoy respirando" ahora repite 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" repite 6 veces la frase: "El limite solar es como una corriente de calor" repite conmigo 1 vez más la frase: "Estoy muy tranquilo" repite 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca" repite 1 vez la frase: "Estoy muy

tranquilo" ahora vamos a terminar esta versión con las frases: "Brazos firmes" "Respirar hondo" "Abrir los ojos". ¡Muy bien! ¿Qué tal te sentiste? En la escala de SUDS ¿cómo te sientes?

P: Bien, con menos nervios, me siento en 4 de 10, hubo momento que mi mente se quería distraer, pero trataba de retornar a lo que usted me decía.

T: No te preocupes, si durante la realización de los ejercicios acuden a tu mente pensamientos ajenos, que es algo suele suceder al principio del entrenamiento, no luches contra ellos, con la práctica van desapareciendo.

P: Ok Psicóloga, lo practicaré.

T: Anota en tu cuaderno los pasos de esta técnica.

Antes de terminar quiero comentarte a cerca de lo que es una creencia, una creencia es como un tipo de norma que rige nuestras vidas, estas normas, determinan en gran parte nuestros pensamientos automáticos ante las situaciones que vivimos y organizan a nuestro mundo, existen creencias racionales e irracionales, las irracionales son las que por lo general nos dificulta la adaptación, mientras que una creencia racional genera pensamientos flexibles, que nos permite ajustarnos a la realidad y poder verificar su comprobación, no es extremo y es fácilmente comprobable en la realidad por ejemplo pensar que si me esfuerzo puedo lograr lo que me proponga, aprobar un examen, sacar mi licencia de conducir, tener más amigos, si me esfuerzo estudiando y practicando lo lograre ¿cierto? En cambio una creencia irracional es inconsistente,

rígida y poco realista, nos genera emociones negativas y nos limita, por ejemplo el pensar que la vida es muy dura y mala siempre, o el pensar que tienes que caerle bien a todo el mundo, que no te puedes equivocar o que nunca tendrás amigos, todas estas creencias son irracionales debido a que somos seres humanos no somos perfectos, nos equivocamos a veces no logramos al primer intento lo que queremos pero eso no quiere decir de que si nos esforzamos, nunca lo haremos.

P: Es verdad, es difícil pero como se dice el que la sigue la consigue.

T: Cambiaremos el “Siempre soy fracaso” por el “soy una persona que a veces no logra sus objetivos” sin embargo no se rinde, el “no tengo nada interesante” por quizás no soy una caja de pandora, pero tengo lo mío.

P: (ríe a carcajadas)

T: Muy bien Jessica, eso es todo por la sesión de hoy, te espero el otro sábado, antes de eso te pido como tarea que realices este ejercicio 2 veces al día, 1 como mínimo, además de traerme una lista de pensamientos irracionales modificados a pensamientos más racionales, estos tienen que estar en función a ti, a la capacidad que tú piensas que tienes frente situaciones sociales ¿sí? Quiero que poco a poco nos introduzcamos más en el modelo cognitivo conductual. Te acompaño a la puerta cuídate.

P: Ok, eso hare. Igual, gracias. (Se despide con la mano)

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 04

Paciente: Jesica

Fecha: 02/09/2017

Objetivos de la sesión: Generar un sistema de relajación práctico que agilice el aprendizaje, la práctica y la habituación. Reconocer las tres fases de la fobia social. Contrarrestar la autoconciencia excesiva durante las exposiciones sociales.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Técnicas de relajación (Jacobson- Schultz)
- Respiración diafragmática
- Autorregistro
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Hola Jesica, adelante.

P: Gracias Psicóloga

T: ¿Cómo has estado, cuéntame practicaste el ejercicio?

P: Si Psicóloga, no lo he hecho diario, pero si inter diario y a veces dos veces al día.

T: Ok, me gusta la sinceridad y la agradezco sin embargo te voy a pedir que aumentemos un poquitín esa cifra a mínimo de una vez diariamente ¿sí? Necesitamos que uses estas técnicas hasta formar un hábito de ellas. Incluso te voy a enseñar una abreviatura de la técnica y dos técnicas juntas de relajación para hacerlo más práctico para ti.

P: Perfecto

T: ¿Realizaste la lista de pensamientos disfuncionales que te solicite?

P: Si Psicóloga aquí la tengo.

T: Aquí dice, siempre me veo mal hablando con personas que no conozco, hay dos cosas que tenemos que reconocer aquí, la primera es la autoconciencia excesiva que tienes en ti misma al momento de interactuar eso quiere decir que te fijas mucho en ti, que pones toda tu atención sobre ti misma, en vez de fijarte en hablar con el otro con libertad en disfrutar el momento y dos la valoración negativa que te das a ti misma, te evalúas y tú misma te jalas, estas dos cosas en vez de ayudarte y darte seguridad te generan mayor inseguridad y ansiedad. Quiero que te mires en este espejo atentamente, de manera seria, como vigilando, no te quites los ojos de encima durante unos minutos.

P: Ok.

T: ¿Que sentiste por la persona a la que estabas viendo?

P: ¿Por mí?

T: Si, mirémoslo desde fuera de ti, que difícil y cansado debe estar así todo el día, vigilando tus conductas, evaluándote de manera crítica y negativa a cada paso que das en situaciones sociales, ¿o no fue así?

P: Nunca lo había visto de eso modo, pero es cierto, yo siempre me reprocho de las cosas que haga y para darme cuenta de eso es porque me observo en todo momento.

T: Exacto a eso me refería cuando te mencionaba que toda tu atención la llevas a ti misma. La fobia social consta de tres fases: la anticipación,

la exposición propia mente dicha y el recuerdo posterior al evento, la primera fase es como cuando nos dicen en clase, Jesica expones la próxima semana, tu sabes que no expondrás hoy, pero probablemente desde hoy empiece nuestra ansiedad de solo pensar que llegara el día en que nos toque hacerlo

P: Es cierto, va aumentando hasta llegar el día, incluso un día anterior no puedo ni dormir bien de solo pensar en lo que va a pasar el día siguiente.

T: Exacto, el día que te expones a la situación social a la que le temes, en ese caso el día que te toca exponer es la segunda fase, y la tercera es cuando pasa el evento y nos ponemos a pensar en cómo lo hicimos, nos recordamos nuestros errores, todas nuestras fallas y esto en vez de mejorar la situaciones posteriores, hace que las valoraciones posteriores que nos hagamos en la fase anticipatoria o durante el evento sigan siendo negativas.

P: Es increíble como lo describe, porque es lo que me pasa, siempre cuando termino de hablar, me pongo a pensar lo ridícula que me vi tartamudeando, o lo tonta que pueden pensar los otros que soy.

T: Como te lo comenté desde el principio hay muchas personas que atraviesan el mismo problema que tú y por eso mismo es muy importante las técnicas de relajación que estamos aprendiendo.

P: Gracias psicóloga, voy entendiendo más este proceso.

T: Bien, ahora vamos a recodar las técnicas que hemos aprendido, quiero explicarte que el objetivo de este entrenamiento breve es poder

relajarse en un espacio de tiempo muy limitado, 2-3 minutos, en una situación natural de tensión o ansiedad. En estos casos será suficiente con el siguiente procedimiento cerramos los ojos y decimos concentramos 6 palabras y dos acciones más 1: "pesadez" 2: "tranquilidad" 3: "calor" 4: "tranquilidad" 5: "cabeza despejada y clara" 6: "brazos firmes" 7: respirar hondo y 8: abrir los ojos, puedes efectuar el retroceso, siempre de la misma forma y con el mismo orden prefijado. Dos veces lentamente y concentrándonos, por último, flexionas y extiendes los brazos y piernas varias veces, vigorosamente, con varias respiraciones profundas, así, muy bien (ella lo realiza conmigo) y abres los ojos.

P: Es mucho más corta.

T: Exacto es para esas situaciones en las que no hay mucho tiempo para reaccionar a la ansiedad.

T: La relajación es una forma de eliminar la tensión y ahora te enseñare la relajación progresiva de Jacobson esta técnica es una forma de eliminar la tensión, en la que se contraen y sueltan los músculos con el fin de experimentar la sensación de relajación al soltar los músculos luego de contraerlos. Cuando la gente se encuentra bajo estrés durante mucho tiempo raramente permite que sus músculos se relajen. La tarea consistirá en realizar la técnica de relajación abreviada al levantarse y antes de acostarse ¿te parece?

P: Si, me va ayudar mucho.

T: Nuevamente vamos a imaginar una situación que nos genere ansiedad, por ejemplo, hablar con alguien que no conocemos, imaginemos que de repente por equivocación tomaste un transporte público que no era el que querías, y que no sabes dónde te encuentras y tiene que hablarle al pasajero que está a tu costado preguntándole, donde estamos y como regresaste al lugar a donde deseas llegar, ¿cuánto de SUDS, sientes?

P: ¡Oh por Dios! 8 de 10.

T: Ok, ahora vamos a realizar el método abreviado con los músculos que generan mayor tensión, cierra tu ojos respira hondo por la nariz llenemos de aire lo más que podamos nuestros pulmones, bota el aire despacio y empezamos estirando los hombros, vamos a tirar de ellos hacia atrás hasta generar tensión y luego relajarlos, vamos a hacerlos una vez más, ahora con los hombros rectos y relajados vamos a doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajamos ahora vamos a hacer lo mismo a la izquierda. Ahora vamos a llevar el cuello hacia adelante llevando el mentón hacia el pecho, después vamos a relajarlo. Respira tan profundamente como sea posible, inhala y exhala normalmente durante 15 segundos más. Después exhala echando todo el aire que sea posible; entonces inhala un poco más; aguanta la respiración y espira normalmente durante 15 segundos. Ahora con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tira tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; ahora relajemos. Vamos a levantarnos para tensar los muslos extender las piernas jalando el pie

hacia atrás, tensamos durante 10 segundos y relajamos, ahora hagámoslo con la derecha, 10 segundos más, soltamos y relajamos. Respiramos hondo tres veces oxigenando nuestro cuerpo estira los brazos, ¡perfecto! Cuéntame ¿cómo te sientes ahora en la escala de SUDS?

P: Mucho más relajada 4 de 10.

T: Hay que practicar estas técnicas de forma cada vez más seguida, antes de irnos vamos a respirar profundamente, aguantamos 10 segundos y botamos, hinchemos el estómago llevemos ese aire hasta allí, respirando fuerte y hondo con el diafragma relajamos los músculos.

P: ¿Así?

T: Exacto, vamos a hacerlo así otra vez, muy bien, perfecto Jessica, te voy a pedir que analicemos lo que aprendimos hoy, y veas si las conductas que tienes te están favoreciendo o limitando, respecto a las fases que aprendimos hoy, eso es todo, gracias por colaborar tanto conmigo.

P: Hasta luego Psicóloga, gracias a usted.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 05

Paciente: Jesica

Fecha: 09/09/2017

Objetivos de la sesión: Afianzar las técnicas de relajación. Lograr mayor objetividad en las expectativas, interpretaciones y valoraciones sociales para un afrontamiento más adaptativo.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Relajación controlada por señales
- Auto monitoreo
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica

P: Buenos días Psicóloga

T: ¿Ahora si practicaste las técnicas?

P: Si una vez al día a veces una y a veces la otra

T: Genial hoy, conoceremos los tipos de distorsiones cognitivas que propone Beck en el cuadro que tenemos aquí ya que empezaremos a identificar y analizar tus pensamientos, sobre todo los que te generan ansiedad y para eso debemos conocer que distorsiones estas usando, dentro de las distorsiones cognitivas tenemos:

1. Inferencia arbitraria:	Es adelantarnos a una conclusión sin evidencia que apoye esto.
2. Abstracción selectiva:	Centrarse en un aspecto dejando de lado las demás características de la situación para generar conclusiones.

3. Generalización excesiva:	A partir de uno o varias situaciones aisladas generamos conclusiones que aplique para otros casos.
4. Maximización:	Agrandar y/o maximizar errores
5. Minimización:	Minimizar o subestimar cualidades o aciertos.
6. Personalización:	Atribuirse hechos externos sin evidencia que establezca dicha relación.
7. Pensamiento dicotómico:	Todo o nada, blanco o negro, todo se evalúa en extremos, tirando mayormente a extremos negativos.

Dentro de las sesiones tendremos este cuadro para guiarnos así que lo más importante para mí es que lo puedas entender más que memorizar esta información ¿está bien?

P: Si, creo que entendí de que se tratan

T: Bien entonces analizaremos algunos ejemplos que sacaremos de los registros de tu diario, debemos identificar los pensamientos que refuerzan y alimentan tu ansiedad (leemos juntas el diaria). Cuando mencionas todos me miran y se burlan de mi ¿es un pensamiento que te provoca ansiedad? ¿Qué distorsión estamos encontrando ahí?

P: Si totalmente, si, es un pensamiento que me provoca muchísima ansiedad y... ¿podría ser la de maximización?

T: Más que esa, al decir todos me miran estaríamos hablando de una generalización excesiva y cuando mencionas que todos se burlan de ti, estaríamos encontrando la distorsión de interferencia arbitraria porque no tenemos ninguna evidencia de que eso sea cierto ¿o sí?

P: Realmente no, no la tengo.

T: Bien, ahora necesito que dentro de esta hoja de registros que has hecho identifiques un pensamiento ansioso.

P: (lee y señala)

T: Perfecto, cuando estas conversando con alguien y piensas que por tartamudear ya todo salió mal, es un pensamiento ansioso, ¿y es realmente comprobable?

P: No, realmente.

T: Entonces es un pensamiento irracional ¿verdad?

P: Si, lo es. Porque me genera sensaciones feas y no sé si es verdad.

T: ¿Que distorsión de las que tenemos aquí se encuentra en este pensamiento?

P: ¿La segunda?

T: Muy bien, la abstracción selectiva es cuando nos centramos en un solo hecho y dejamos todas las demás características de lado para llevar a cabo una conclusión, perfecto Jessica creo que lo has entendido muy bien, de verdad me hace muy feliz de que lo mucho que estamos avanzando. Ahora vamos a concluir el aprendizaje de las técnicas de relajación, lo que vamos a hacer es realizarlas diciendo algunas palabras que faciliten el uso continuo de la técnica de relajación y que nos permitan detener de manera rápida el despliegue de nuestra ansiedad, vamos a realizar la respiración que te enseñe y la relajación muscular diciendo estoy relajada cada que termines de exhalar y de estirar los músculos, empecemos con la respiración diagramática, lo usaras con más frecuencia para disminuir la ansiedad previa que sientes antes del

evento o situación estresante y después, con la finalidad de que todos los pensamientos negativos se detengan en este proceso de relajación.

P: Lo hago como me explico, 5 veces (empezó a respirar)

T: Ahora hagamos el estiramiento de los músculos en las zonas que tu consideras que te tensas más. Lo realizaras diciendo la frase “estoy relajada” primero en voz baja y luego mentalmente. Muy bien, eso nos va ayudar a recordarlas, además de eso ahora que conocemos las técnicas, podemos experimentar situaciones sociales que temamos, es más, sería conveniente que experimentes una situación real de ansiedad, sabemos que estas situaciones son provocadas por nuestros pensamientos más que por las situaciones en sí, así que usando las técnicas que aprendimos podemos disminuir nuestra ansiedad en situaciones reales y tratar de cambiar nuestros pensamientos y solo así disminuirán los síntomas.

P: Si tiene razón, es la mejor manera de ponerlo en práctica

T: No vamos a hacerlo de manera inmediata, pero si ocurre la situación, tratemos de no evitarla y usemos las técnicas, además te quiero pedir que intentes las técnicas con la frase que quedamos para así pronto decirla y con eso sentir la sensación de relajación. ¿Sí?

P: Eso hare a partir de ahora

T: Ahora imagina una situación en la que tu ansiedad sea intensa. Imagina el sentirte extremadamente nerviosa dime que sientes en una situación así, vamos a usar lo SUDS, así como quedamos, dando una

puntuación del 0 al 10 respecto a cómo sientes cada síntoma donde 0 es relajada y 10 totalmente nerviosa/ ansiosa

Vamos a aplicar una técnica que nos ayuda a reconocer como afectan e influyen tus pensamientos en las emociones que experimentas, aunque estos pensamientos sean automáticos están regidos bajo patrones que hemos adquirido en nuestra experiencia, pero son irracionales a causa de una mala o exagerada interpretación de la situación. antes de eso necesitamos hacer una lista de situaciones que te generan ansiedad del 1 al 10, desde la situación que te genera menos ansiedad hasta la situación que te provoca demasiada ansiedad y aparte de eso llenaras el formato que te voy a dar para reconocer las respuestas que das ante situaciones de ansiedad. Esto te pido que me lo traigas para la próxima semana ¿Sí?

P: Si doctora lo hare.

T: Muy bien eso sería todo por hoy, te acompaño a la puerta

P: Gracias

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN 06

Paciente: Jesica

Fecha: 16/09/2017

Objetivos de la sesión: Introducir al paciente al debate de sus pensamientos desadaptativos. Aprender a establecer metas realistas en las interacciones sociales. Aprender a concentrarse en la tarea en vez de en las expectativas de su rendimiento.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva
- Tarea para casa
- Autorregistro

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica

P: Buenos días Psicóloga

T: ¿Qué tal te fue realizando la lista que te solicite?

P: Bien, aquí la traje, lo que fue complicado fue ponerle puntajes de dificultad, porque hay varias que me ponen ansiosa al mismo nivel.

T: Bien déjame esta lista para revisar las situaciones porque puede que algunas estén relacionadas o repetidas, voy a separarlas y la próxima semana te muestro como quedo. Hoy voy explicarte una técnica muy importante, vamos a entrenar juntas y posteriormente cuando tengas más práctica lo realizaras sola y sé que lo vas a hacer muy bien.

P: Gracias por confiar en mí Psicóloga.

T: La conducta socialmente inadecuada puede venir de un pensamiento incorrecto, de unas reacciones excesivas ante las situaciones que pasas y de algunas conductas disfuncionales que has adquirido a lo largo del tiempo como evitar exponer. Lo que solemos señalar como reacciones ante una situación social está determinado no por la situación sino por la interpretación que hacemos de esa situación, por ejemplo cuando hay un grupo de chicos en la universidad y se están acercando a ti, no te da miedo que se te acerquen a hablar sino hacer el ridículo o sentirte tonta delante de ellos, y aún eso, no podemos comprobarlo como real sino que es lo que interpretas y evalúas de esa situación según los recursos que tienes actualmente. ¿Qué piensas de esto?

P: Hay situaciones por las que he pasado que otras personas no las ven complejas, pero yo sí, puede ser por la interpretación de eso.

T: Discutiremos y evaluaremos la probabilidad de certeza que tiene los pensamientos que hemos encontrado en tus registros, para convertirlos en lo más racional posible. Muchas de las demandas sociales que nos hacemos son muy rígidas lo que nos genera ansiedad, ante situaciones que realmente no lo ameritan, pensando de manera dicotómica como de “siempre debo comportarme así o así”, o “debo siempre que caerle bien a todos”, o “debo que decir siempre lo correcto” estas demandas nos generan sentimientos de frustración ya que son muy difíciles de cumplir. Pones las expectativas muy altas al pensar así. Tenemos que evitar tener pensamientos rígidos porque la vida siempre tiene más de una perspectiva, has visto a una escultura, ella nunca está en medio, ¿sabes

por qué?, porque siempre hay más de una forma de apreciarla, y lo que yo veo, por un lado, tú posiblemente no lo veras o quizás sí, si lo intentas ver desde mi perspectiva, y yo sé que puedes llegar a desenvolverte de manera adecuada ahora está en ti, en el que puedas confiar conmigo y progresar en este objetivo.

P: A mí me ha resultado difícil confiar en las personas, porque como sabe en el pasado me han tratado mal y pienso que siempre me van a tratar así, pero con usted he reconocido que eso está en mi mente, y créame que me esfuerzo por tratar de confiar en las personas de nuevo.

T: Y lo más importante es confiar en ti también, te voy a contar una pequeña historia, Un ciempiés paseaba risueño y contento, subiendo la rama de un árbol hasta que de pronto se topó con un sapo fastidioso y burlón este le dijo: Cuéntame ciempiés ¿en qué orden mueves las patas para caminar? entonces el ciempiés se llenó de dudas al pensar en esto hasta tal punto que cayó desconcertado de la rama enredando todas sus patitas pensando en cómo correr ¿qué piensas de este suceso?

P: Que desafortunado el ciempiés para toparse con ese sapo

T: Es cierto que no todas las personas son pura bondad sin embargo tampoco todas son pura maldad, en este caso el ciempiés se topó con un sapo burlón, algo por lo cual casi todos hemos pasado, sin embargo, si controlamos nuestros miedos y actuamos de forma asertiva podemos vencer esto, después de todo lo que hemos visto en estas semanas cuéntame ¿qué paso, porque se cayó?

P: Porque actuaba natural antes de la pregunta y cuando le preguntaron se puso a pensar tanto en eso que se puso nervioso, se enredó y se tropezó hasta caer.

T: El prestar demasiada atención a algún tipo de conducta puede entorpecerla en vez de mejorarla. En el proceso de debatir tus ideas necesito que me comentes que experimentas al hacerlo, porque yo no puedo saber cómo te sientes si no me lo comunicas, y no me gustaría que si alguna vez en el momento de tratar de modificar tus pensamientos, te sientas desacreditada, y al terminar la sesión te vayas con esa idea, porque no buscamos desacreditarte a ti si no a los pensamientos distorsionados que te hacen daño ¿estás de acuerdo?

P: Si psicóloga gracias por decirme esto, a mí me cuesta dar mi opinión, pero usted me ayuda con eso, hasta ahora nada me ha incomodado.

T: Ok Jesica continuemos entonces, hablemos de tu motivo de consulta de lo primero que me comentaste que te sucedió, cuando llegaste al servicio, fue el bloqueo que te dio al exponer esa misma semana ¿cierto?

P: Si claro, esa fue la gota que derramo el vaso, ahí fue donde decidí venir luego de que mi papa me lo propusiera durante tanto tiempo.

T: ¿Qué pasaría si te quedas bloqueada?

P: No lo sé imagino que mis compañeros se burlarían de mí.

T: ¿Has tenido experiencias en las que te hayas bloqueado y hayan burlado de ti?

P: Si en secundaria, Carolina y su grupito me fastidiaban a diario.

T: Esos compañeros que te molestaban fueron crueles contigo, ¿pero eso no quiere decir que todas las personas que conozcas después también lo sean o sí?

P: Pues...No, no lo sé.

T: ¿Cómo sabes que has hecho el ridículo en otras oportunidades?

P: Bueno me he quedado callada y me pongo roja como tomate incluso a veces sudo.

T: ¿Has visto a gente bloquearse y quedar en ridículo por esto?

P: Me dan pena en realidad porque me pasa, así que no me burlo

T: ¿Entonces ha habido ocasiones en las que tú y otras personas se hayan bloqueado y no hayan hecho el ridículo?

P: Creo que si

T: ¿Porque tú no te burlas de las personas que traviesan eso o sí?

P: No claro que no

T: Y ¿piensas que son tontas y que ya jamás lo pondrán hacer bien?

P: No, porque lo pueden seguir intentado

T: ¿Basta un bloqueo para quedar en ridículo y que ya nunca te vaya bien exponiendo?

P: No

T: Y si con otras personas puedes ser compasiva ¿porque no serlo contigo? Y más aún con todas las cosas que has logrado hasta ahora

P: ¿Que he logrado? Yo creo que no he logrado nada importante

T: Y yo opino lo contrario, desde que naciste has sido una luchadora.

¿Tus padres te han contado de tu nacimiento y las bajas probabilidades de que sobrevivieras cierto?

P: Si lo se

T: Y mira estas aquí, con 25 años luchando contra la hemoglobina baja, eso es un gran logro, estas aquí después de que esos niños te trataron tan mal, en noveno ciclo de tu carrera, eso es otro gran logro. Yo estoy segura que muchas de esas chicas probablemente no hayan avanzado tanto académicamente como tú.

P: Es cierto, algunas ni siquiera terminaron el colegio.

T: Hoy has venido con una polera de color celeste y con una sonrisa contagiante, no creas que no lo he notado, eso es un paso más adelante para llegar a nuestra meta, sé que poco a poco iras dejando esas poleras negras de lado para elegir la ropa que te haga sentir cómoda, confiada, segura, y feliz, felicitaciones, Jesica estamos en la sexta sesión, muchos pacientes renuncian al proceso terapéutico pero tú sigues aquí, y así como esto, podría seguir describiéndote muchos más logros. Date el chance de reconocer tus avances.

P: Me emociona mucho todo lo que dice, porque no lo veo, creo que soy muy dura conmigo misma, pero tiene razón debo reconocérmelo. Aunque otras personas seguro han avanzado más que yo.

T: Cada persona avanza a su tiempo y velocidad, no podemos igualar las capacidades ni gravedad de las situaciones de todos porque jamás será equiparable, cada persona tiene su ritmo y a partir de hoy intentaremos dejar las críticas de lado y empezaremos a valorar los

esfuerzos que hagamos, grandes o pequeños nos van acercando a la meta. Recuerda que compararte solo obstaculizará la meta, tú eres única y especial. Recuérdalo siempre.

P: Soy única y especial. (Sonríe)

T: Y para eso te voy a mostrar una imagen que a veces utilizo y que debo tener por aquí, mira, aquí hay una vaca, un mono, un pez, un perro, un elefante, una tortuga, todos ellos están en una clase y el examen final será subir a la rama más alta del árbol. ¿Es justa esta evaluación?

P: No para nada, el pez está dentro de la pecera no podrá ni salir (ríe)

T: Todos tienen diferentes habilidades y ponerlos a competir en un objetivo es algo injusto como menciona, y es igual de injusto comparar el avance de las personas en el proceso de superar un miedo, no existen pacientes perfectos, existen personas que se esfuerzan por lograr sus objetivos y yo valoro tu esfuerzo. Esta semana vas a analizar una situación de los autorregistros que tienes en tu diario en la que hayas sentido ansiedad y vas a cuestionarte a través las consignas que te he enseñado. Al principio será complicado, pero poco a poco lo harás mejor.

P: ¿Puedo llevarme las hojas que ha hecho para explicarme?

T: Claro que puedes, trata de guiarte de los ejemplos que hemos realizado. Eso sería todo por hoy Jessica nos vemos la siguiente sesión.

P: Ok, psicóloga gracias, hasta el próximo sábado (beso en la mejilla)

T: Nos vemos Jessica, cuídate.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 07

Paciente: Jesica

Fecha: 23/09/2017

Objetivos de la sesión: Reconocer el contenido negativo en los pensamientos automáticos. Enseñarle a sustituir pensamientos distorsionados por interpretaciones más adaptativas basándose en el análisis lógico y analizar sus consecuencias.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva
- Tarea para casa
- Autorregistro

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica, ¿cómo estás?

P: Bien Psicóloga, Buenos días

T: Te cortaste el cabello, te queda muy bien, cuéntame cómo tomaste esa decisión.

P: Estoy entrando a una etapa diferente de mi vida, me siento diferente y quería verme también así, diferente.

T: ¿Cómo te sientes al verte al espejo, ahora con este cambio?

P: Me siento yo, es raro y difícil de explicar, pero después de mucho tiempo me siento yo.

T: Que maravilloso lo que dices, y claro que te entiendo ¿qué te dice tu familia?

P: Ellos me han elogiado y me he sentido bastante incomoda con eso para serle sincera, pero sé que no debo criticarme así que trato de verle el lado positivo a eso.

T: Tu incomodidad, ¿Cómo surgió? ¿A qué crees se debe?

P: Primero porque no me gusta que me miren mucho y dos porque pienso que lo hacen por compromiso, como que por pena algo así como decir “pobrecita, hay que decirle algo bonito para que se sienta bien”.

T: Y ¿tienes evidencia de que lo hagan por pena?

P: No, solo lo pienso.

T: ¿Has reconocido gestos de incomodidad al decírtelo o de desagrado al ver tu corte nuevo?

P: En realidad no, porque su sonrisa fue espontanea

T: Entonces ¿qué te hace pensar que sería por pena, o que no mereces esos elogios?

P: Jajaja no lose, me estoy saboteando creo.

T: Recuerda que si los demás pensarán que te queda mal te lo dirían. No saquemos conclusiones que no tienen manera de sustentarse.

P: Sí, estoy tratando de hacerlo, cuesta, pero estoy intentándolo.

T: Bien ¿Hiciste el análisis que te pedí?

P: Si, con la situación de las exposiciones en la universidad, creo que tiene razón con respecto a que yo menosprecio mis capacidades ya que otras personas también exponen se ponen así y nublan por momentos. Pero sonrían y siguen.

T: El análisis al que has llegado es al que quería que concluyamos, ellos son estudiantes como tú, que llevan los mismos cursos que tú, entonces si ellos lo pueden hacerlo tú también solo que nos falta un poco de trabajo en esos pensamientos que en vez de ayudarnos nos complican más las situaciones evaluándolas como algo más complicado de lo que podemos asumir en vez de verlo más simple.

P: Si creo que sí, pero me imagino viéndolos desanimados o enfocados en sus celulares, conversando, haciendo otras cosas y bueno ¿cómo entretenerlos?, no lo sé, hay alumnos que capturan la atención de todos, pero, ¿qué de interesante puedo tener yo para hacer lo mismo?

T: No es fácil obtener la atención del público pero lo podemos hacer si hablamos en un tono de voz promedio, que los mantenga alerta, aparte los gestos desaprobatorios no tienen que ser exactamente por ti, o alguna vez no has tenido un mal día y bueno no prestas tanta atención al expositor, no es culpa de él, son solo eventos que suceden, como no dormir bien un día anterior, olvidarte de alguna tarea o ser simplemente desconsidera pero eso no debe afectarte, si tu estudias tu tema y te preparas para hablar de él, tu profesor valorará tu esfuerzo de continuar con la exposición y el que hayas estudiado tu tema.

P: Si, bueno no había pensado en eso, pero si me olvido lo estudiado por lo ansiosa que me pongo de que todos me miren.

T: Ahí, en ese caso, tenemos muchas alternativas, por ejemplo, usar imágenes que nos ayuden a recordar lo que estábamos hablando, palabras claves o resaltadas dentro de la información de nuestros PPTS,

inclusive podríamos usar fichas de estudio con información de nuestra exposición y darle un vistazo para recordar el tema del que estábamos hablando en caso nos olvidemos.

P: Si claro, pero eso me ayudaría a recordar la exposición, pero no a quitarme los nervios.

T: ¡AHA! ¿Entonces que podemos reconocer ahí?

P: Que no me pone nerviosa la exposición, sino que mis compañeros me miren.

T: Muy bien ahí vemos que el problema no es olvidarte el contenido de tu exposición, si no el que ellos te miren y probablemente su desacuerdo o rechazo hacia lo que dices, pero eso no tendría que pasar si hemos estudiado el tema. Los nervios los sentimos todos, es cuestión de poder controlarlos, y si nos equivocamos no pasa nada, ¿quién no se ha confundido nunca, en su vida?

P: Yo creo que todos nos hemos confundido alguna vez

T: Y ¿por qué tendríamos que parecerles perfectos a todos? ¿Tú eres católica verdad?

P: Si psicología

T: Si ni siquiera en términos coloquiales Jesús le cayó bien a todo el mundo ¿por qué si tendrías que hacerlo?

P: Jajaja bueno si lo vemos así, tendría razón.

T: Jajaja bien Jessica ahora hemos comprobado que hay alternativas para tus controlar tus miedos y que estos se provocan por lo que tus

pensamientos contienen. Te voy a presentar unos tips que nos da Ellis proponiendo reglas para aprender a pensar racionalmente, estas son:

- 1) Hay que aceptar el mundo como en realidad es, aunque no nos guste.
- 2) Hay que evitar contradicciones con datos falsos o poco realistas.
- 3) Ser flexibles, no rígidos, no sostener algo de forma absoluta,
- 4) No existe el “merecer o no merecer” por sus “buenos o malos” comportamientos.
- 5) No existen reglas absolutas de conducta

El mismo autor nos presenta algunos ejemplos de los pensamientos irracionales más comunes, uno de ellos es “Tengo que ser amado y aceptado por toda la gente que sea importante para mí” indagemos un poco. ¿Este pensamiento es realista?, ¿hay alguna ley que pruebe o apruebe esto, es lógico?

P: Al decir todos, imagino que no, porque no todos te van a amar o aceptar ante todas las situaciones, no siempre hacemos las cosas correctamente.

T: Muy bien, sigamos indagando, ¿hay realismo en este pensamiento? ¿Es flexible? Uno merece algo ¿obligatoriamente?

P: No ni aun cuando creemos que hacemos las cosas bien, no pasa lo que creemos merecer, así que no.

T: Es justo, así como debemos debatir nuestros pensamientos irracionales. Para la siguiente sesión me vas a traer una lista de situaciones que te generan ansiedad de la menos intensa a la más

intensa, con soluciones alternativas, te daré un ejemplo para que puedas guiarte. Nos vemos el próximo sábado.

P: Si doctora como siempre, el otro sábado estoy aquí.

T: Ok Jesica, antes que te vayas te voy a mostrar como quedo la lista de situaciones que me entregaste.

Se le mostro la lista y se le pidió su opinión, luego de afirmar las situaciones y su jerarquía se planteó que las exposiciones serian graduales.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

Lista jerárquica de situaciones temidas

1. Exponer delante de mi salón (10)
2. Hablar en una fiesta o con mucha gente (9)
3. Confrontar a alguien (8)
4. Participar en un grupo (7)
5. Hablar con un chico / Mantener una conversación durante un buen tiempo (6)
6. Hacer una consulta o pedir un favor (5)
7. Hablar por teléfono con alguien poco conocido (4)

SESIÓN 08

Paciente: Jesica

Fecha: 30/09/2017

Objetivos de la sesión: Habituar a la práctica de cuestionar, sustituir los pensamientos desadaptativos y analizar sus consecuencias. Reconocer la activación somática y su declive para habituación de la activación psicofisiológica.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva
- Modelado
- Ensayo conductual
- Inundación cognitiva
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Hola Jesica, adelante toma asiento

P: Buenos días Psicóloga

T: ¿Qué tal te fue la semana pasada?

P: Bien, estuve preguntándome a cerca de las cosas que siento que pienso si es lógico o no, como usted me enseñó, pero no es fácil porque otros pueden y yo no, aunque sé que estoy mejorando, a veces me da miedo no lograrlo.

T: Es difícil empezar a confiar en nosotros cuando por mucho tiempo no ha sido así pero también es importante darse la oportunidad de hacer las

cosas diferentes, de intentarlo, cuesta, toma tiempo y mucho esfuerzo, pero los objetivos que cumplas dependerán de ti, y serán de beneficio para ti.

P: Gracias Psicóloga, he mejorado en este tiempo, estoy tratando de buscar mi propio look, hablo más con mi familia y le cuento que estuve hablando con una chica de mi salón de exteriores, me toco hacer grupo con ella y es bastante amable y divertida.

T: Eso me alegra mucho Jesica, yo también he visto tu progreso y es de admirar mucho, ahora hay que seguir practicando las técnicas que te enseñe, respecto a la de detectar tus pensamientos automáticos y sobre todo lo negativos yo sé que no es fácil recordar lo que se piensa en una situación ya que esos pensamientos son espontáneos y automáticos como el mismo nombre lo refieren, cualquier situación que te acontece los produce de manera inmediata, una manera de ubicarlos es de manera retrospectiva, es decir si te sientes ansiosa es porque debe haber algún pensamiento que este activando esa sensación, Andrews un autor nos recomienda unas preguntas, para realizarlas 1) ¿Cómo me siento? 2) ¿en qué situaciones he estado envuelto últimamente? 3) ¿Qué pienso de mí? 4) ¿Qué pienso sobre los demás? 5) ¿Qué pienso sobre la situación? Luego de responder estas preguntas buscaremos cambiarlas en algo más adaptativo para ti, algo más positivo que las ideas que tenías, eso vas a escribir en el cuaderno que te pedí.

P: Entonces las preguntas que me enseñó, las respuestas y el cambio positivo ¿cierto?

T: Exacto, ahora vamos a realizar otro ejercicio vamos a elegir de tu lista la situación ansiogena menos intensa para trabajar con ella, pero primero vamos a respirar profundamente tres veces inhalando durante 5 segundos luego vamos a permanecer con nuestros ojos cerrados e imaginar que estamos delante de un grupo de 3 personas con las que no hablamos mucho pero que conocemos de clase, ¿cuánto de ansiedad sientes?

P: Un 6 porque imagino que no me escuchan.

T: Toleremos esa ansiedad, sigue respirando.

P: Quiero abrir mis ojos, me incomoda verlos viéndome.

T: Vamos, aguántemos un poco más, solo dos minutos, ya falta poco, imagínate hablándoles, y que estén distraídos, conversando entre ellos, que no te hacen caso, no luches contra eso, en algún punto la ansiedad va a bajar, va a disminuir, respira ¿Cuán malo es realmente? ¿Qué sería lo peor que podría pasar? Hagan lo que hagan eso no te perjudica, no te afecta, sigue respirando y hablando. Yo controlo mis pensamientos, yo controlo mis emociones. Respira, respiremos hondo tres veces, y abramos los ojos cuando nuestra ansiedad haya disminuido y nos encontremos mejor.

P: (abre los ojos)

T: ¿Qué tal te fue, haciendo este ejercicio?

P: Al principio difícil pero después pensé en lo que dijo, en que sería lo peor que podría pasar, y empezó a disminuir mi ansiedad.

T: Bien Jessica, no es fácil exponernos a nuestro miedo, pero, es mejor hacerle frente y saber que no es fatal, que en algún punto todas las sensaciones feas que me provoca la ansiedad, disminuirán. El ejercicio que hemos realizado lo vas a intentar repetir en casa, de la misma manera que lo hicimos aquí vas a respirar profundamente unas 3 veces y luego imaginar que estás haciendo un trabajo grupal de la universidad y que quieres dar tus ideas, si la ansiedad empieza a aumentar no abras tus ojos, respira profundamente, trata de modificar tus pensamientos como lo hemos realizado en todas estas semanas, hasta que disminuya esa sensación de ansiedad. Luego anotarás en tu cuaderno como te sentiste ¿ok?

P: Ok, sé que no será fácil, pero ¿cuán malo podría ser? Solo necesito concentrarme y tratar de usar las técnicas que me enseñó.

T: Exacto te comento que a partir de ahora practicaremos con algunos compañeros psicólogos, como interactuar correctamente, practicaremos algunos hábitos conductuales, pensamientos y emociones que aumenten nuestras posibilidades de mantener relaciones satisfactorias, sentirnos bien, obtener lo que queremos, conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

P: Genial, necesito todos tips posibles.

T: La mirada o el contacto ocular es básico para casi todas las interacciones entre los seres humanos ya que esta nos ayuda a conocer el interés que tiene la persona en el tema de conversación, mirar a los ojos a la personas no solo me ayuda a generar un contacto más cercano

sino que nos ayuda a demostrar seguridad, la mirada también es parte de la gestualidad que realizamos y es fundamental para acompañar el habla, las expresiones fáciles son el sistema de señales para mostrar emociones, los gestos son un estímulo visual para el receptor observador, le ayuda a saber cómo nos sentimos para moderar sus conductas, la postura y orientación nos señalan el grado de intimidad o formalidad de la relación, estar demasiado cerca puede hacer que la persona se sienta intimidada, a menos que la relación que tengan sea estrecha, y tomar mucha distancia también demuestra lejanía resaltando y en ocasiones poco interés, además la importancia de la apariencia personal, no puedo ir de manera informal a una exposición, a una entrevista de trabajo, así como no puedo ir a una cita o una fiesta sin arreglo ¿verdad? nuestra ropa expresa, no es lo mismo ver una persona vestida totalmente tapada y de negro que una persona vestida totalmente de colores. Que piensas de estas personas (se le mostro imágenes de personas vestidas de diferente color y forma)

P: El que está todo de negro, me parece una persona triste, que no quiere que lo vean, imagino que yo también me veía así. Bueno la que esta con vestidos se ve reluciente, ese rojo le queda muy bien, esta se ve muy exhibidora jajaja algo relajada y suelta, ella se ve seria, formal, responsable como si fuera a trabajar.

T: Ves todo lo que nos da a ver las prendas que usamos, mira ahora las diferencias en el volumen de la voz, la fluidez del habla, el tiempo de

latencia y el contenido del lenguaje, todo influye en la interacción con el otro para manejar las relaciones interpersonales.

*la terapeuta realizó ejemplos de diálogos con voz baja, voz alta, con contenidos de lenguaje y latencia diversa, contacto visual permanente, intermitente, facies de inseguridad, facies de tranquilidad entre otros ejemplos mencionados para notar las diferencias y luego se le pidió a la paciente realizar en el ensayo de lo observado.

P: Que increíble como una diferencia, quizá en solo levantar la voz, puede provocar.

T: Exacto quiero que estés atenta a estas señales de comunicación al hablar con otras personas, quiero que revises esas pautas y las manejes en el siguiente amigo que intentes hacer, a partir de ahora te voy a solicitar que intentes hacer un amigo semanal para poner en práctica las técnicas que realicemos aquí, quiero que le preguntes algunos datos a algún compañero o compañera de tu aula. Como por ejemplo su nombre, su edad, que le gusta hacer y cuál es su plato favorito, o algún otro dato básico, ¿crees que puedas hacerlo?

P: Espero que sí, porque lo voy a intentar

T: Bueno Jesica eso sería todo por hoy muchas gracias, nos vemos la siguiente sesión.

P: Muchas gracias Psicóloga, hasta la próxima semana.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN 09

Paciente: Jesica

Fecha: 07/10/2017

Objetivos de la sesión: Afianzar el proceso de reconocimiento de pensamientos desadaptativos y su sustitución. Aprender a establecer metas realistas en las interacciones sociales modificando los errores cognitivos.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva
- Practica cognitiva
- Ensayo conductual
- Tarea para casa
- Autorregistro

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica

P: Buenos días Psicóloga

T: ¿Practicaste la técnica imaginaria, ¿qué tal te fue?

P: Bien psicóloga, use las técnicas de respiración que me enseñó en las primeras sesiones y no fue tan difícil se me hacía un nudo en el estómago y me ponía nerviosa, pero respirando esa sensación se fue y ya no me molestaba tanto imaginar esa situación.

T: Muy bien Jessica es importante poder realizar esto porque quizás te encuentres en situaciones similares y después de haberlas practicado mentalmente, vas a poder aguantarlas con mayor facilidad en la realidad.

P: Esta bien, lo seguiré realizando entonces.

T: Hay que ser realistas y saber que situaciones incomodas con grupos de personas que no conozcamos bien, van a existir aún, lo importante es saber controlar esas emociones y pensamiento negativos para que aprendas a desenvolverte mejor, poco a poco.

P: Ok, eso me ayuda a entender un poco más el ejercicio.

T: No está mal sentir ansiedad ante ciertas situaciones, es más, es completamente sano y más normal de lo que parece, el punto es cuanto esta ansiedad ya se vuelve en nuestra, en vez de ayudarnos a salir de situaciones difíciles con amenazas reales, vamos a conversar acerca de unos mitos que propone un autor acerca de este tema.

1. La ansiedad es peligrosa
2. Podría perder el control
3. Es una señal de debilidad
4. El ataque de ansiedad no se me pasara nunca.

¿Qué opinas a cerca de estas proposiciones?

P: Con todo lo que hemos conversado, es cierto, son mitos, la ansiedad pasa y no mata, así que no es peligrosa y todos la han sentido en algún momento, y no es que no sean fuertes, sino que es normal incluso bueno en algunas situaciones como usted me lo dijo.

T: Muy bien, no es peligrosa y es una emoción que todos hemos experimentado en algún momento. Jesica ahora vamos a respirar profundamente y realizar el ejercicio con el enunciado 2 que escribiste en tu lista, conversar para pedirle un favor a un compañero ¿Por qué te asusta esta situación?

P: ¿Qué tal si me rechaza?, que roche, me daría mucha vergüenza.

T: ¿Y si te rechaza qué? ¿Qué podría ser lo peor?

P: Pues, no lo sé, creo que nada.

T: Además, ¿valdría la pena considerar como amigo a alguien que te trata de forma desagradable?

P: Bueno, sí tiene razón, va a ser más complicado, incluso imaginarlo, pero sé que con la práctica aquí y en mi casa ya no me asustará esas situaciones y quizá hasta podría intentarlo en la vida real dentro de poco.

T: ¡Exacto! respira, cierra los ojos e imagina la situación, cuando termines abres los ojos. ¿Cuánta ansiedad sientes?

P: 7 aprox. (luego de un minuto y medio aproximadamente abre los ojos)

T: Bien, ¿disminuyo la ansiedad?

P: Si hasta 3 casi, trabajarlo constantemente está teniendo sus frutos.

T: Bien ahora voy a realizar la situación para que veas como podrías actuar en una situación así.

Se realizó una muestra de la situación temida.

T: Ahora imaginemos que yo soy tu amigo como me pedirías ese favor.

Recreemos la situación.

P: Ok, Hola Cristian, no pude venir la semana pasada a clases, ¿crees que puedas decirme que hicieron?

T: Hola Jesica claro que sí, es más te puedo enseñar mis apuntes y ayudarte a estudiarlos terminando la clase o reuniéndonos la próxima semana antes de clases.

P: Ok, gracias

T: Muy bien Jesica, mantuviste el contacto visual, sonreíste y aunque fuiste un poco cortante, porque no especificaste que opción tomabas, estuvo bien, imaginemos que tomaste la segunda opción, ahora necesito que cierres tus ojos y que paso a paso me digas lo que pasa, sientes y piensas hasta llegar a la situación en la que estábamos. Desde que te levantas hasta llegar a la situación pactada.

P: Ok, me levanto a las 7 de la mañana, me voy al baño, me lavo y cambio de ropa, aunque no sabría que ponerme.

T: Sé que revisando el closet encontraras el conjunto ideal y mirándote al espejo veras, si estas conforme con lo que te has puesto.

P: Si me quedaría mucho tiempo mirándome jajaja hasta decidirme, pero bueno iría al primer piso a tomar desayuno, aunque estaría pensando que hacer, como voy a reaccionar.

T: Paremos ahí, reconozcamos que empezó la fase anticipatoria y la mejor técnica que podemos usar ahí es relajarnos y distraernos, concentrarnos en las cosas que hacemos sin anticiparnos al futuro, saborear la comida del desayuno, leer un libro que nos agrade, escuchar música, hacer cosas que eviten que pensemos en esa situación.

P: Ok, probablemente me pondría los audífonos y leería una novela camino a la universidad, llegaría a la cafetería y esperaría ahí.

T: Algo importante en las citas es acordar bien la hora y lugar, no suponer nada, dejar todo muy en claro. Y mantener contacto con la persona a la que vamos a ver al menos un poco antes de la cita para prever cualquier cambio de planes. Muy bien Jessica acabamos la sesión de hoy te espero el próximo sábado, te acompaño a la puerta.

P: gracias Psicóloga (beso en la mejilla).

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN 10

Paciente: Jesica

Fecha: 14/10/2017

Objetivos de la sesión: Reducir significativamente las conductas defensivas y de evitación. Disminuir la activación autonómica y somática presente en las interacciones.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Exposición gradual
- Modelado
- Ensayo conductual
- Comprobación de la realidad
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Jesica, adelante

P: Gracias Psicóloga

T: Buenos días cuéntame ¿Qué tal te fue realizando la técnica durante esta semana?

P: Buenos días Psicóloga. Al principio fue igual que con la semana pasada, un poco difícil porque quería abrir mis ojos, pero luego con más intentos, ya era más sencillo no me ponía tan nerviosa

T: Bien vamos a imaginar una situación en la que necesites pedir ayuda, un favor o quizá alguna consulta a una persona desconocida, ¿cómo la harías?

P: Quizá le preguntaría lo que quiero saber. No lo sé no me ha ido bien haciéndolo.

T: Probablemente antes de hacerlo tengas que saludar, anticiparte de manera amable al tema para hacer la consulta y agradecer. Sé que es una situación que antes te causaba temor porque me mencionabas que la gente no te escuchaban o hacia como si no lo hicieran, pero también tenemos que aceptar que hablas con un volumen de voz bastante bajo y es probable que haya sido por ese motivo que no te escucharan más que porque no les importaras. Quiero que recrees esa situación en tu mente y que trates de reformularla a lo que hemos acabamos de hablar.

P: Ok (cierra sus ojos y se concentra)

T: Cuando finalices la recreación de la situación y te sientas más aliviada pido que abras tus ojos y respires hondamente. (Luego de unos minutos abre sus ojos y realiza el procedimiento explicado). ¿Qué tal como te sentiste?

P: Mejor, sé que probablemente no me hayan ignorado, fácil solo no me escucharon, me siento más aliviada y como se lo mencione creo que hasta podría intentarlo en la realidad.

T: Me parece genial que digas eso ya que hoy haremos un intento con mi colega, ella será nuestra coterapeuta, ella conoce casos como el tuyo y es muy profesional así que no tengas temor de equivocarte. Primero yo te daré un ejemplo de cómo hacerlo y luego trataras de hacerlo tú.

Se ejemplifico la conducta solicitada entre la terapeuta y la coterapeuta.

T: Lo importante es intentarlo, practicar incluso fallar, para aprender de esos errores ¿estas lista?

P: Si

T: Yo lo realizare primero para darte un ejemplo de cómo hacerlo.

Se recreó la situación solicitada para que la paciente puede tener una referencia de cómo realizarlo.

T: Muy bien pongamos tu silla de costado como las de la sala de espera.

Vamos a imaginar al igual que cuando yo lo realice, que están en la sala de espera, que acabas de llegar y no sabes el procedimiento, así que le vas a preguntar cómo hacerlo y pedirle ayuda para realizarlo, empecemos.

P: (Se queda callada)

T: Vamos Jesica, tu puedes, empieza tú, saluda, y pregúntale cómo crees que lo deberías hacer en la situación que te planteé.

P: Ok, Hola ¿sabes a qué hora sale la doctora, quiero hacerle una consulta?

CT: Cuando sale el paciente de turno, abren y ahí podrías hablar con ella

P: Ah, gracias

T: Stop, bien pero muy rápido, como estamos practicando trata de averiguar más, mírala, salúdala, busca saber de ella y a su vez obtener información que desees, vamos de nuevo a intentarlo, como hablamos la sesión anterior busca otras palabras y temas de los cuales hablar.

P: Ok. Hola, espera para psicología ¿también?

CT: Si, estoy esperando a mí hermano que está en consulta

P: Ah, ok y ¿nos llaman? ¿O tenemos que tocar?

CT: No es necesario tocar, las historias llegan al consultorio y nos llama la doctora según el orden de llegada.

P: Ah ok, mmm gracias

T: Bien, duro un poco más la conversación, pero necesito un poco más de contacto social aún, vamos intenta darle la mano y si no fluye solo mírala, pregunta por ella al menos una pregunta y respóndela por ti misma, intentemos una vez más, quizá con algo básico como su nombre.

P: Ok

T: Respira, tú puedes.

P: Hola ¿qué tal? ¿Esperando a psicóloga?

CT: Si., usted ¿también?

P: Si es la primera vez que vengo ¿cómo atiende ella?

CT: Atiende a mi hermano y según se es muy buena en su trabajo

P: Que bueno, muchas gracias por la información ¿cuál es su nombre?

CT: Mi nombre es Jimena, ¿el suyo?

P: Yo me llamo Jesica, por su dejo supongo que no es de aquí.

CT: No, no soy peruana, yo soy colombiana

P: Asiente con la cabeza, ah... qué bueno.

T: Bien, ahora quiero saber ¿qué pensamiento o conducta ansiosa detectaste en el momento de hablar con Jimena?

P: Me puse roja y tartamudeé un poco, no tanto como antes, pero creo que lo hice mal.

T: Pregúntaselo a Jimena, comprobemos si lo que piensas es real, ella no te mentira porque como te mencione es muy profesional y te dirá la verdad de lo que ella percibió.

P: Ok. ¿Crees que me puse roja?

CT: Creo que ligeramente, pero es normal, yo siempre estoy sudando y es porque soy un poco calurosa jajaja no pasa nada.

P: Y... ¿crees que me vi un poco tonta por tartamudear?

CT: No creo que seas tonta para nada, impresionas ser una persona inteligente, trabarse al hablar o tartamudear es un problema con el que todos convivimos en mayor o menor grado, y por múltiples razones, si necesitas o me pides ayuda yo te ayudare con o sin eso, aparte estaba más concentrada en lo que me decías que en lo que hacías.

P: Gracias.

T: Bien Jesica que piensas de eso

P: Que al parecer no siempre las personas piensan lo que yo pienso que piensan de mi jajaja como trabalenguas

T: Muy bien, lo que si te voy a pedir es que levantes un poco más la voz, ahora dime cuales son las cosas que hiciste bien, porque aprendimos a ver que todo tiene su lado negativo, pero también positivo.

P: Lo hice, no tartamudee tanto, no sude, ni moví las piernas, y hable más tiempo de lo que lo hubiese hecho antes como un desconocido.

T: ¡Excelente! Bien Jesica eso es todo por hoy, la próxima sesión seguiremos haciendo estas interacciones, no te olvides de hacer durante esta semana al menos una participación en clase, consulta con tu

temario y trata de averiguar algo de la clase para compartirlo con tus compañeros en clase, te pido que la registres en tu diario ¿sí? La intensidad de la ansiedad en las tres fases que ya sabemos de la fobia social.

P: Ok psicóloga lo hare

T: Te acompaño a la puerta, cuídate, hasta el otro sábado

P: Hasta luego (beso en la mejilla)

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN 11

Paciente: Jesica

Fecha: 21/10/2017

Objetivos de la sesión: Reducir la activación autonómica y somática que desata su ansiedad social. Aprender a tolerar el malestar buscando claves sociales externas positivas. Aprender conductas de sociabilización adecuada.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Restructuración cognitiva
- Modelado
- Ensayo conductual
- Comprobación de la realidad
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica

P: Buenos días Psicóloga

T: Pasa toma asiento, ¿Qué tal te fue participando en clase?

P: Lo intenté, pero no pude, hablar delante de todos aún se me complica.

T: Entiendo, quizá la siguiente semana lo lograremos ¿qué pensaste?

P: Que eran varias personas, me dio más vergüenza.

T: ¿Qué cambia que sean más personas?

P: Que te juzgaran más personas

T: ¿Estas en juicio?

P: No

T: Entonces no tenemos por qué pensar en eso. La próxima semana cuando lo intentes, no olvides debatir eso ¿sí? ¿Sigues conversando con la compañera que me contaste?

P: Sí, y le conté de mi problema para hablar con los demás y de que estoy tratando de participar en clase, pensé que sería complicado, pero resultó que no.

T: Bien, muy bien me alegra escuchar eso, es algo que habíamos hablado hace mucho y me alegra que lo hayas aplicado. Eso quiere decir ¿Que estas interactuando más con personas individuales o grupos pequeños?

P: Sí, estoy participando cuando hacen grupos en el salón de clases y cuando viene mi hermana con sus amigos a casa, grupos pequeños ahora sí, grupos grandes aún no estoy segura.

T: Poco a poco, hoy trabajaremos algo muy parecido a la semana pasada, para eso nos ayudara Waldo otro coterapeuta con el que trataras de hablar durante mínimo 3 minutos a cerca del tema que más cómoda te sientas, no tengas temor él es psicólogo como yo así que comprende de tus dificultades y podrá ayudarte a sentirte mejor intentando generar estas habilidades que estamos un poco bajas. ¿Cómo te hace sentir eso?

P: La verdad me pone nerviosa pensar en qué pensará él, quizá tartamudee como siempre, no sepa que decir, y no sé qué pensara el, es difícil hablar con los hombres.

T: ¿Por qué piensas que es difícil hablar con los hombres?

P: Porque todos son toscos, no entienden los problemas como las chicas, aparte mienten y solo buscan chicas bonitas si no son llamativas ni siquiera te prestan atención.

T: ¿Se lo has preguntado directamente a alguien chico?

P: No, realmente no

T: Y crees que realmente todos sean iguales, ¿todas las chicas somos iguales?

P: No

T: ¿Entonces porque ellos lo serian?

P: Bueno quizá aún no he conocido a un chico que sea amable y delicado conmigo.

T: Esa es una modificación de pensamiento muy adecuada, no perdamos las esperanzas, porque yo estoy segura de que debe haber muchos hombres así, solo de que tú has estado un poco más concentrada en tus síntomas que en conocer personas, pero nunca es tarde para hacerlo. Un motivo por el que aún no lo practicamos con personas que no sean psicólogos es porque, quiero que tengas la confianza de practicar y aproximarnos a lo que sería conocer a personas, ¿sí? Empecemos con los tips que apuntamos la vez pasada que hicimos el ejercicio. Hare pasar a nuestro coterapeuta para ejemplificar como deberías hacerlo, pondremos las sillas frente a frente y tratemos de interactuar, recuerda que quiero una conversación de por lo menos 3 minutos si es más mucho mejor.

Se ejemplifico la conducta solicitada entre la terapeuta y el coterapeuta.

T: Empiezas tu Jessica, al igual que yo lo hice hablan de las cosas que hacen, los pasatiempos que tienen y su plato de comida favorito.

P: Hola ¿cuál es tu nombre?

CT: Me llamo Waldo ¿tu?

P: Ah, yo me llamo Jessica, ¿a qué te dedicas?

CT: Yo estudio psicología ¿tu?

P: Ah, yo estudio negocio y finanzas

CT: ¿dónde estudias?

P: Ah, en la universidad San Martín ¿tu dónde estudias?

CT: Yo estudio en la UAP.

P: Ah, y ¿Cuántos años tienes?

CT: Yo tengo 22 años ¿tu?

P: Yo tengo 25 años

CT: Y... ¿qué te gusta hacer en tus tiempos libres?

T: ¡STOP! Paramos ahí, ¿qué errores encontraste como interlocutor Waldo?

CT: No me miraba a los ojos mucho, luego de una respuesta contestaba con un Ah... como muletilla y luego respondía o hacía una pregunta de manera cortante, tenía gestos de incomodidad y eso limitaba la conversación.

T: Exacto son errores que ahora que los conocemos evitaremos hacer, Ok tip 1, no siempre preguntes cosas a veces es bueno auto responder esas preguntas y luego preguntar, da opiniones acerca de las cosas que

te comenten no tengas miedo de hablar con él, disfruta de la conversación, trata de conocer al otro y que él pueda conocerte a ti, intenta ser más comunicativa gestualmente mostrando interés en vez de incomodidad, evita la muletilla.

P: Ok, voy a intentarlo de nuevo ¿verdad?

T: Si usemos los tips que hemos conversado y apuntado, los dejare ahí para que puedas guiarte, por momentos sin embargo te pido que trates de mirarlo más esta vez empezara Waldo.

CT: hola ¿qué tal? ¿Cómo estás?

P: Bien...

T: No seas cortante, prosigue

P: Bien el clima esta bonito, me llamo Jesica tú, ¿cómo te llamas?

CT: Me llamo Waldo tengo 22 años y soy psicólogo ¿tu?

P: Me llamo Jessica, como ya te mencioné, tengo 25 años y estudio negocios y finanzas en la Universidad San Martin

CT: y ¿qué te gusta hacer en tus tiempos libres?

P: Me gusta leer novelas, escuchar música, y comer jajaja

CT: A mí también me gusta comer, mi plato preferido es el arroz con pollo con papas y huancaína, ¿el tuyo?

P: A mí me gusta la lasaña, podría comer mucha lasaña

T: vamos Jesica sigue, aún queda uno segundos más.

P: Ok. ¿Has probado lasaña?

CT: Si claro, es muy rica.

P: Yo la he probado de diferentes sabores de pollo, en salsa verde, huancaína, ¡Ah! con lomo saltado bien. Te lo recomiendo

CT: Tratare de probarlo.

T: Muy bien Jesica, lo has hecho muy bien

P: Las anotaciones me sirvieron de guía

T: Las anotaciones están ahí, pero el logro es totalmente tuyo, bien eso es todo por hoy que te vaya muy bien esta semana, practica todos los tips que usamos, sobre todo alcemos un poquitín más nuestro volumen de voz, además te voy a pedir que realices una lista de virtudes mínimo 15 virtudes

P: ¿15 virtudes? No sé si llegue no voy a poder

T: Es poco comparado a todas las cosas buenas que hay dentro tuyo. Y por decir no voy a poder, vas a tener un pequeño castigo. Mira este espejo, vas a mirarte fijamente y vas a decirte cosas buenas, alentadoras y bonitas, durante dos minutos yo lo voy a cronometrar así que avísame cuando empecemos

P: Jajaja ¿en serio?

T: Claro que si vamos tú puedes

P: Ok

La paciente no podía empezar, decía que no sabía cómo hacerlo ni que decirse y luego de que la terapeuta le dio algunos ejemplos empezó a decirse cosas positivas de sí misma como: tengo cabello bonito y rizado, creo que dibujo bien, tengo manos pequeñas que entran en cualquier lugar (sonrió y se detuvo) se le solicito que continúe y con risa nerviosa

dijo que estaba bien, se le aconsejó que hablara de las cosas que ha logrado en estas semanas, al principio le costó, pero cuando se dijo ahora te enfrentas a tus miedos, eres valiente, eres única e importante, la voz se le entrecortó y sus ojos se pusieron sollozos.

T: Esta bien emocionarse, está bien llorar, a veces somos tan exigentes con nosotros mismos, que un poco de autocompasión es algo que nuestro cuerpo necesita, tienes que amarte mucho, valorar cada uno de tus pasos, cada uno de tus logros, si no lo haces tú ¿quién lo hará? Mírate en el espejo y cada día dite algo bonito, ¿crees que puedas hacerlo?

P: Si psicóloga lo hare

T: Bien Jesica muchas gracias, no olvides realizar lo que trabajamos hoy con Waldo, haciendo un nuevo amigo de la semana, nos vemos el otro sábado, cuídate

P: Gracias psicóloga nos vemos (abrazo)

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 12

Paciente: Jesica

Fecha: 04/11/2017

Objetivos de la sesión: Reducir la ansiedad y activación fisiológica ante situaciones sociales en las cuales el foco de atención esta sobre ella.
Eliminar la rumiación post evento.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Ensayo conductual
- Exposición gradual
- Restructuración cognitiva
- Tarea para casa
- Entrenamiento en solución de problemas

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica adelante, toma asiento

P: Gracias Psicóloga, Buenos días

T: Cuéntame ¿cómo te fue en la semana?

P: Esta semana si me anime a participar, estudie el tema, ósea revise el silabo y el tema que decía que tocaba, estudie, busque información y bueno participe, me sentí muy bien, fue difícil antes de hacerlo porque mis pensamientos salían y salían, pero los cuestione y lo hice. La sesión anterior me hizo verme distinta, me siento reconciliada conmigo misma.

T: ¡Bravo! (aplauo) Me siento muy feliz pero muy feliz por ti.

P: Aunque debo confesarle que estuve pensando después si lo hice mal, si lo pude haber hecho mejor y todo eso.

T: Esa es la tercera fase ¿recuerdas?

P: Si.

T: ¿Porque piensas que lo hiciste mal? ¿Existe algún indicador de eso?

P: No, repase el tema antes, y levante la mano para participar lo hice y el profesor me agradeció, me sentí bien y luego querían salir esos pensamientos malos.

T: Entonces no tienes ningún motivo concreto que afirme ese pensamiento. Cuando sucede eso no olvides usar las técnicas de relajación que realizamos, debate esas ideas, evita que surjan, distráete con cosas que te ayuden a sentirte mejor como una película o música en vez de atormentarte con evaluaciones que ya sabemos el daño que nos hacen.

P: Tiene razón, gracias por ayudarme

T: Para eso estamos aquí, para apoyarte en lo que necesites, cuéntame que ideas son esas en las que estás trabajando más

P: El que los demás pienses que soy tonta, a veces siento que no soy capaz de hacer algunas cosas como mis hermanas, he escuchado mucho tiempo decir eso de las personas, además creo que siempre querían que Jesenia y yo fuéramos igualitas, pero no puedo ser como ella, y creo que está bien.

T: Tú eres Jesica, y la única persona con la que tienes que competir es contigo misma, en base a las metas que tú tengas.

P: Jesenia es buena hablando, teniendo amigos, mi mamá siempre ha sido estricta, con las notas, nuestro comportamiento en las reuniones, en el colegio, con todo y creo que me sentía forzada a ser ella, pero yo no soy así.

T: ¿Trajiste la lista de virtudes?

P: Si aquí esta

T: Mira todas las cosas que buenas que tienes y convéncete de ellas, eres buena, inteligente, creativa, y todas las cosas que dice aquí. ¿Cómo te fue haciendo nuevos amigos?

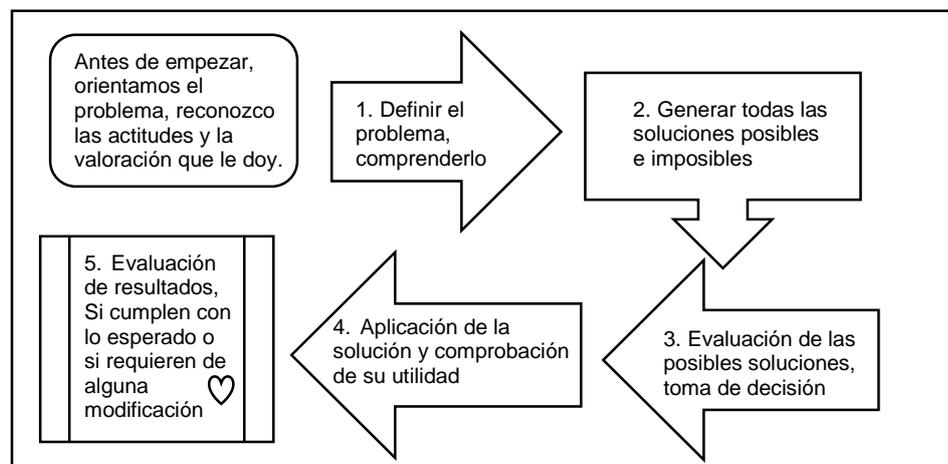
P: Mejor pero ahí un punto en que mis pensamientos me dicen y ¿ahora que decimos? ¿Se va a dar cuenta que estoy nerviosa? ¿Qué digo? ¿Qué hago?

T: Hay temas de conversación comunes que puedes tratar de meter a colación y conversar con los demás de cosas como el clima, música, comida, estudios, o intereses en general ahora si quieres tocar pasiones, futbol, política, religión jajaja

P: Jajaja la gente se exalta hablando de eso

T: Si bastante. Hoy te voy a enseñar una técnica muy importante que como su nombre lo dice la usaras cuando quieras encontrar la solución a un problema, lo puedes usar en múltiples ocasiones, mira este cuadro. Te lo explicare con un ejemplo con postular a un trabajo para las practicas pre profesionales que sé que te cuesta decidirte, primero veo la actitud que tengo hacia ese problema, y luego lo defino, sé que si no realizo las horas que me solicita la universidad no podre graduarme,

genero alternativas, postular a todos los trabajos, hablar con compañeros que ya trabajen para consultarles si requieren personal, y también podemos poner ideas más aventureras con hacer nuestro propio negocio, sin embargo evaluamos las alternativas y sabemos que necesitamos un asesor así que descartamos la última opción, así que tomamos la decisión numero 1 postular a trabajos a través de portales electrónicos, el cuarto paso sería crear nuestro perfil y empezar a mandar nuestro cv, comprobaremos su utilidad a través de las llamadas que reciba de las empresas y en el quinto paso evaluaremos si los resultados que tenemos son los que queríamos o si debemos buscar entre otras alternativas que teníamos como la de hablar con compañeros para que nos recomienden puestos laborales.



Luego de la explicación de los pasos se procedió a usarlo en algunas situaciones hipotéticas, logrando la completa comprensión del entrenamiento.

T: Bien Jesica además de la técnica que acabamos de trabajar, hoy vamos a hablar un poco a cerca de ti delante de los coterapeutas,

sabíamos que te provocaba un nivel de ansiedad alto el hablar con un grupo de personas, pero yo creo que has avanzado mucho y ahora podemos hacerlo así que vas a hacer un pequeño dialogo expositivo a cerca de ti, con cosas como tu nombre, edad, gustos, virtudes, miedos, enseñanzas, sueños, todo lo que tú quieras, te voy a entregar una hoja, lapicero y un par de minutos para que lo realices.

P: A cerca de mis gustos y todo lo que me menciono, ok... lo hare, no se si bien, pero lo hare

T: Si apenas acabes, lo revisaremos, déjame ayudarte ya que en este discurso hablaremos del problema que tienes porque es necesario aceptarlo para poder cambiarlo, todos tenemos miedos, el punto es reconocerlos y aprender a manejarlos, así que dejaremos atrás la vergüenza y aceptaremos esta dificultad con la que contamos, solo así podremos superarla al terminar quiero que lo leas en voz alta.

Luego de revisar el discurso, se hizo pasar a 3 coterapeutas y se acomodó el lugar para la lectura de lo escrito por la paciente

T: Bien hoy en el primer intento podrás leerlo completamente si deseas, solo te pediré eso por ahora.

P: Ok leeré lo que escribí, Buenos días a todos me llamo Jesica, tengo 25 años y tengo problemas para relacionarme con los demás por cosas que me pasaron en mi adolescencia, tengo una hermana gemela y es difícil saber quién eres cuando hay alguien más que se parece mucho a ti y todos esperan que actúen iguales, cuando eso es imposible. Me es difícil confiar en las personas y en mi misma, quiero hablar pero siento

que no me escuchan o que no les importa lo que digo, lo más difícil para mí son las exposiciones, motivo por el que vine a psicología, estudio negocios internacionales y como futura profesional necesito mejorar mi desenvolvimiento además de buscar practicas pre profesionales, he mejorado bastante desde que llegue aquí, si me vieran antes seria poco reconocible (sonríe) y espero seguir haciéndolo gracias a mi psicóloga y a ustedes por ayudarme en este proceso.

(Los coterapeutas y la terapeuta aplauden)

T: Perfecto, ahora tú crees que podrías leerlo y en algunos momentos mirar a la audiencia, al menos en la parte que mencionas tu nombre y edad que para eso no necesitamos la ayuda del papel ¿sí?

P: Jajaja está bien lo intentare

Paciente repite el discurso mirando a la audiencia por periodos y a pesar de ruborizarse sigue realizando el discurso con baja dificultad.

T: Genial, lo has realizado muy bien, todos pensamos que lo has hecho muy bien si deseas pregúntales

P: ¿Qué tal lo hice?

Ct1: Lo hiciste muy bien

Ct2: Te salió genial

Ct3: Hermoso discurso (subo un pulgar arriba)

T: Durante esta semana prepararas un discurso acerca del bullying, averigua un poco de este fenómeno, pero también quiero que pongas tu opinión con base a tu experiencia y todo eso, para la siguiente sesión.

Recuerda que iremos subiendo la dificultad de nuestras tareas y nuestro siguiente público será un poquito más grande.

P: Jajaja ¿más?

T: Si, pero tranquila yo estaré contigo, además son chicos que han pasado por problemas similares y les va ayudar mucho escuchar la opinión cercana de alguien que paso lo mismo.

P: Bueno está bien

T: Aun puedes lograr mucho más. Eso sería todo por hoy.

P: Hasta la próxima semana psicóloga

T: Hasta el otro sábado Jessica, cuídate mucho no te olvides de tu tarea

P: No se preocupe, la hare (beso en la mejilla)

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 13

Paciente: Jesica

Fecha: 11/11/2017

Objetivos de la sesión: Generar habituación a la activación psicofisiológica. Reducir la ansiedad anticipatoria reforzando la corrección de expectativas, interpretaciones y valoraciones negativas ante las interacciones sociales.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Exposición gradual
- Reestructuración cognitiva
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica

P: Buenos días Psicóloga

T: ¿Realizaste el discurso que te pedí a cerca del bullying?

P: Si doctora me sirvió mucho leer de eso, será un poco complicado exponerlo porque imagino que eso hare, pero me tranquiliza porque sé que me apoyar a hacerlo y espero que a las personas que están ahí también porque puede que pasen por situaciones similares a las que pase yo.

T: Muchas de las experiencias negativas que pasamos nos pueden dejar grandes lecciones que podemos usar para enseñar a otros y así sacar lo mejor de aquellas experiencias, esa es una gran manera de revertir

las cosas negativas que pasamos y esos recuerdos oscuros para empoderar nuestra mente y ser fuertes.

P: En eso estuve pensando toda la semana, no quiero que otros niños se callen como yo lo hice, jamás debió ser así, debí hablarlo con alguien, cuando usted me dijo que hable con mi mamá sentí que mucho de lo que tenía guardado, se fue.

T: Y hoy que lo hablaremos estaré para apoyarte pero quiero que te abras a los demás con tu experiencias, recomendando a otros jóvenes hacerlo, iremos a la sala de espera de psicología, ya hable con la psicóloga a cargo del área y me autorizo hacerlo, solo serán unos minutos, hoy por ser sábado es el día que más adolescentes trato ya que no tienen clases, les pedí a algunos que tienen su cita antes y después de la tuya que me esperen un momento y me dijeron que con gusto lo harán.

P: (Asiente con la cabeza y sonrío)

T: Hemos logrado un gran avance hasta ahora estoy muy orgullosa de ti y tú también deberías estarlo porque has logrado mucho no eres la misma chica que vino a consulta la primera vez, eres una mujer renovada estoy muy feliz de que sigas en este proceso, necesito que sigas así de motivada y que cumplas tus tareas para seguir avanzando. ¿Hubo ansiedad respecto a este evento?

P: Si la verdad sí, pero estuve haciendo las técnicas de relajación tratar de distraerme cada vez que quería pensar en eso.

T: Entonces te pido que respires, te relajes mientras voy a ver el tema de la exposición que darás.

Luego de coordinar con la audiencia, se llamó a la paciente para salir y hablar del tema.

T: Hoy hablaremos de un tema muy interesante y para introducirlos en el tema, el bullying es problema social que afecta a nuestros niños, adolescentes y jóvenes cada vez más hablamos de acoso escolar, entre pares o compañeros mayores en algunas ocasiones, este acoso viene acompañado de agresión psicológica y/o física que nos deja consecuencias psicosociales graves si no hablamos con otros que nos puedan ayudar en el tema, el día de hoy me acompaña una paciente que de joven paso por un tema parecido.

P: Me llamo Jessica y ah, yo sufrí de bullying en el colegio, cometí un grave error porque no lo hable con mis padres ni con nadie hasta este año hace unos meses y no saben lo reconfortante que es poder hablarlo ahora, yo no me da miedo hablarlo ni vergüenza, porque el que callarlo no es ser fuerte, hablarlo si, por más miedo que te dé por más que pienses que te ira peor, porque así te amenazaran no hagas caso igual la situación se complicara así que es mejor hablarlo, quizá no seas igual de populares o sociales como ellos pero podemos salir de eso con ayuda de nuestros padres o profesionales y si ya pasaste por esa situación pero aun te trae dificultades para tratar con otros, busca ayuda profesional ellos te van a orientar como a mí y aunque es un proceso que toma

mucho esfuerzo como dice la psicóloga esta en ti lograr los objetivos que te pongas.

T: Gracias por compartir eso con nosotros vamos a darle un fuerte aplauso a Jesica. Muy bien Jesica me alegra mucho que lo hayas hecho
Luego de la exposición se despidió a la audiencia y se procesado a entra nuevamente al consultorio

P: ¿Qué tal me fue doctora?

T: Lo hiciste muy bien, fue un muy bonito discurso, ¡lo lograste! te felicito,

P: Gracias psicóloga me puse un poco roja ¿no?

T: Un poco, pero eso no impidió que continuaras y eso es lo que quería que logremos, bien Jesica eso es todo por hoy te veo la siguiente sesión, te acompaño a la puerta cuídate.

P: nos vemos la próxima sesión psicóloga. (Beso en la mejilla)

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 14

Paciente: Jesica

Fecha: 18/11/2017

Objetivos de la sesión: Aprender a establecer metas realistas en las interacciones sociales corrigiendo las interpretaciones y valoraciones negativas del pasado.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Exposición gradual
- Role play
- Ensayo conductual

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica

P: Buenos días Psicóloga

T: Cuéntame cómo te ha ido esta semana

P: Bien, les conté a mis papas que hablé delante de otros jóvenes y sus padres y me felicitaron

T: ¿Cómo vamos con el miedo a hablar delante de los demás?

P: Ya no me da mucho miedo, hacerlo la semana pasada ha aumentado mi confianza

T: Hoy lo vamos a intentar de nuevo, al ser sábado he citado a jóvenes que tienes dificultades en habilidades sociales y quiero que hables con ellos, yo estaré contigo para ayudarte ¿De qué te gustaría hablar con ellos?

P: ¿De lo que he consigo hasta ahora?

T: Ese es un punto importante que quiero hablar contigo, ¿que sientes que has logrado en este tiempo de terapia?

P: Creo que expresar las cosas que tenía guardadas acerca de las cosas que me sucedieron en el pasado porque nunca había hablado de todo eso antes y como me afecto todo eso para hacer amigos para relacionarme, le tenía mucho miedo a las personas y a lo que hablaran de mí, porque no me sentía capaz de lograr cosas, de enfrentarlos y me sentía menos interesante que ellos, en cambio ahora entendí que toda esa evaluación de mi misma, esta solo dentro de mí, que soy diferente, que soy única y eso me hace especial como usted siempre me dice. Sé que aún me falta mucho por practicar, aprender y mejorar, pero ahora sé que puedo hacerlo solo toma tiempo imagino que es un proceso y el resultado depende solo de mí.

T: Me alegra escuchar eso y también el ver que ya podemos hablar de manera continua al menos más de 30 segundos, y no como antes que las palabras se quedaban cortas, has logrado mucho y aun lograras más, no tengas miedo de los demás y mucho menos de ti misma, llegaras a donde quieras llegar , y todo el resultado de tu esfuerzo será para ti, decirte que personas malas no encontraras en tu camino seria mentirte, lo importante es que a pesar de las cosas malas que puedan, pasar tu entiendas que tú eres tu mayor aliado para salir adelante.

Como reconocemos que hemos avanzado estaré un poco más distante en la intervención de hoy, ya no participare tanto de la conversación que

tengas hoy con los jóvenes, confía en ti y en el trabajo que hemos realizado ¿sí?

P: Yo soy mi mejor aliado.

T: Muy bien Jessica hemos cambiado el concepto de nervios con cara de no lo hare jamás, a sonreír y confiar en ti jajá

P: Jajaja si Psicóloga ya no es aterrador.

T: Cite a los chicos para las 11:30 así que aún tenemos unos minutos para relajarnos y hacer una pequeña técnica de cumplidos y a su vez aprender a decir no. Yo te asistiré con algunos temas si llegas a tener dificultad y tú tendrás que tratar de expresar tu sentir de manera adecuada, con todas las reglas de comunicación y tips que te enseñe. Los usares en una situación, simularemos una llamada telefónica, en un momento en el cual no puedas hablar ni comprar nada, así que veamos cómo nos va.

P: Ok (saca su celular)

T: (Coloque el celular en mi oído) Aló, buenos días ¿con la señorita Jessica?

P: Aló, ¿sí?

T: Buenos días señorita

P: Buenos días, ¿en qué puedo ayudarla?

T: ¿Qué tal?, quisiera ofrecerle un producto al cual no se podrá negar, es una oferta en exclusiva solo para usted.

P: Disculpe en este momento no puedo hablar.

T: Pero le repito, es importante que me escuche, no le tomara mucho, y le traerá muy buenos resultados para usted

P: (Baja el celular de su oído) Psicóloga ¿qué puedo decir en esa situación?

T: Realicémoslo al revés yo seré la cliente y tú serás la señorita que me insiste tal y como yo lo hice, imagino que ya han llamado antes a ofrecerte productos ¿cierto?

P: Si claro

T: Entonces vamos a intentarlo, usa todas las palabras que los vendedores usan al ofrecer un producto

P: (Pone el celular en el oído), Aló con la señorita Priscilla

T: Buenos días, si, con ella habla, dígame ¿en qué puedo ayudarla?

P: Quisiéramos ofrecerle un producto muy bueno para usted, es exclusivo y de tiempo limitado así que tiene que aprovechar

T: Si, entiendo, y le agradezco la llamada, sin embargo, en este momento estoy ocupada y no estoy interesada en comprar ningún producto, gracias, buen día.

P: Jajaja lo hiciste fabuloso, no podía decirte nada después de eso.

T: Que sucedió fue que deje en claro mi punto de vista de manera adecuada, el trabajo de estas personas es vender, y no todas las personas a las que llaman les responden bien, entonces es cuestión de respeto y consideración mutua. 1) Me puse en su lugar diciéndole que entendía su punto 2) agradecí la llamada 3) me mencione mi situación diciéndole que estaba ocupada y que no estaba interesada en comprar

ningún producto y 4) me adelante agradeciéndole su comprensión y deseándole buen día, fui clara, no deje ambigüedades, ni cabos sueltos, entonces lo único que podría proceder es esperar que el vendedor también se despedía y termine la llamada telefónica.

P: ¿Puedo intentarlo yo?

T: Claro, yo seré la vendedora. Aló, buenos días, con la señorita Jesica

P: Buenos días, yo soy Jesica, ¿en qué puedo ayudarla?

T: Quisiera comentarle de la llegada de un producto, una primicia y estamos llamándola en exclusiva para que usted pueda disfrutarlo.

P: Gracias por llamar, pero ahora estoy por entrar a clases y no puedo continuar hablando además no estoy interesada en comprar nada por ahora, de nuevo gracias, que tenga un buen día.

T: Gracias señorita Jesica. Lo hiciste muy bien, ves que no es tan difícil si lo practicamos, puedes hacerlo verbalmente o cognitivamente como hemos practicado antes, paso a paso mentalmente.

P: Si eso hago ahora cuando realizare alguna cosa nueva.

T: Para eso están las técnicas para usarlas y favorecernos de ellas, ahora haremos pasar a los chicos que invité hoy, tengamos paciencia si, son adolescentes como te comenté con problemas de habilidades sociales así que eres libre de comentarles como fue este proceso para ti, habrá momentos de silencio, y no porque no quieran hablar sino porque no saben de qué hablar, como te ha pasado antes así que tratemos de no dejar vacíos.

Se realizó el ejercicio con eficiencia, la paciente se logró comunicar, expresar y empatizar con los demás pacientes durante un periodo de 20 minutos, luego se les pidió a los pacientes esperar a fuera para proceder a su sesión y despedirme de Jesica.

T: Lo hiciste muy bien Jesica sonreíste, miraste a los ojos, has levantado el volumen de voz a un tono agradable y entendible, como te comenté desde que empezamos el programa que trabajamos consta de 15 sesiones la próxima será nuestra última sesión, y luego tendremos 3 sesiones de seguimiento, has logrado mucho.

P: Ha pasado tan rápido, pero estoy feliz de mis logros.

T: Converse con tu papa y me comento que en unos días será el cumpleaños de tu hermana y que también han pensado en realizar una pequeña reunión en casa por tus logros conseguidos.

P: Si estuvimos hablando de eso y me emociona, será algo pequeño una reu con mi familia y algunos amigos que saben acerca de este proceso.

T: Imagino que darás tus palabras de agradecimiento, ¿ya escribiste algo o improvisaras?

P: Jajaja las dos, me siento más segura de poder solucionar la situación en caso me ponga nerviosa.

T: Esa seguridad la tenemos que mantener por siempre en ti, bien nos vemos el próximo sábado, muchos éxitos esta semana, cuídate

P: Gracias psicóloga, hasta el próximo sábado (beso en la mejilla)

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN 15

Paciente: Jesica

Fecha: 09/12/2017

Objetivos de la sesión: Retroalimentar el entrenamiento de la paciente en habilidades sociales.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Comunicación asertiva
- Autoreferencia
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica toma asiento

P: Buenos días Psicóloga, gracias

T: ¿Qué tal, como te fue en el cumpleaños de tu hermana?

P: ¡Genial! Todos dieron unas palabras y yo también lo hice, solo fui sincera y eso me ayudo no lo pensé tanto en el momento, como se dice hable con el corazón y me divertí mucho.

T: Y así tienes que seguir haciéndolo, ¿cómo vamos con los piropos y mensajes positivos que te dices mirándote al espejo?

P: Me está yendo bastante bien, cada vez me miro y soy más suelta conmigo misma, hasta abrazo al espejo como abrazándome a mí misma jajaja mi mama me ha visto y se ríe, nos reímos, no sé, solo me siento feliz conmigo.

T: Jajaja bien, abrázate, bésate, amate, dite cosas lindas siempre, en las buenas y malas siempre reconfortate. Hoy vamos a trabajar estilos de comunicación asertiva ¿sabes algo a cerca de eso?

P: No mucho psicóloga, pero por curso de la universidad sé que la comunicación es un proceso de transmitir un mensaje.

T: Muy bien, y ahí maneras de transmitir ese mensaje, algunas son agresivas otras muy pasivas y otras de manera asertiva ósea la intermedia la más adecuada

P: Si algo he escuchado de asertividad, pero no recuerdo mucho para serle sincera

T: Comunicación asertiva es a lo que llamamos cuando la persona puede comunicarse respetando su opinión y la de los demás sin agredir ni dejarse agredir, como lo que practicamos la semana pasada con la llamada.

P: Ah ok, si lo recuerdo.

T: Es aprender a manejar las situaciones de manera adecuada hoy vamos a hablar de las técnicas que tenemos para lograr eso, empezaremos con el disco roto, en el cual se trata de repetir nuestro argumento una y otra vez sin alterarnos ni entrar en provocaciones con la otra persona hasta que ésta se dé cuenta que no logrará nada con sus ataques o provocaciones. Aquí, aprendemos que no es necesario atacar a la otra persona para defendernos e incluso le podemos dar la razón en ciertas cosas, pero cuidando nuestra dignidad. Tenemos derecho a insistir en nuestro punto de vista. Imaginemos que te están ofreciendo

tabaco alcohol o drogas. Tus amigos insisten en que debes emborracharte para ser parte del grupo, que todos están haciendo lo mismo alguno jóvenes con baja autoestima quizás aceptarían, pero sabemos que eso no es adecuado que no lo quieres hacer entonces tú debes insistir en un No quiero y ellos tendrán que respetar tu decisión.

Miremos este ejemplo, un amigo te habla de esta manera:

Amigo: ¿qué te pasa, porque no tomas? ¿Eres mariquita o qué?

Tú: No, simplemente no quiero.

Amigo: ¿es enserio?, mientras nosotros nos estemos divirtiendo, tú te lo estarás perdiendo.

Tú: si ustedes quieren pueden hacerlo, pero yo no quiero.

Amigo: Qué van a decir de ti los demás. Si no te atreves, no vengas más a las fiestas.

Tú: No me importa lo que digan, yo no quiero tomar ni fumar. Yo me puedo divertir y pasarla bien sin hacer cosas que dañen mi salud.

¿Comprendiste, el joven se mantuvo en su punto de vista a pesar de la insistencia del amigo?

P: Si está bien, nadie nos puede obligar a algo que no queremos hacer.

T: Independientemente de que sus intenciones sean buenas o no, tú tienes que mantenerte firme en la decisión comente de manera asertiva, esto incluso te permite descubrir si se trata de un consejo o de una mera manipulación si son amigos que te conviene tener o no.

Incluso a mí me ha sucedido eso en múltiples ocasiones, yo se los peligros que tiene tomar en exceso en una salida con amigos y pese a

sus insistencias me he mantenido firme y explicado mis razones, tus verdaderos amigos entenderán que es por tu bienestar y no te forzarán a hacerlo.

Pensemos en el siguiente caso de dos hermanas, Patty y Dani que discuten. ¿Analicemos su conversación? Leamos el ejemplo

Patty: No seas tonta Ana no te pongas ese vestido, no te queda nada bien.

Dani: ¿Por qué piensas eso?

Patty: Es que se te ve gorda, no te favorece en nada.

Dani: Pero cuándo me lo compré no me dijiste nada eso.

Patty: sí, pero ahora es diferente, además ese color te queda terrible

Dani: ¿Por qué dices eso?

Patty: Porque te quedaría mejor un color oscuro, que no te haga ver tan gorda.

Dani: ¿Por qué me dices eso?

Patty: Aparte tú eres más seria.

Dani: ¿Más seria respecto a quién?

Patty: A mí, por ejemplo. Mira, ya te he dicho que a mí me funciona bien con los chicos estar siempre sonriente. ¡Ah! Sin olvidar el vestir a la moda, por eso me han invitado también el viernes a una fiesta

Dani: ¿Tienes una fiesta el mismo día que yo?

Patty: Sí, que casualidad ¿no?

Dani: Y cómo crees que a mí no me va bien este vestido, tú lo podrías usar ¿No?

Patty: Pues, sí.

T: ¿Qué es lo que pudiste encontrar en esta conversación?

P: Que la hermana quería manipular su mente para que ella deje el vestido.

T: En las técnicas de comunicación asertiva es importante realizar preguntas, para que encontrar el verdadero interés, el trasfondo como se le dice, así como cuando debatíamos tus pensamientos, también podemos debatir los argumentos de los demás e incluso las intenciones que la otra persona tiene para que cambies, pero dependerá de ti si lo consideras conveniente o no.

P: Ok si, lo hare

T: Somos jóvenes, nuestros compañeros y amigos también lo son, y la juventud trae inmadurez por eso siempre es bueno analizar las situaciones en las cuales alguien trate de manipularnos a mí también me ha sucedido, por ejemplo en alguna ocasión mis amigas me cuestionaron por usar un vestido rosado bebe, ya que no soy tan delgada y además soy bastante clara, me dijeron que los colores claros nos aumentan el peso y que me veía como un fantasma, que no me favorecía, y les explique era mi color favorito y que me encantaba el modelo, me había esforzado por conseguir el dinero y comprar ese vestido, que comprendo su opinión pero yo he decidido usarlo porque me gusta mucho, y que digan lo que me digan no cambiaría de opinión y que además todo lo que me decían no era agradable para mí así que les pedí que dejen de hacerlo, porque me molestaba lo que decían.

P: Claro, fue sincera, como en la llamada, escucho su punto de vista lo comprendió, pero también puso en claro el suyo.

T: Exacto, lo has comprendido muy bien, bien Jessica eso es todo por hoy nos vemos dentro de unas semanas trabaja en todo lo que hemos aprendido. Trata siempre de modificar todos esos pensamientos negativos que te generen sentimientos desagradables todo están en ti, en como interpretas las cosas.

P: Si, si pienso positivo me ira igual.

T: Usa todas las técnicas, apóyate de tu diaria, allí están las técnicas, los ejemplos que hemos realizado, las situaciones que has pasado y como las solucionado, ayúdate de él cuándo sientas alguna duda.

Te acompaño a la puerta, cuídate mucho.

P: Igual usted psicóloga (beso en la mejilla)

*Se procede a dar de alta a la paciente.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN DE SEGUIMIENTO N° 1

Paciente: Jesica

Fecha: 06/01/2017

Objetivos de la sesión: Indagar sobre los cambios favorables percibidos por la paciente y las estrategias aplicadas ante situaciones ansiógenas

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo
- Tarea para casa

Descripción de la sesión

T: Jesica, hola, ¿cómo estás?, adelante toma asiento.

P: Gracias Psicóloga

T: Felices fiestas ¿cómo te ha ido en estas semanas?

P: Felices fiestas psicóloga bien, han sido días muy bonitos, con familia amigos nuevos, han sido días geniales.

T: Muy bien Jesica, ¿trajiste tu diario de auto registros?

P: Si aquí lo tengo

Se procede a la lectura y análisis de los pensamientos más resaltantes

T: Estoy feliz de las modificaciones que has hecho a varios pensamientos ¿ha sido complicado relacionarte?

P: La verdad que no tanto siento aun ansiedad cuando veo grupos grandes, pero respiro hondo y me pongo a pensar en positivo alentándome mentalmente.

T: Quiero que analicemos una situación mira, las personas agresivas se sienten superiores a otros, no se fijan en los derechos de los demás, quieren tener el control de las personas y las situaciones, al pedir un favor dan por hecho que el otro tiene la obligación de cumplirlo. Tú puedes lograr un equilibrio entre tus sentimientos y conductas controlando tus pensamientos y eso lo hemos aprendido en este proceso. Ser asertivo se logra valorándote, aprendiendo a defender y respetar tus derechos, los de otras personas, a ser responsable, a decir no sin sentirte culpable, controlando el estrés y la ansiedad. La persona asertiva maneja positivamente la crítica, sabe dar y recibir cumplidos, evita ser manipulada y busca relaciones amistosas. No te desesperes, ni tires la toalla a la primera. Ser asertivo es un trabajo lento, pero si todos los días trabajas en tu persona irás notando los cambios. Tú vales mucho y en la vida hay muchas cosas que hacer y gente que conocer, la asertividad te puede ayudar mucho para disfrutar de ello. No tienes que irte sintiendo por la vida ni como víctima ni como villano.

P: Me alegra saber que estoy camino a lograr eso, me han llamado a ofrecerme productos y ya sé cómo hablar en momentos incómodos jajaja solo que a veces el ser sincera puede generar problemas

T: Imagínate que estás discutiendo con alguien y que no quieres llevarle totalmente la contraria porque consideras que eso empeoraría las cosas. Una manera de llevar la situación como lo vimos antes es darle de cierta forma la razón a la otra persona y parece que aparentemente estás cediendo. Sin embargo, el otro acabará por darse cuenta que tampoco

cambiarás de opinión, es decir, puedes considerar sus comentarios como un consejo o bien ignorarlos si estos no eran expresados de forma sincera pero eso será por tú propia decisión y no porque la otra persona te lo diga por ejemplo, veamos el caso de dos amigas, supongamos que se habían peleado y luego reconciliado pero la amiga 1 ha decidido no seguir dejándose manipular por la amiga 2, ¿cómo te gustaría que se llamen?

P: Ruth y... María

T: Ok entonces Ruth le dice a María ¡Qué callada que estás! Y María responde sí es verdad podría estar más conversadora, entonces Ruth le dice: deberías ponerte más habladora y María nuevamente le responde: Sí, tal vez debería buscar hacer más amigos. De manera serena y sin tomarlo a pecho, reaccionar de esa manera reduce todo sentimiento de ansiedad ante la crítica en cambio si nos ponemos a la defensiva podemos lastimarnos emocionalmente, es mejor no ofuscarnos.

P: Si claro si me la tomo a pecho, peor va a ser.

T: Exacto. Cuéntame cómo has empleado las técnicas que hemos aprendió

Se decide a conversar a cerca de la aplicación de técnicas aprendidas en la vida diaria del paciente. No se encontró ninguna dificultad en la paciente al relacionarse con lo demás en este tiempo.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN DE SEGUIMIENTO N° 2

Paciente: Jesica

Fecha: 27/01/2017

Objetivos de la sesión: Examinar las dificultades atravesadas por la paciente después del alta.

Técnicas:

- Escucha activa
- Tarea para casa
- Autorregistro

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica, cuéntame cómo te ha ido en este mes

P: Bien empecé a estudiar inglés, sola, he estado revisando los portales virtuales de trabajo, he postulado, me llamaron y creo que iré a algunas entrevistas a ver cómo me va.

T: Genial, debes hacerlo, puede que a la primera entrevista no te contraten, pero intentando lo lograrás, a todos nos ha pasado, para ninguno es tan sencillo conseguir trabajo, pero como lo hemos aprendido en el proceso terapéutico el que la sigue, la consigue, es cuestión de perseverancia y preparación.

P: Si ya me preparé para eso mentalmente, lo intentare y a ver qué tal me va no tengo que esperar que todo salga bien a la primera.

T: Exacto. Revisemos brevemente los problemas iniciales por los que viniste a consulta para que veamos cómo es que lo trabajaste.

Se procedió a leer los primeros autorregistros de la paciente identificando las situaciones específicas a las que temía, los

pensamientos que tenía a cerca de estos y las primeras modificaciones cognitivas que realizó.

T: Recordar esto a mí me hace sentir muy orgullosa de ti, has avanzado tanto en este proceso.

P: Si, a mí también me parece increíble ver la Jessica de antes y la de ahora, estoy mucho mejor por fin. Estoy empezando a hacer amigos como me pidió, al principio me cuesta un poco aún, pero lo intento y creo que lo estoy logrando llevo comunicación continua con algunos.

T: Es completamente normal que sientas ansiedad, eso es normal pero esta ansiedad no es mucha en comparación a la de antes ¿verdad?

P: Si claro antes llegaba a 10 sobre 10 ahora no pasa de 4 sobre 10.

T: Y a ver, veamos si te acuerdas cuales eran las 3 fases de la fobia social. ¿Puedes decirles?

P: Claro que me acuerdo 1. Era la que se sentía antes de la situación, 2 la situación misma y 3 lo que recuerdas y te reprochas de la situación.

T: Y dentro de estas fases cual fue la que trajo más inconvenientes

P: Yo creo que la tercera, la uno también, pero trato de distraerme o relajarme, en cambio en la tercera es un poco más difícil por el registro, pero sé que es normal equivocarse y ya no me presiono tanto con eso.

Me siento más confiada para serle sincera.

Se revisaron algunas situaciones del diario sin encontrar dificultades.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN DE SEGUIMIENTO N° 3

Paciente: Jesica

Fecha: 17/02/2017

Objetivos de la sesión: Verificar el uso de las técnicas aprendidas en situaciones sociales y ante posibles dificultades.

Técnicas:

- Escucha activa
- Diálogo expositivo

Descripción de la sesión

T: Buenos días Jesica, adelante.

P: Buenos días Psicóloga, la he extrañado en estos meses. A que no sabe, pase las pruebas y empezare mis prácticas en unas semanas.

T: Felicidades Jesica estoy muy feliz por ti, te mereces este logro, te o has ganado a pulso. Yo también te he extrañado, has sido de mis pacientes estrella, hoy completas todas tus sesiones, eso, aunque no lo creas es poco común en terapia ¡te felicito! ¿cómo te sientes?

P: Si imagino, me siento emocionada porque es un proceso que me ha costado bastante esfuerzo, de verdad bastante, y lo he logrado, pero también me siento triste porque ya no la voy a ver.

T: Yo me siento muy orgullosa de tu avance y si en algún momento necesitas de mi ayuda, puedes contar conmigo, usa las técnicas que te enseñe y trata de manejar el proceso, recuerda que un poco de ansiedad es normal ante ciertas situaciones, pero tenemos que aprender a medirla y controlarla recordando todo lo aprendido, además en tu diario tienes

una gran herramienta ya que hay muchos ejemplos de modificación y todos los tips para que puedas desenvolverte bien socialmente.

Se trabajó algunos ejemplos hipotéticos para ver la solución que daba la paciente ante esas situaciones, se hizo una retroalimentación de lo aprendido, y luego de los agradecimientos respecto, se concluyó la última sesión de seguimiento.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

CAPITULO IV

Resultados

4.1. Criterio clínico

De acuerdo con esta posición, podemos reconocer que los síntomas fóbicos de la paciente ante situaciones sociales específicas, han reducido considerablemente, lo que fue conseguido a través de la interiorización de técnicas cognitivas dentro de su rutina diaria, estas redujeron la evitación, ayudaron a la exposición y afronte de las situaciones temidas, lo que mejoro su desenvolvimiento, aumento su seguridad para enfrentar y controlar sus síntomas ansiosos. Logrando así el objetivo general de intervención; modificar el sistema de creencias disfuncionales para mejorar el funcionamiento personal de la paciente en situaciones sociales reduciendo el nivel de ansiedad social y el malestar que experimenta respecto a si misma.

4.2. Criterio psicométrico

Pre test, en la escala de Ansiedad Social de Liebowitz la paciente obtuvo un puntaje 63 en la escala de miedo o ansiedad y 61 en la escala de evitación generando un total de 124, lo que la ubica en la categoría de ansiedad social muy severa.

Post test, en la escala de Ansiedad Social de Liebowitz la paciente obtuvo un puntaje de 53 lo que nos dice que no se evidencia indicadores psicométricos de ansiedad social. (Anexo 1 y 2)

4.3. Criterio de la paciente

La paciente afirma “Por fin siento que vuelvo a ser yo, he logrado cosas que pensé que jamás podría, me siento libre de hablar con otras personas, de interactuar, incluso de equivocarme sin reprocharme eso, he aprendido a relajarme, a controlar mis pensamientos negativos, a debatirlos y modificarlos para vivir más tranquila, para vivir mejor, me siento bien conmigo, empecé a estudiar idiomas sola y por propia decisión, estoy haciendo nuevos amigos, he postulado a puestos de trabajo, he acudido a entrevistas laborales, expongo mis proyectos en clase, siento que me amo más, y eso me da seguridad para enfrentar cualquier situación”.

4.4. Criterio de los padres

Los comentarios efectuados por los padres en el proceso y al finalizar el tratamiento fue positivo calificándolo de gran ayuda para su hija, el padre de la paciente afirma “Desde que viene aquí estoy más tranquilo, porque veo feliz a mi hija, es más cariñosa y comunicativa, participa dentro de las reuniones familiares cuando vienen otras personas, tiene más ganas de encontrar trabajo y estudiar, ya no se resiste a salir de casa ni a que sus compañeros vengan a ser trabajos a la casa”.

CAPITULO V

5.1. Resumen

El caso expuesto en este estudio es de Jesica, paciente de sexo mujer, género femenino, de 25 años, estudiante universitaria que hace 9 años presentaba conductas ansiógenas frente a exposiciones sociales específicas como exponer en la universidad, hablar con personas nuevas o con grupos numerosos de personas, iniciar y mantener una conversación, dar su opinión o confrontar a otros. Estas situaciones le generaban síntomas fisiológicos propios de la ansiedad, como respiración acelerada, taquicardia, hiperhidrosis palmar, sudoración y ruborización. Además de ideas como “No soy importante para que me escuchen”, “no soy interesante”, “los demás no querrán ser mis amigos”, “me van a criticar porque soy diferente” motivo por el cual la paciente evitaba estas situaciones.

La paciente acude a consulta psicológica recomendada por el padre ya que se encontraba en últimos ciclos de carrera universitaria y para concluir sus estudios requería de prácticas pre profesionales, previo a la intervención psicoterapéutica se procedió a la evaluación psicológica de afectividad, personalidad y funciones cognitivas para el descarte de cualquier compromiso orgánico cerebral, debido a que la paciente comentaba que al exponer se quedaba en blanco, olvidando todo lo estudiado, confirmando así que las alteraciones encontradas eran producto de los errores en el procesamiento de la información, durante la fase

anticipatoria y de exposición de su diagnóstico (fobia social) y no de algún daño orgánico cerebral

Luego de la entrega de resultados, se planteó un programa de intervención bajo el modelo cognitivo conductual en particular la teoría cognitiva de Beck, este programa consto de 15 sesiones de intervención y 3 de seguimiento posterior al alta, el objetivo general de intervención fue modificar el sistema de creencias disfuncionales para mejorar el funcionamiento personal de la paciente en situaciones sociales reduciendo el nivel de ansiedad social y el malestar que experimenta respecto a si misma.

Esta meta se logró mediante objetivos específicos como explicar la fobia social desde el modelo cognitivo conductual, establecer la relación entre cognición, emoción y conducta, entrenar a la paciente en técnicas de relajación autógena, respiración abdominal y relajación progresiva muscular, enseñarle a observar los pensamientos automáticos negativos, sustituir pensamientos distorsionados por interpretaciones más adaptativas basándose en el análisis lógico y analizar sus consecuencias corrigiendo las falsas valoraciones sociales de vulnerabilidad personal.

Durante las sesiones de seguimiento se evidencio el uso de las técnicas aprendidas durante el tratamiento, sobre todo la reestructuración cognitiva, logrando realizar actividades a las cuales antes temía, como asistir a una entrevista laboral, exponer su opinión, participar de eventos sociales e interactuar con grupos de personas numerosas. Además de ser observable la mejoría de la paciente de manera cualitativa, ella, su entorno

cercano y las pruebas aplicadas confirmaron estos resultados pudiendo afirmar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en pacientes con fobia social.

5.2. Conclusiones

Tomando en consideración los resultados obtenidos dentro del criterio clínico, psicométrico, de la paciente y de los padres, podemos concluir:

- La paciente logro comprender el proceso de la fobia social desde el enfoque cognitivo conductual y los principios bajo los que se rige el enfoque mencionado.
- La paciente logro incorporar a su vida diaria diversas técnicas, dentro de ellas, las de relajación, pero sobre todo las de reconocimiento, cuestionamiento y modificación de pensamientos desadaptativos por otros alternativos.
- Se extinguió las conductas de evitación y seguridad por un repertorio amplio de técnicas de enfrentamiento aprendidas dentro del proceso psicoterapéutico
- Se disminuyó la activación fisiológica ansiogena frente a situaciones sociales, a través de la exposición gradual y reestructuración cognitiva.
- Aumento la funcionabilidad y adaptabilidad de la paciente en situaciones sociales, lo cual le trajo ventajas de desarrollo personal, académico y laboral.

5.3. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda a la paciente:

- Seguir aplicando las técnicas aprendidas en su rutina diaria para evitar recaídas.
- Mantener las habilidades aprendidas activas, a través del ejercicio de las mismas.
- Retroalimentarse de pensamientos positivos que le generen bienestar personal y la ayuden a soportar situaciones críticas.

Además, se recomienda:

- Fomentar la investigación clínica y la adaptación de pruebas psicológicas a nuestra realidad nacional.
- Impulsar programas de prevención y educación en salud mental.
- Promover el ejercicio profesional del psicólogo en la población.

Anexo 1: Pre test

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

N
E

Instrucciones:

A continuación se presenta la escala de ansiedad social, dividida en dos partes. En éste primer cuadro deberá marcar el nivel de miedo o ansiedad que siente en las situaciones sociales. Conteste sinceridad, marque con "X" en el cuadro que mejor le describa, donde:

- 0 = Nada de Miedo o ansiedad
- 1 = Un poco de miedo o ansiedad
- 2 = Bastante miedo o ansiedad
- 3 = Mucho miedo o ansiedad

N°	Situaciones Sociales	Miedo o Ansiedad			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)				0
2	Participar en grupos pequeños (D)			0	
3	Comer en lugares públicos (D)		X		
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)		X		
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)				X
6	Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (D)				0
7	Ir a una fiesta (S)				X
8	Trabajar mientras le están observado (D)				X
9	Escribir mientras le están observado (D)				X
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)				X
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)				0
12	Conocer gente nueva (S)				0
13	Orinar en servicios públicos (D)		X		
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (D)			0	
15	Ser el centro de la atención (S)				X
16	Intervenir en una reunión (D)				X
17	Hacer un examen, test o prueba (D)			X	
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (D)				0
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)				X

80

20	Exponer un informe a un grupo (D)				2
21	Intentar ligar a alguien (D)				2
22	Devolver una compra a una tienda (S)				2
23	Dar una fiesta (S)				2
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)				2

Y a continuación la frecuencia de evitación que usted experimenta de dichas situaciones

0 = Nunca lo evito

1 = En ocasiones lo evito

2 = Frecuentemente lo evito

3 = Habitualmente lo evito)

N°	Situaciones Sociales	Evitación			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)				2
2	Participar en grupos pequeños (D)				2
3	Comer en lugares públicos (D)		2		
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)		2		
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)				2
6	Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (D)				2
7	Ir a una fiesta (S)				2
8	Trabajar mientras le están observado (D)				2
9	Escribir mientras le están observado (D)				2
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)				2
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)				2
12	Conocer gente nueva (S)				2
13	Orinar en servicios públicos (D)		2		
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (D)		2		
15	Ser el centro de la atención (S)				2
16	Intervenir en una reunión (D)				2
17	Hacer un examen, test o prueba (D)		2		
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (S)				2
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)				2
20	Exponer un informe a un grupo (D)				2
21	Intentar ligar a alguien (D)				2
22	Devolver una compra a una tienda (S)				2
23	Dar una fiesta (S)				2
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)			2	

Anexo 2: Post test

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Nombre:

Edad:

Instrucciones:

A continuación se presenta la escala de ansiedad social, dividida en dos partes. En éste primer cuadro deberá marcar el nivel de miedo o ansiedad que siente en las situaciones sociales. Conteste sinceridad, marque con "X" en el cuadro que mejor le describa, donde:

- 0 = Nada de Miedo o ansiedad
- 1 = Un poco de miedo o ansiedad
- 2 = Bastante miedo o ansiedad
- 3 = Mucho miedo o ansiedad

N°	Situaciones Sociales	Miedo o Ansiedad			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)		X		
2	Participar en grupos pequeños (D)		X		
3	Comer en lugares públicos (D)	X			
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)	X			
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)		X		
6	Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (D)			X	
7	Ir a una fiesta (S)	X			
8	Trabajar mientras le están observado (D)	X			
9	Escribir mientras le están observado (D)	X			
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)		X		
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)		X		
12	Conocer gente nueva (S)		X		
13	Orinar en servicios públicos (D)	X			
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (D)		X		
15	Ser el centro de la atención (S)			X	
16	Intervenir en una reunión (D)			X	
17	Hacer un examen, test o prueba (D)	X			
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (D)		X		
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)			X	

80

20	Exponer un informe a un grupo (D)		X		
21	Intentar ligar a alguien (D)			X	
22	Devolver una compra a una tienda (S)			X	
23	Dar una fiesta (S)		0		
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)		Y		

Y a continuación la frecuencia de evitación que usted experimenta de dichas situaciones

0 = Nunca lo evito

1 = En ocasiones lo evito

2 = Frecuentemente lo evito

3 = Habitualmente lo evito)

N°	Situaciones Sociales	Evitación			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)			X	
2	Participar en grupos pequeños (D)		X		
3	Comer en lugares públicos (D)	X			
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)	0			
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)			X	
6	Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (D)			X	
7	Ir a una fiesta (S)		X		
8	Trabajar mientras le están observado (D)		X		
9	Escribir mientras le están observado (D)		X		
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)			X	
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)			X	
12	Conocer gente nueva (S)		0		
13	Orinar en servicios públicos (D)	X			
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (D)		X		
15	Ser el centro de la atención (S)			X	
16	Intervenir en una reunión (D)			X	
17	Hacer un examen, test o prueba (D)	X			
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (S)		0		
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)		X		
20	Exponer un informe a un grupo (D)			X	
21	Intentar ligar a alguien (D)			X	
22	Devolver una compra a una tienda (S)		X		
23	Dar una fiesta (S)			X	
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)		X		

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.

Bados, A. (2009). *Fobia Social*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>

Bas Ramallo, F. (1992). Las terapias cognitivo-conductuales: Una segunda revisión crítica. *Clínica y Salud*, 3(2), 117-150.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.

Beck A., Emery, G. y Greenberg, R. (2005). *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva*. España: Desclée de Brouwer.

- Beck, A. y Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Caballo, V., López-Gollonet, C., Salazar, I., Martínez, R. y Ramírezuclés, I. (2006). Un instrumento para la evaluación de la ansiedad/fobia social: El Cuestionario de Interacción Social para Adultos (CISO-A). *Psicología Conductual*, 14(2), 165-181.
- Caballo, V. (dir.). (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Camilli, C. y Rodriguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Editorial Desclée de Brower.
- Castillo, W. (Ed.). (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 21(1), 9-269.
- Clark, D. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 5-27.

- Clark, D., Ehlers A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell H.,... & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1058-1067.
- Couttraux, J. (2003). *Terapias Comportamentales y Cognitivas*. España: Masson.
- Echeburua, E. y Salaberria, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Un análisis crítico. *Psicothema*, 3(1), 7-23.
- Franco, R. y Pérez, C. (2017). *Adaptación y validación de la escala de ansiedad social de Liebowitz en muestra clínica de un hospital estatal* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1156>
- García, E. (2012). *Realidad virtual y nuevas tecnologías en el trastorno de ansiedad social: Un estudio meta-analítico* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://www.tesisenred.net/handle/10803/107958>
- Heimberg, R, Eng, W. y Luterek, J. (2003). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.
- Huamán, L. (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a fobia social en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4299>

- Instituto Nacional de Salud. (2012). *Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú*. Recuperado de <http://plataformagets.sis.gob.pe>
- Labrador, F. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565.
- Lincoln, T., Winfried, R., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B. & Friegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Mahoney, J. (1998). *Cognición y Psicoterapia*. España: Paidós.
- Moreno, P. (2013). *Aprender de la ansiedad: la sabiduría de las emociones*. España: Desclee de Brouwer.
- Moreno, P.J., Méndez, X. y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 7-21.
- Olivares, J., Caballo, V., García-López, L., Rosa, A. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.

- Olivares, J., Sánchez, J. y Rosa, A. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55-68.
- Olivares, P. J., Maciá, D., Chittó, G., Olivares, J. y Maravillas, A. (2014) ¿Trastorno de personalidad por evitación o fobia social generalizada? un estudio piloto con población adolescente Española. *Liberabit*, 20(2).
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Parra, C. (2000). La filosofía y el sabio estoico: Examen de la virtud. *Horizontes Educativos*, 5, 27-35.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª edición). España.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M., Orstavik, R., Tambs, K. & Kendler, K. (2007). The Relationship between Avoidant Personality Disorder and Social Phobia: A Population-Based Twin Study. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1722-1728.
- Rojo, J. (Coord.). (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. España: Ediciones Pirámide.

- Rosa-Alcázar, Ana I., Olivares-Olivares, P., Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: Una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 23-42.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis: antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*. 21, 19-28.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9.
- Tobías-Imbernón, C., Olivares-Olivares, P. y Olivares, J. (2013). Revisión de autoinformes de fobia social diseñados para niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 123-130.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A. y Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: Revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(1), 71-86.
- Zubeidat, I., Salinas J., A., y Sierra, J. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18(1), 57-81.