

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Descripción de Caso Clínico de Trastorno de Ansiedad

- **Autor**

De Luca Berlín Juan Marco

- **Tutora**

Dra. Ramos Mejía Gabriela

Buenos Aires, 19 de Junio de 2019

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1 Ansiedad	5
3.1.1 Trastorno de Ansiedad Social	8
3.2 Evaluación y Diagnostico	9
3.3 Terapia Cognitiva	11
3.4 Tratamiento de Ansiedad	13
3.4.1 Tratamiento Integral	16
3.4.2 Eficacia de tratamientos	17
4. Metodología	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Participante	20
4.3 Instrumentos	20
4.4 Procedimiento	21
5. Desarrollo	22
5.1 Descripción y presentación del Caso	22
5.2 Descripción de sintomatología inicial	23
5.3 Descripción del tratamiento realizado por la institución	27
5.3.1 Intervenciones realizadas por la psicoterapeuta	28
5.3.2 Intervenciones realizadas por el psiquiatra	31
5.3.3 Intervenciones realizadas por la coordinadora del grupo de ayuda	32
5.3.4 Intervenciones en las exposiciones realizadas de manera individual	33
5.4 Análisis de los cambios sintomatológicos del paciente	35
6. Conclusión	38
7. Referencias Bibliográficas	43

1. Introducción

El Trabajo Final de Integración se realizó en una Institución Privada que se especializa en Trastornos de Ansiedad, donde ofrecen información acerca de cómo abordar esta problemática y su tratamiento. Además brindan charlas a la comunidad y asesoramiento a familiares así como también llevan adelante proyectos de investigación.

Se cumplieron 280 horas de práctica divididas en: actividades administrativas, salidas semanales grupales con el objetivo de dar lugar a exposiciones en vivo, coordinadas por pacientes recuperados de la misma Institución y participación en los grupos de Trastornos de Ansiedad Social.

En relación a lo anteriormente nombrado se desempeñó el seguimiento de un paciente en particular durante el transcurso de toda la práctica, interviniendo en cada actividad mencionada.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir el tratamiento realizado a un paciente de 19 años con Trastorno de Ansiedad Social en una fundación especializada en Trastornos de Ansiedad desde el modelo Cognitivo.

2.2 Objetivos Específicos

I. Describir la sintomatología inicial de un paciente de 19 años con Trastorno de Ansiedad Social.

II. Describir las intervenciones realizadas por la psicoterapeuta a cargo del paciente, el psiquiatra, la coordinadora del grupo de ayuda y las exposiciones realizadas de manera individual.

III. Analizar los cambios comportamentales y cognitivos de la ansiedad social obtenidos por el paciente luego de las intervenciones.

3. Marco Teórico

3.1 Ansiedad

Dentro de las emociones del ser humano, la ansiedad es la más común y universal de ellas y es simplemente una respuesta emocional ante la percepción de una amenaza o peligro presente o futuro. La principal finalidad de esta es motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y así lograr la propia protección. Esta respuesta puede ser reconocida como angustia, inseguridad, aprensión, nerviosismo, inquietud, temor, miedo o tensión (Cía, 2004).

La ansiedad suele ser tomada como una emoción que permite al sujeto anticipar diferentes hechos que percibe como amenazantes. Es una respuesta adaptativa que dispone al cuerpo para reaccionar ante un suceso inesperado. El cuerpo, al percibir que adviene una situación donde peligra su bienestar, se pone en un contexto de emergencia independientemente de si es psicológico, físico, real o imaginario y esto origina que en el sistema nervioso simpático se generen una serie de respuestas fisiológicas que ocasionan cambios en el campo psíquico y físico. Cuando se despliega un acontecimiento incierto y/o adverso, se produce un cambio en el plano emocional psíquico y corporal de forma involuntaria, disponiendo al cuerpo a accionar de dos formas posibles: luchar enfrentando lo que ocurre o huir, ambas maneras de accionar son respuestas básicas de protección (Carrión & Bustamante, 2012).

Aunque la reacción que genera la ansiedad puede coincidir con el miedo, estos pueden diferenciarse, ya que el miedo se dirige a algo concreto, sea un objeto o situación externos, algo plausible. Normalmente se teme a situaciones como ser rechazado, no cumplir con un plazo determinado o no poder pagar las cuentas. Por otro lado, la ansiedad se encuentra enfocada en algo más interno, ya que suele ser la respuesta a un peligro indefinido, distante o en todo caso, ignorado. La ansiedad es una emoción que lleva en diferentes circunstancias a la pérdida de control así como también a la idea de que algo malo pueda ocurrir (Obst Camerini, 2004).

Las áreas más comunes de la preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales los temas como: la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como tareas domésticas o llegar tarde a un sitio o a una cita (American

Psychiatric Association, 2013; Brown, Barlow & Liebowitz, 1994). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las sociales suelen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a que se cumplan (Dugas & Ladouceur, 1997).

La ansiedad normal opera como un mecanismo que permite solucionar conflictos sin necesidad de atravesar la angustia. Sin embargo, si el sistema nervioso central incrementa su activación, puede considerarse que hay un rasgo patológico o negativo de ansiedad. La gran distinción entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica es la dimensión en la respuesta a un estímulo que inquieta. Cuando el valor del acontecimiento es desfigurado, la ansiedad normal se convierte en ansiedad patológica. La última es un gran origen de malestar, sufrimiento y, hasta a veces, incapacidad para el sujeto (Gómez & Marzucco, 2009).

Resumiendo, es posible decir que la ansiedad es una emoción secundaria, normal y necesaria para la supervivencia, ya que ayuda a juzgar distintas situaciones que puedan ser amenazantes y de esta manera poder planificar distintos tipos de conductas para hacer frente a dicha situación. Pero cuando la intensidad y duración son mucho más elevadas que los límites determinados, o cuando esa respuesta comienza a generalizarse ante estímulos inapropiados, puede ser considerada desadaptativa o patológica.

La ansiedad patológica puede identificarse cuando existe ausencia de poder detectar el desencadenante específico, por lo que provoca una incompatibilidad al estímulo externo y su duración no es proporcional al evento en sí mismo. Además tiene una afectación negativa en la vida de la persona, tanto en su vida personal, relacional o incluso en su vida profesional; desplegando distintas sintomatologías que aparecen con frecuencia, como pueden ser las palpitaciones, dolor abdominal, mareos, cefaleas, tensión muscular, temblor, sudoración, diarrea, vértigos, insomnio, aumento en el ritmo cardíaco y respiratorio e incluso el dolor inespecífico es uno de los síntomas más habituales (Gasull Molinera, 2012).

También, según Cano-Vindel y Miguel Tobal (2001) las respuestas psicofisiológicas producidas en un sujeto que padece alguno de los Trastornos de Ansiedad son producidas por un acrecentamiento de la activación del sistema simpático brindando así las siguientes consecuencias según ellos:

- A nivel fisiológico puede detectarse dificultad para la respiración, ritmo cardíaco acelerado, sequedad bucal, mareos, sudoración, náuseas, sofocos, sensación de tener un nudo en la garganta.

- A nivel motor, puede observarse temblor en la voz, repeticiones, mutes, tics o temblores.
- A nivel cognitivo, se exterioriza una preocupación desmesurada, generando así pensamientos negativos respecto a determinadas situaciones donde el sujeto percibe que tendrá consecuencias incontrolables; aparición de pensamientos catastróficos, gran preocupación sobre los síntomas físicos y como serán tenidos en cuenta debido a éstos y temor a las críticas ajenas.

Es importante mencionar que los Trastornos de Ansiedad se pueden diferenciar según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas (American Psychiatric Association, 2013).

Pueden nombrarse los siguientes: Trastorno de Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias / medicamentos y Trastorno de Ansiedad Social, también conocido por sus siglas TAS (American Psychiatric Association, 2013). En este último trastorno mencionado, la persona siente un miedo intenso de sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que el sujeto se coloque en una posición vergonzosa frente a las demás personas, usualmente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. Aproximadamente el 80% de las personas que sufren de TAS encuentran alivio a sus síntomas cuando se indica tratamiento de terapia cognitivo, psicofarmacológico, o una combinación de ambos (Bulacio, 2004)

3.1.1 Trastorno de Ansiedad Social

La fobia social no se encontraba incluida como categoría diagnóstica, hasta la década del 80, en la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1980), donde se la diferenció de las fobias como la agorafobia, la fobia específica y el trastorno de personalidad por evitación.

Los Trastornos de Ansiedad pueden exteriorizarse de diversas maneras, variando según el paciente, así como también la intensidad de la emoción. Estas reacciones pueden darse en el ámbito cognitivo, como puede ser la vergüenza; en el ámbito fisiológico, como pueden ser las palpitaciones, el sudor, la tensión muscular, náuseas; en el ámbito comportamental, como por ejemplo, el morderse los labios, comerse las

ñas; y en lo emocional, puede pasar por el miedo, la angustia, la irritabilidad. En este tipo de trastornos son varios los sistemas que pueden verse afectados al atravesar distintas manifestaciones de ansiedad (Cía, 2007).

Según el DSM 5 (APA, 2013) dentro de los Trastornos de Ansiedad, el TAS se caracteriza por el miedo o la ansiedad ante interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien evitado. Para ser diagnosticado como tal, debe cumplir con 10 criterios diagnósticos como:

1) Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (por ejemplo, dar una charla).

2) El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

3) Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

4) Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

5) El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

6) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

7) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

8) El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

9) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

10) Si existe otra afección médica (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la

evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Así mismo el DSM 5 (APA, 2013) caracteriza a los individuos con TAS como inadecuadamente asertivos o excesivamente sumiso.

3.2 Evaluación y Diagnóstico

Son varios los autores que fundamentan acerca de los distintos tipos de evaluación para poder ayudar a un correcto diagnóstico. Entre varios de los mencionados en su libro, Caro (1997) menciona al Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que fue formulado para evaluar la depresión con 21 ítems correspondientes a varias de las manifestaciones y/o síntomas de la depresión. Este cuestionario es autoadministrable, otorgando cuatro niveles y un rango total de 0 a 84. La capacidad discriminante que posee el inventario entre sujetos deprimidos y los sujetos no deprimidos alcanza un valor de confiabilidad del 95%, por lo que las variables tienen dicho porcentaje de obtener el mismo valor al medirse en varias oportunidades. Otra técnica mencionada por la autora, es el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), compuesto por 21 ítems. Esta última evaluación es mejor utilizada para los casos en que hay que establecer una diferenciación entre la sintomatología ansiosa y la depresiva.

Otros autores además coinciden en que la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (SAS) también es muy útil para ayudar a brindar un informe respecto del nivel de ansiedad presentado. Se trata de una escala de Likert que posee 24 ítems de cuatro niveles de respuesta según el temor o ansiedad que generen situaciones sociales específicas, brindando así un rango de hasta 96 puntos totales (Wagner, Pereira & Oliveira, 2014).

También se tiene en cuenta la adaptación argentina del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2; Casullo, 1999), que es diseñado para investigar estilos de respuesta aleatorios, simulación de patología y defensividad. Posee tres escalas de validez, 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido, 18 escalas complementarias y 31 subescalas. Consta de un total de 567 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que se encuentra diseñado para ser aplicado en adultos, mayores de 18 años. Las escalas clínicas, como se ha mencionado previamente son: Hipocondría, Depresión, Histeria de conversión, Desviación psicopática, Masculinidad-feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e

Introversión social. Luego, como escalas de contenido se encuentran: Ansiedad, Miedos, Obsesividad, Depresión, Preocupaciones por la salud, Pensamiento extravagante, Hostilidad, Cinismo, Conductas antisociales, Comportamiento tipo A, Baja autoestima, Malestar social, Problemas familiares, Interferencias laborales y Actitud negativa hacia el tratamiento.

Además de las evaluaciones anteriormente mencionadas, son varios los recursos que posee un terapeuta para obtener información en la Terapia Cognitiva. Estas fuentes pueden ser utilizadas tantas veces como crea necesario y dependerá de las necesidades de cada caso, como así también del momento terapéutico. Usualmente las herramientas utilizadas pueden ser entrevistas, cuestionarios de autoevaluación, observaciones directas dentro y fuera de las sesiones, o incluso entrevistas con personas significantes del paciente. La primera de ellas puede caracterizarse por tener una organización predeterminada, aunque también puede ser abierta; que en este último caso, aunque exista un motor de búsqueda, adoptan formas específicas de acuerdo a la temática de la sesión. De todas maneras, la que posee una organización previa, suele recomendarse ya que permite cierta flexibilidad sin dejar de lado el objetivo previamente determinado (Riso, 2009).

3.3 Terapia Cognitiva

La psicoterapia cognitiva surgió a partir de dos fenómenos importantes; primero de ellos fue el Simposio de Hixson celebrado en 1948 y el surgimiento de las Ciencias Cognitivas, donde se expusieron las bases de un paradigma nuevo en ese momento, donde se centró la atención en el procesamiento de la información. El segundo, el problema que representaban los pocos resultados terapéuticos que obtenían las psicoterapias hegemónicas utilizadas hasta el momento. Este último fenómeno fue declarado tanto por Ellis, desarrollador de la Terapia Racional Emotiva Conductual, como por Beck, autor de la “Terapia Cognitiva de la Depresión” en 1979, provenientes del psicoanálisis (Camacho, 2003).

La terapia cognitiva (TC) se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. La base de este modelo, es que los sentimientos no se encuentran determinados por las situaciones en sí mismas, sino que dichos sentimientos

se encuentran determinados por el modo en que son interpretadas esas situaciones. Estos sentimientos están asociados directamente con la forma de pensar y no es la situación en sí misma la que determina lo que un individuo siente. A partir de esto es posible preguntarse ¿por qué cada uno puede interpretar una misma situación de manera distinta? Aquí es donde las creencias centrales hacen su aparición. A partir de la infancia, las personas desarrollan creencias acerca de cada uno y las otras personas; incluso el mundo. Estas creencias son centrales y profundas, por lo que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Además suelen ser consideradas como verdades absolutas y constituyen el nivel más esencial de creencia. Son rígidas, globales y se realizan en exceso. De aquí que surgen los pensamientos automáticos, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, y son específicos para cada situación y son considerados como constitutivos del nivel más superficial de la cognición (Beck, 2000).

Cuando se habla de esos pensamientos automáticos, donde se generan y vinculan significados, la terapia cognitiva recurre al concepto de esquema. Estos esquemas poseen diversas cualidades, entre las que se puede mencionar que son estructuras de procesamiento de la información que participan en la generación y adscripción de significados, que permite la construcción de una visión estable de sí mismo y del mundo; también pueden describirse como principios organizativos que tienen la función de dar sentido a las experiencias. Es importante mencionar que estos esquemas se desarrollan desde el nacimiento, aunque no todos son construidos durante la infancia (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

El proceso terapéutico cognitivo involucra una serie de 10 principios que deben ser tenidos en cuenta (Beck, 2000):

- Una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos;
- Explica que se requiere de una sólida alianza terapéutica;
- Enfatiza la colaboración y la participación activa;
- Explica que está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados;
- Destaca el presente del paciente;
- Explica que es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas;

- Informa que tiende a ser limitada;
- Expone que las sesiones son estructuradas;
- Señala que ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia;
- Indica que dicha terapia se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

El Trastorno de Ansiedad puede ser tratado por distintos tipos de terapia; seguramente el más utilizado actualmente es la TC. Uno de los antecedentes importantes de la Terapia Cognitiva fue la publicación del artículo de Beck, *Thinking and Depression*, seguido de su libro convertido en un clásico Terapia Cognitiva de la Depresión, en donde Beck desplegó la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas, modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Camacho, 2003).

La TC es definida por Beck como un proceso psicoeducativo, donde la comprensión de la naturaleza de la dificultad en un lenguaje claro y sencillo; el poder establecer objetivos a corto y mediano plazo con el paciente; así como también las tareas que debe realizar entre sesiones, son las herramientas que van a potenciar la motivación para el cambio y además generaran un mejor fortalecimiento de la alianza y el vínculo entre paciente y terapeuta. Es importante destacar que esta terapia pretende modificar las construcciones disfuncionales que hace un paciente sobre sus experiencias; pero no se trata solo de eso, ya que la diversidad y creatividad del trabajo terapéutico, suelen ser el centro de esta práctica. Las distintas estrategias de tratamiento pueden ser diseñadas de acuerdo a la singularidad de cada caso en su totalidad (Baringolz & Levy, 2015).

Si bien, previamente se expuso el procedimiento y metodología de la TC, para el tratamiento de TAS también se puede optar por utilizar las herramientas que propone dicha terapia, como el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en relajación, la exposición y además, también puede utilizarse la psicofarmacología.

3.4 Tratamiento de Ansiedad

El proceso terapéutico de la TC involucra un aprendizaje activo, donde el paciente aprende a desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento que le permiten superar sus problemas junto al trabajo colaborativo del psicólogo. Ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, mediada por el proceso de significación o valoración de aquella situación o estímulo, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno. Estos procesos de significación o evaluación se realizan en base a la estructura cognitiva de cada sujeto, estos se denominan esquemas y son la consecuencia tanto de predisposiciones genéticas como del conjunto de las experiencias vividas por cada persona. Este tipo de terapias se fundamentan en los patrones de pensamiento distorsionados que ejercen un efecto adverso sobre las emociones, vivencias, sensaciones y modos de funcionamiento en el afrontamiento de la vida cotidiana. Estas terapias requieren de un trabajo continuo del terapeuta y el paciente con el fin de los objetivos propuestos. El paciente deberá trabajar no solamente en las sesiones con el terapeuta, sino también fuera del consultorio, a partir de diferentes tareas propuestas por el profesional (Carrión & Bustamante, 2012).

Asimismo, Caballo (1997) explica que la TC de este trastorno se divide en cuatro procedimientos: estrategias de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y reestructuración cognitiva. Incluso detalla el desarrollo de un programa para el tratamiento cognitivo del TAS, en un formato grupal, con 6 a 8 personas con sesiones de una vez por semana con una duración de dos horas y media cada una. Este programa, se desarrolla a lo largo de 14 sesiones más las de seguimiento y apoyo, que son una vez al mes, durante seis meses; aunque no es estricto con la cantidad de sesiones ya que puede modificarse según la necesidad del grupo y las consideraciones del terapeuta.

Incluso Caballo y Salazar (2018) comprobaron que los sujetos con TAS también demuestran una autoestima muy baja. Por el contrario, quienes poseen una autoestima alta, no suelen ser diagnosticados con dicho trastorno. Por lo que han llegado a la conclusión en la que a medida que aumentan las habilidades sociales, hay menos indicadores de TAS.

Por otro lado Spence, Donovan y Brechman-Toussaunt (2000), explicaron el programa de TC, que está compuesto por 12 sesiones, realizadas una por semana, seguidas por otras dos sesiones de refuerzo, una al tercer mes y otra luego de los seis meses de finalización del tratamiento. Cada sesión tiene una hora de duración, seguido de media hora en la cual el individuo puede practicar sus habilidades sociales

aprendidas en la sesión de entrenamiento en un entorno social real y seguro. Dicho programa está compuesto por habilidades sociales y resolución de problemas combinados con exposición graduada y reestructuración cognitiva. Luego de haber finalizado la sesión se proporcionan tareas para la casa.

En cuanto a las herramientas dentro de la TC, en el entrenamiento en habilidades sociales, el paciente posee un déficit en las interacciones sociales, por lo que un entrenamiento podría ayudar a mejorar la ejecución vincular y a superar su trastorno, aunque no todas las personas con TAS padecen dicho déficit. Comprende el uso de instrucciones, modelado participativo, retroalimentación correctiva, aprendizaje de roles y prácticas en vivo asistidas por el terapeuta. Incluye ejercicios para conversar fluidamente, hablar y expresar los sentimientos, planificar y concretar citas, mejorar la apariencia y soltura físicas, sonreír, comunicar intereses y necesidades, establecer contactos e iniciar intimidad física. Este tratamiento debe ser diseñado según la necesidad de cada paciente, ya que cada uno puede presentar mayor necesidad de preparación para una habilidad social que para otra (Cía, 2004).

Por otro lado, el entrenamiento en relajación, consiste en instruir a los pacientes para controlar la respuesta fisiológica que se encuentra relacionada con la ansiedad. La exposición en vivo es muy utilizada y se trata de que el paciente pueda gradualmente afrontar las situaciones que provocan ansiedad, para así conseguir su superación (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Otra de las técnicas más utilizadas en la TC son las técnicas de exposición, que consisten en enfrentar gradualmente al paciente ante las situaciones temidas, para que de esa manera la sensibilidad que siente ante ellas, se vuelva menos impresionable. Este tipo de exposición puede ser efectuada tanto por un terapeuta, que acompaña al paciente a enfrentar esa situación que tanto temor genera o sino que le proporcione instrucciones a otra persona para que lo haga. A medida que esto va sucediendo, el paciente aprende varias maneras simples de reducir la ansiedad mientras la siente (Bulacio, 2004).

Según Bados López y García Grau (2011), hay seis tipos de exposición distintas. La primera, es la exposición en vivo, que consiste en la exposición programada a los estímulos que provocan temor en la vida cotidiana. La segunda de ellas, es la exposición imaginativa, en donde el fin es pensar la resolución de las situaciones que generan ansiedad. La siguiente es la exposición interoceptiva en la que el centro de la misma es poder afrontar las sensaciones corporales que padece el paciente. El cuarto tipo de exposición se realiza mediante ayudas audiovisuales, son actuales y suele utilizarse la

tecnología, aunque la escritura, los juegos y dibujos también forman parte de este tipo de exposición. Por último se encuentra el *role playing*, en otras palabras, la exposición simulada.

Caballo (1997), explica que el tratamiento de exposición a los estímulos que presentan temor, resultan ser los más eficaces, para poder enfrentar las conductas de evitación en los trastornos de ansiedad. Esta sistemática se emplea específicamente sobre las conductas declaradas por el paciente como de evitación. Rescata que hay que realizar una evaluación de los objetivos y tareas de manera cuidadosa, ya que las situaciones a las que será expuesto el paciente son las que le generan dificultades en la cotidianidad de la vida. Advierte que en las primeras sesiones debe existir la colaboración de al menos algún familiar como coterapeuta para hacer frente a las mismas; pero luego cuando ya ha sido instruido el paciente respecto de esta metodología, se puede optar por las autoexposiciones. La mejoría que se obtiene se puede percibir desde las primeras sesiones.

3.4.2 Tratamiento Integral

Según lo expresado por Caro (1997) el tratamiento combinado de TC, con todas las herramientas mencionadas previamente, y medicación es ligeramente mejor que la modalidad individual. Así mismo, Cía (2007) explica que la terapia de exposición es una manera de habituar al paciente al estímulo temido, para que éste, cada vez que se lo exponga, le genere menos ansiedad. Este último autor, expone además que el tratamiento psicofarmacológico ayuda a reducir la sintomatología de activación autónoma, como también para disminuir las conductas evitativas, inhibir las crisis de pánico de situación y más importante aún, tratar las condiciones comorbidas.

Además, Bulacio (2004) formula un Tratamiento Integral donde la psicoterapia individual y la psicofarmacología son parte de la misma, dándole especial importancia al recurso farmacológico, siendo imprescindible muchas veces y debe encuadrarse dentro de un enfoque integral y coherente. Este tipo de tratamiento se puede aplicar, según el autor, a todos los trastornos mentales especificados en el DSM – IV – TR. Detalla también tres condiciones con respecto a la farmacología, ya que en cada organismo, los efectos de un psicofármaco varían considerablemente. La primera condición es lograr un nivel de empatía adecuado, esencial en cualquier tipo de

tratamiento; la segunda condición, es conocer lo que el paciente cree acerca de los psicofármacos para así entenderlas; y por último brindar psicoeducación, acerca del trastorno, del tratamiento y del psicofármaco. Explica también que la técnica de exposición como parte de la psicoterapia individual consiste en exponer gradualmente al paciente a sus situaciones temidas hasta que se vuelva menos sensible a ellas. La exposición en la vida real puede ser efectuada por un terapeuta o sino otra persona a la cual le dé instrucciones a otra persona para que lo haga. Para esto, el Tratamiento Integral determina que la conducta está generada en forma trídica, o sea, por la conducta, la emoción y el pensamiento. Si se puede modificar cualquiera de esos conceptos, implicaría la modificación de los otros.

Entre las opciones existentes respecto a los tratamientos farmacológicos para TAS, están los antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y las benzodiacepinas. Estos últimos suprimen los síntomas periféricos de activación autónoma, como puede ser la taquicardia, la sudoración, la ruborización, entre otros; brindando así una mayor seguridad al paciente para afrontar las situaciones que generan ansiedad. Aunque es necesario tener recaudos respecto esta medicación ya que pueden generar cierta dependencia entre otros efectos secundarios. También los IMAO poseen ciertas limitaciones respecto a la dieta exigible para poder administrarlos y suelen tener varios efectos secundarios, como puede ser el aumento de peso, disfunción sexual o trastornos del sueño, entre otros. Pero por otro lado, los ISRS poseen escasos efectos secundarios y suelen ser la primera opción para el tratamiento del trastorno (Ontiveros Sánchez de la Barquera, 2008; Scott & Heimberg, 2000).

3.4.4 Eficacia de Tratamientos

Resulta importante mencionar que los estudios epidemiológicos indican que la fobia social constituye una problemática de salud pública grave que padece o ha padecido alguna vez en su vida el 9,5% de la población mundial (Olivares, Rosa & García-López, 2004). Así mismo, Posadas Escudero (2015), advierte que a pesar de que el TAS se encuentre en un gran porcentaje de la población a nivel mundial, es muy importante lograr una buena prevención de salud al respecto, para así brindar la psicoeducación adecuada y mayor prevención.

De todas maneras, en cuanto al tratamiento, se puede constatar que la exposición junto con la reestructuración cognitiva tienen una eficacia comprobada, en una investigación realizada en España (Antona et al., 2006). Dicha investigación se propuso comprobar la validez de dicha combinación de tratamientos en jóvenes adultos con el diagnóstico de TAS. Esta exploración se llevó a cabo con 85 individuos, con una edad media de 19,5 años. La conclusión del estudio fue que la combinación de tratamientos, así sean aplicados de manera separada o de forma conjunta demuestran que se obtiene una reducción en el miedo a la evaluación negativa, así como también la ansiedad y la evitación social.

En Estados Unidos, por ejemplo, el porcentaje estimado de prevalencia del TAS es del 7%. La prevalencia media en Europa es del 2,3 % y el porcentaje disminuye con la edad. La edad de inicio del trastorno suele ser entre los 8 y 15 años, se ha constatado en algunos estudios que los pacientes que padecen esta problemática han tenido una historia de inhibición social o mucha timidez. A pesar del malestar que provoca la sintomatología de este trastorno, en las sociedades occidentales la mitad de los sujetos no buscan tratamiento o lo suelen hacer después de los 15 o 20 años de experimentar los síntomas (APA, 2014).

Teniendo en cuenta lo antedicho, según una investigación llevada a cabo en España (Antona et al., 2006), para el tratamiento de TAS la exposición y la reestructuración cognitiva, así sean aplicados de manera conjunta o por separado, muestran eficacia en la reducción del miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social en jóvenes adultos con fobia social. La muestra se compuso por 85 sujetos diagnosticados con fobia social, de los cuales se les asignó aleatoriamente tres modalidades de intervención:

- A) Tratamiento mediante exposición y reestructuración cognitiva empleados de forma combinada (10 sesiones);
- B) Tratamiento mediante un bloque de exposición (cinco sesiones) seguido de un bloque de reestructuración cognitiva (cinco sesiones);
- C) Grupo control evaluado a los tres meses que posteriormente fue adscrito al tratamiento mediante el bloque de reestructuración y exposición por separado según se propone en el grupo B.

Si bien no se obtuvieron diferencias significativas entre los distintos grupos, los resultados demuestran que las modalidades de tratamiento fueron muy eficaces.

También, en una investigación similar llevada a cabo en Bogotá con el mismo tipo de muestra y modalidades de intervención (Antona & García-López, 2008), se llegó a la conclusión de la eficacia de dichos componentes, no solo en constructos específicos de la fobia social, sino también en la reducción de los síntomas psicopatológicos asociados a la misma, en la interrupción que las respuestas de ansiedad social generan en la vida de los pacientes y en el aumento de la autoestima y asertividad.

Así mismo, los resultados obtenidos por Moreno Gil, Méndez Carrillo y Sánchez Meca (2000) en España, indican que tanto el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición y las técnicas de reestructuración cognitiva han sido efectivos.

Por otro lado, un meta-análisis realizado con 35 estudios provenientes de Europa, de los cuales 28 eran grupos de tratamiento y siete de control, sobre el tratamiento farmacológico y psicológico de la fobia social, manifestó una gran efectividad de las intervenciones. En este estudio, se expresó que la técnica de exposición en vivo, así sea sola o en combinación con la reestructuración cognitiva, brindan los resultados más eficaces. Es por esto que suelen ser de primera opción como tratamiento (Sánchez, Rosa & Olivares, 2004).

Teniendo en cuenta lo expuesto, diversos estudios concluyen en que el tratamiento más efectivo para TAS es la TC, ya que el objetivo principal de dicho tratamiento es modificar los comportamientos humanos y las cogniciones distorsionadas. Dentro de ésta, las técnicas más utilizadas, y comprobadas por varios estudios son: exposición en vivo, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Además, otra manera de acompañar el TC es a través del tratamiento farmacológico, que varía entre las benzodiazepinas y los antidepresivos de tipo ISRS o IMAO.

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Descriptivo. Estudio de caso único.

4.2. Participantes

Se analizará a un paciente de 19 años, que actualmente vive solo en la Ciudad de Buenos Aires. Recientemente ha abandonado sus estudios superiores y se encuentra trabajando en el área de sistemas. Accedió a la Fundación por tener problemas para realizar las actividades cotidianas por presentar una severa ansiedad. Desde que se mudó de su ciudad natal en Venezuela, siente que no puede desarrollarse en los distintos campos, como por ejemplo en la facultad y enfrentar entrevistas de trabajo para mejorar su condición actual. Fue diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Social.

Los profesionales tratantes son su terapeuta, psicóloga, recibida de la UBA, realizó una especialización en terapia cognitiva y autora de un libro sobre Trastornos de Ansiedad; su psiquiatra, recibido como médico psiquiatra hace más de 15 años, empleado del Hospital Fernández; y la coordinadora de la Terapia Grupal de TAS, locutora, recuperada de TAS, con un curso realizado hace 6 años en la Institución que la habilita para realizar dicha coordinación.

4.3. Instrumentos

- Una entrevista semi-dirigida con el paciente para poder realizar el presente trabajo, para reconocer con sus propias palabras el motivo que lo aqueja, sus condiciones de vivienda actual y su actividad laboral ya que expresó en la entrevista inicial complicaciones con las mismas, expectativas del tratamiento y autoevaluación respecto de la terapia.
- Acceso a la historia clínica, donde se observarán las distintas técnicas tomadas por los profesionales, como el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición, evaluaciones y resultados.

- Observación participante en los últimos 15 minutos de las sesiones de terapia individual.
- Observación participante con el paciente en distintas tareas de exposición individual.
- Observación participante del paciente en Terapias Grupales para TAS.
- Entrevistas semi-dirigidas con los profesionales tratantes, su psicóloga individual para poder detallar tratamiento, objetivos establecidos y progresos, su psiquiatra, que ayudó a obtener información respecto a la entrevista inicial y tratamiento establecido; y la coordinadora de la Terapia Grupal para obtener detalles respecto a los avances observados.

4.4. Procedimientos

Se realizó una entrevista de 30 minutos con la terapeuta que estuvo llevando a cabo el tratamiento Cognitivo, así como también con el Psiquiatra y la coordinadora de la Terapia grupal de TAS.

También se hicieron exposiciones individuales de una vez por semana según la indicación de su terapeuta de al menos dos horas cada una.

En el trabajo grupal se observó el comportamiento del paciente con otras personas y su exposición personal al tener que hablar con el grupo que se realiza una vez por semana con una duración de 2 horas cada por al menos tres meses.

De las exposiciones individuales se realizaron informes de lo observado para su psicoterapeuta y psiquiatras tratantes.

5. Desarrollo

5.1 Descripción y presentación del Caso

El paciente es de género masculino, con 19 años de edad al concurrir a la fundación, al que se llamará L. Es de nacionalidad Venezolana y hace un año que vive en Capital Federal, Argentina. Se encuentra trabajando en el área de sistemas para una empresa y actualmente ha abandonado sus estudios Universitarios.

L, llamó a la fundación porque vio por las redes sociales respecto de los Trastornos de Ansiedad y se había sentido identificado con lo que leía al respecto, ya que en distintos momentos donde había mucha gente, le costaba poder hablar, o incluso moverse desde la posición inicial.

Al llegar a Capital Federal, lo había recibido su hermana que ya le había conseguido un lugar para vivir; se trata de una pensión donde convive con al menos otras 10 personas, con solo dos baños para todos. Esto lo ha mencionado porque ha sido un detonante para hacer la consulta en la Fundación.

Inició la carrera de Analista de Sistemas en la Universidad de Buenos Aires, pero explica que le costó mucho poder cursar, estudiar y rendir. Pero recuerda que antes no había tenido esos problemas, ya que en la escuela secundaria finalizó como abanderado con el mejor promedio y formaba parte de foros de discusión.

Con respecto a los vínculos, L, informó que no posee amigos en Argentina y por los problemas de comunicación con Venezuela, no tiene contacto con sus amistades del secundario. También indicó que en su trabajo solo saluda con cierta distancia y no participa del horario de almuerzo así como tampoco de reuniones o salidas que se organizan. Al consultar respecto de la vivienda, explicó que se aprendió horarios donde no suele haber mucha gente y normalmente come en su cuarto encerrado. L confiesa que le interesaría acercarse pero le genera mucha ansiedad y no logra formular conversaciones de ningún tipo y bajo ningún contexto.

Su situación laboral, según él, no es mala, pero le gustaría poder mejorar el puesto en el que se encuentra o en todo caso, buscar algo mejor, ya que el dinero apenas le alcanza para vivir. Cuando se le consultó respecto a por que no busca otro trabajo o consulta con su superior para cambiar de puesto, explicó que no puede hablar con su superior sin sentir nerviosismo y mucho menos afrontar una entrevista laboral.

Con respecto a la vivienda, a pesar de tener que convivir con más personas, no le molesta porque de a poco ha ido conociéndolos y al tener su propio cuarto, se siente resguardado y no tendría necesidad de sociabilizar o entablar cualquier tipo de conversación.

En su primera sesión comentó que en Argentina solo esta su hermana mayor, que se encuentra en pareja hace 5 años y no suele verla con periodicidad. Decidió mudarse de Venezuela debido a la complicada situación en la que se encuentran, por lo que para poder estudiar, tuvo que irse de su ciudad natal.

5.2 Descripción de sintomatología inicial

Para realizar la descripción de la sintomatología inicial de L, se va a tener en cuenta lo expuesto anteriormente por Cano-Vindel y Miguel Tobal (2001), quienes diferenciaron los tres niveles: fisiológico, motor y cognitivo.

Al ingresar a la fundación, L en su primer entrevista con la psicóloga, refirió haberse sentido identificado con descripciones de la sintomatología de ansiedad que habían publicado por las redes sociales. En relación al nivel cognitivo, comentó que suele sentir nervios cuando hay mucha gente, que no puede hablar en público y mucho más complicado hablar con un desconocido, tal como mencionó Bulacio (2004) al describir las personas que sienten un miedo intenso a sentirse humillado en situaciones sociales. Según explicó L, lo peor fue dos semanas antes de acercarse a la Fundación; él se encontraba en su cuarto de la pensión y tuvo la necesidad de ir al baño, que es compartido por todos los habitantes de la misma. Había gente reunida en los alrededores y cercanía del baño y por vergüenza a lo que puedan llegar a escuchar o sentir los convivientes, se quedó en su cuarto por cuatro horas. Luego de eso, él informa que fue demasiado estrés y le pareció que había algo malo en él.

Además, le cuesta compartir un espacio con sus compañeros de trabajo, ya que al ser un trabajo donde se encuentra apartado en un box individual, no suele tener un contacto constante ni conversaciones con sus compañeros. En los momentos de almuerzo, suele salir en un horario distinto, con el fin de evitar contacto y conversaciones. L explica su comportamiento diciendo que no sabe de qué hablar, pensando así que toda conversación sería aburrida y pensarían mal de él; las conversaciones le generan ansiedad en gran medida, por lo que suele preocuparse y

anticiparse a los síntomas que puede llegar a tener. Esto fue mencionado previamente como la sensación que suelen enfrentar los pacientes ante una idea de que algo malo puede ocurrir (Obst Camerini, 2004).

En la facultad no logró establecer ningún tipo de vínculo y las veces que ha entablado alguna conversación el refiere haberse sentido atacado y que le cuesta defenderse de dichos ataques. Al consultarle al respecto de esos ataques, no pudo definirlos así como tampoco recordarlos específicamente, pero a lo largo del primer encuentro terapéutico, la psicóloga individual mencionó que L sentía por parte de estos compañeros cierto nivel de crítica hacia sus conocimientos, de la misma manera que se sentía al tener que ser evaluado por los docentes de la carrera. Por lo tanto, la reacción de L ante dichas situación es de huida (Carrión & Bustamante, 2012).

Con respecto al nivel fisiológico, mencionó que lo más común en su comportamiento es ruborizarse ante situaciones que le dan miedo. Como se mencionó previamente, le generan mucha ansiedad las situaciones sociales donde debe exponerse y hablar; en estos casos, L, experimenta una sensación en la cual no puede expresar palabras, además de una sudoración en las manos y taquicardia, sintomatología característica descrita por Cía (2007).

Al consultar respecto de los síntomas fisiológicos y como los resuelve, L indicó que enciende un cigarrillo, a fin de usarlo como excusa para no tener que hablar y si se encuentra en un lugar donde no está permitido el cigarrillo comienza a toser de una manera constante o reírse histriónicamente. Entonces, esta risa explicada por L, funciona a modo de tic, al igual que la tos, que no posee un fundamento biológico según lo expresado por su médico clínico. También informó que cuando está obligado a realizar alguna tarea poco agradable para él, como hablar frente a otros, como suele suceder en el trabajo, padece de temblores en las manos, que oculta al guardarlas en los bolsillos. Es así como ha descrito su padecimiento, apareciendo estas sintomatologías con frecuencia en distintos ámbitos de su vida (Gasull Molinera, 2012).

Según lo expresado por L y teniendo en cuenta el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), de los 10 criterios descritos anteriormente, se puede concluir en que padece lo siguiente:

1. Miedo a mantener una conversación y actuar delante de otras personas.
2. Miedo de mostrar síntomas de ansiedad que lo avergüencen o rechacen.
3. Las situaciones sociales en su mayoría le provocan ansiedad.
4. Evita las situaciones sociales.

5. La ansiedad es desproporcionada, ya que tiene pensamientos catastróficos.

6. Padece ansiedad de esta índole desde que llegó a la Argentina hace más de un año.

7. Se evidencia un deterioro en todos los ámbitos de su vida, ya que no tiene amistades cercanas y su desempeño ha sido afectado por este motivo.

8. No consume ningún medicamento así como tampoco drogas ilícitas.

En la cotidianeidad, L admite que le cuesta cualquier tipo de actividad donde haya gente, e incluso cualquier tipo de actividad que le requiera salir de su habitación. Este conlleva una gran incapacidad en todos sus ámbitos, ya que muchas veces a faltado a su trabajo por tener que hacer algún informe, así como también ha dejado la facultad cuando empezaron los exámenes (Gómez & Marzucco, 2009). Estos pensamientos y cogniciones influyen en la aparición y el sustento de la respuesta de ansiedad. Teniendo en cuenta que la capacidad real del paciente no es la que influye en su forma de actuar, sino que la percepción que tiene de las situaciones sociales es lo que influye en su conducta y hace que actúe de esa manera, evitando las situaciones y encerrándose en su cuarto.

Con respecto a las evaluaciones y al diagnóstico arribado por la institución, se tomaron el BDI-II, BAI, SAS y MMPI-2. La primera de ellas es el BDI-II, donde L obtuvo un puntaje de 13 puntos de un total de 84. Este puntaje se encuentra dentro de un resultado de mínima depresión. Este test, es útil para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, para así poder distinguirlo de TAS.

El siguiente fue el BAI, que es una escala que mide el grado de ansiedad, diseñada para medir los síntomas de ansiedad menos compartidos con la depresión. En este caso, L, alcanzó un puntaje de 56, sobre un total de 63 puntos; brindando así una calificación de ansiedad grave. También se utilizó el SAS, donde el objetivo es valorar el rango de interacción social y desempeño en situaciones sociales. L, llegó a un puntaje de 63 sobre un máximo de 96, obteniéndose un resultado interpretable como ansiedad social significativa (Wagner et al., 2014).

Por último, y con una complejidad mayor para su interpretación, el MMPI-2 (Casullo, 1999) alcanzó puntajes muy elevados en dos escalas, de donde se obtuvo el siguiente informe:

- Depresión, donde las personas con este tipo de respuestas usualmente aparecen como moderadamente depresivas, preocupadas y pesimistas. Manifiestan

algún grado de insatisfacción consigo mismas o con el mundo. Pueden ser vistas como inhibidas, irritables, tímidas, malhumoradas, desalentadas, apenadas, infelices, introvertidas y moralistas; también como responsables y modestas. Este estado de ánimo puede reflejar una respuesta aguda a un conflicto o crisis actual en sus vidas.

- **Introversión Social**, que refleja a personas que suelen ser vistas como algo tímidas, modestas, serias, cautas, controladas y reservadas en ciertas situaciones sociales; siendo ello particularmente probable cuando se encuentran con o entre extraños. Algunas pueden presentar cierta facilidad para rendirse o abandonar.

Para finalizar respecto a la sintomatología inicial de L, es importante destacar que luego de todas las evaluaciones tomadas y habiendo finalizado las primeras dos entrevistas (Riso, 2009), su terapeuta ha concluido, en el informe obtenido a través de la historia clínica, en que sus respuestas reflejan a una persona egocéntrica, preocupada por su apariencia física, que se ve a si misma como extremadamente sensible y fácilmente herida, defensiva, ansiosa, socialmente reticente, que carece de confianza en si misma, preocupada por cuestiones sexuales, expresando resentimiento y hostilidad hacia su familia, que caracteriza a otras personas como insensibles, irracionales y deshonestas; y cuyas relaciones personales, sin embargo, están caracterizadas por la auto indulgencia, la presunción o vanidad, la arrogancia y por una insistencia a tener su propia manera de hacer las cosas. Así mismo, no refiere ideación suicida, internaciones psiquiátricas, consumo de estupefacientes, así como tampoco la presencia de alucinaciones ni ideas persecutorias.

5.3 Descripción del tratamiento realizado por la institución

En la Fundación, en las dos entrevistas de ingreso como se detalló previamente, se realizaron las evaluaciones y además se solicitaron estudios bioquímicos. Además se logró determinar los distintos neurotransmisores involucrados en cada uno de los trastornos de ansiedad, así como estudiar las áreas cerebrales afectadas obtenido a través de un mapeo cerebral realizado. Luego de las primeras dos entrevistas, una con la psicoterapeuta y otra con el psiquiatra, donde se obtuvieron todos los resultados surge el diagnóstico de TAS.

Por lo expuesto, se determinó un tratamiento compuesto por una entrevista semanal con el psicoterapeuta. También se estableció una entrevista cada 15 días con el

psiquiatra designado, así como también una exposición semanal con el grupo de ayuda y al menos una exposición semanal, individual con el tesista.

Según lo establecido por la Fundación, entonces, se programaron 12 sesiones con la psicoterapeuta designada, seis sesiones con el psiquiatra, todos los sábados con el grupo de ayuda y al menos 12 exposiciones individuales. En caso de ser necesario, se informó a L que se puede extender el plazo establecido así como también la necesidad de encuentros por semana según avance el tratamiento, tal como explicaron Spence et al. (2000) al desarrollar el programa de la TC.

Se determinaron los objetivos principales para cada uno de los tratamientos para así coordinar sobre la reducción de las preocupaciones excesivas y difíciles de controlar, como así también ayudar al paciente a tolerar y adaptarse mejor a lo imprevisto, de la misma manera que ha determinado Beck (2000).

A continuación se procederá a describir cada una de las intervenciones efectuadas por el tratamiento integral establecido en la Fundación, puntualizando en las herramientas, procedimientos y metodologías elegidas para lograr la máxima efectividad posible según lo establecido en investigaciones mencionadas previamente (Antona et al., 2006).

5.3.1 Intervenciones realizadas por la psicoterapeuta

En la sesión psicoterapéutica, L le expresó al tesista y su terapeuta que en el trabajo, los vínculos establecidos son solo profesionales; le cuesta expresarse, diciendo que no le salen las palabras; suele tener la mente en blanco, mucho nerviosismo y tartamudeo. Al consultar respecto de la atribución, indica que lo considera como irracional, ya que no lo asocia a ningún evento particular.

Con respecto a los objetivos establecidos en la primer sesión, el primero de ellos es perder el nerviosismo, siguiendo con el no poder expresarse y poder hablar en inglés.

L, expresó que en la infancia y adolescencia le gustaba exponer y participar de debates; el inconveniente surgió cuando se mudó a la Argentina y comenzó la Universidad. Describió cuando fue la primera vez que sufrió un malestar social, diciendo que fue de un día para otro; estaba realizando una exposición en la Universidad y cuando se encontraba frente a la gente en el aula, no pudo arrancar. A partir de ese momento es que no volvió a asistir.

Cuando la terapeuta le consulta respecto de su familia, L explicó que sus padres están separados desde que él tiene un año de edad. Su madre actualmente jubilada, fue profesora universitaria, posee un buen vínculo y la describe como extrovertida, paciente, sociable, afectuosa y activa. Con respecto al padre, informó que no tiene ningún tipo de vínculo actualmente, cree que sigue siendo abogado y al tratar de describirlo solo dijo que lo recuerda conflictivo y agresivo. L, agregó al final que su madre esta en pareja hace mas de 15 años con un señor mayor que ella y lo describe como una buena persona. Con el, posee un buen vínculo, pero no lo considera como padre.

Con respecto al resto de sus familiares, no tiene a sus abuelos vivos y no posee un recuerdo muy vívido respecto de ellos; aunque si sabe que su abuela tenia Parkinson. Además, se encuentra su hermana viviendo en Buenos Aires, pero con la que no posee un gran vínculo, ya que según él describe, ella esta con su pareja y proyectos personales.

También se le consultó respecto a una pareja, e informó que nunca tuvo ningún tipo de contacto con una mujer; y con respecto a las amistades, sus amigos de Venezuela ya no están con tanto contacto debido a los problemas de su país y en Argentina le ha costado mucho establecer vínculos amistosos.

Al finalizar esta primer sesión, la terapeuta al haber recibido toda la información previamente detallada, le dio tareas para hacer en el transcurso de la semana como también ha detallado Beck (2000), que se puntualizan a continuación:

- Profundizar la lista de objetivos.
- Pensar los problemas o situaciones que enfrente esta semana y los anote.
- Al sentir un cambio de estado de ánimo, anotar los pensamientos y preguntarse que esta pasando por la mente en ese momento.

Al comenzar la siguiente sesión, se le consulta respecto de su semana y si realizo las tareas indicadas. L indicó que hizo la tarea y trajo por escrito varias situaciones vividas. Con respecto a la lista de objetivos, escribió que desea poder manejar las situaciones problemáticas, así como también las respuestas fisiológicas automáticas; poder establecer conversaciones espontáneas con cualquier persona y por ultimo, lograr hablar con una persona del sexo opuesto. Esto es lo que se ha detallado anteriormente como estrategia de tratamiento para poder modificar las construcciones que actualmente se encuentran interfiriendo las experiencias que vive el paciente (Baringolz & Levy, 2015).

Se le consultó respecto de la sesión con el psiquiatra, el grupo de ayuda y la exposición con el tesista; a lo que respondió que sintió mucha ansiedad en las sesiones y

mas que nada en las exposiciones. De todas maneras expresó felicidad de enfrentar sus mayores temores.

Siguiendo con las tareas indicadas la semana anterior, L, pudo anotar dos pensamientos automáticos. El primero de ellos fue en la pensión donde vive, debido a que estaba encerrado en su habitación y escuchaba que había una reunión en el living. Al querer salir, pensó que no podría llevar adelante la situación pensando que no estaba apto y no tendría qué hablar. La segunda situación fue en el trabajo. Como se encuentra en una mejor opción laboral, quiso hablar con su jefe al respecto pero se atemorizó y comenzó a transpirar, pensando que lo van a echar por sugerir un aumento o mejora con respecto a su posición. Estos pensamientos automáticos, aunque no sean funcionales para lograr un desarrollo social, otorgan una organización para dar sentido a las experiencias y pueden haber sido desarrollados en cualquier momento de la vida de una persona teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente por Rodríguez Biglieri y Vetere (2011).

Antes de finalizar la sesión, con la aprobación de L, llamaron al tesista para ser parte del cierre de la misma, para así establecer nuevas estrategias en la exposición individual y objetivos a cumplir. A partir de esta segunda sesión, esta operatoria se repitió constantemente, estableciendo así una dinámica particularmente positiva para el paciente, ya que le otorgó mayor confianza a la relación entre el paciente y el tesista, pudiendo exponer en conversaciones mas relajadas, las situaciones problemáticas para L y sugerencias por parte del tesista.

A lo largo de las 12 sesiones el compromiso establecido por el paciente fue en aumento, ya que se fueron estableciendo nuevas tareas y el paciente siempre ha cumplido con ellas, obteniendo a lo largo de las mismas nuevas técnicas.

Por ejemplo, los pensamientos automáticos fueron identificados con mayor facilidad tal como lo describe Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) en donde detallan que dichos pensamientos permiten una percepción estable de uno mismo, así como también del mundo que lo rodea. Estos pensamientos son modificables mientras puedan ser identificados y se pueda trabajar sobre ellos. Así como también Beck (2000) en la explicación de sus principios informa que la educación por parte del terapeuta ayuda al paciente a prevenir recaídas y convertirse en su propio terapeuta. Ya que puede identificar los problemas y con las técnicas brindadas puede cambiar dichos pensamientos, su estado de animo y su propia conducta.

La terapeuta realizó entrenamiento en habilidades sociales, que comprende el uso de instrucciones, modelado participativo, retroalimentación correctiva y aprendizaje de roles. Realizó ejercicios para conversar fluidamente, L habló y expresó sentimientos cada vez más profundos (Cía, 2004).

También trabajó sobre la autoestima baja que tenía el paciente gracias a las habilidades sociales brindadas, generando así, cada vez mayor confianza en si mismo y logrando de esta manera una mejor autoestima, dejando cada vez mas lejos su TAS (Caballo & Salazar, 2018).

Al finalizar la doceava sesión, L se encontraba con las herramientas necesarias para poder reconocer los pensamientos automáticos que influyen en su comportamiento, provocando así, una modificación en los mismos y mejorar su estilo de vida. Se estableció que en los próximos tres meses se hará una consulta terapéutica al mes de control; y luego en caso de ser necesario, al menos una sesión cada seis meses.

5.3.2 Intervenciones realizadas por el psiquiatra

Luego de la primer sesión con la terapeuta, L tuvo la primer sesión con el psiquiatra designado. El doctor determinó que no había antecedentes psiquiátricos, así como tampoco ideas o conductas suicidas. No detectó impulsividad alguna en el paciente.

Al realizar la entrevista semi-dirigida, el psiquiatra consultó respecto de la ideología presente con respecto a la medicación psiquiátrica. L refirió no saber mucho al respecto y que si es necesario para el tratamiento, no tiene objeción alguna. A medida que transcurría la misma, L indicó que suele tener problemas para conciliar el sueño, además de toda la sintomatología desarrollada anteriormente en el presente trabajo. Según lo descripto también por Bulacio (2004), luego de haber logrado empatía, conocer el pensamiento que posee respecto a los psicofármacos y brindar la psicoeducación necesaria, es posible seguir adelante con la medicación.

Tal como se encuentra descripto previamente, el psiquiatra le indicó media pastilla de 20mg de Paroxetina por las mañanas, junto con el desayuno. Esta medicación responde al grupo de los ISRS, que según estudios recientes, es de los medicamentos que menos efectos secundarios provoca (Ontiveros Sánchez de la Barquera, 2008; Scott & Heimberg, 2000).

Según lo informado por el psiquiatra, la función básica de la medicación es la de compensar y equilibrar los trastornos metabólicos, para así lograr la normalización de los neurotransmisores involucrados en la ansiedad, controlando de esta manera la aparición, frecuencia e intensidad de las crisis. Como postulan Carrión y Bustamante (2009), todo paciente, al principio del tratamiento necesita estabilidad para poder mejorar su sintomatología incapacitante. De esta manera se utiliza la medicación como apoyo en la terapia y tratamientos elegidos.

En la siguiente sesión, pasados los 15 días, L le informó que no ha sentido grandes cambios, siguiendo el malestar al querer conciliar el sueño y con los mismos síntomas que al principio. Por lo tanto, el psiquiatra le indica una pastilla entera de 20mg de Paroxetina con el desayuno. Gracias a la acción tomada por el psiquiatra, en la tercer sesión, L indica que duerme sin inconvenientes y no siente la misma intensidad en sus síntomas típicos, como la sudoración y ruborización. Por tal motivo, mantiene la medicación de la misma manera sin realizar ningún tipo de cambio.

Al observar la mejoría del paciente, su psiquiatra en la quinta sesión, decide bajar la medicación a media pastilla de Paroxetina, para así de esta manera, al finalizar el tratamiento, no sienta necesaria la medicación. En la última sesión, el psiquiatra le indicó que no es necesario continuar con la medicación, pero que de todas maneras debe tener una consulta dentro de 30 días, para así evitar recaídas y ver su evolución.

5.3.3 Intervenciones realizadas por la coordinadora del grupo de ayuda

Durante los meses de tratamiento, L fue todos los sábados indicados por la terapeuta al grupo de ayuda, donde se aplicaron las técnicas de exposición. Estas técnicas consisten en que el paciente se enfrente de manera gradual a las situaciones temidas, de manera tal que el paciente sienta gradualmente menos sensibilidad (Bulacio, 2004).

Estos grupos se encuentran formados por varios pacientes con distintos tipos de Trastornos de Ansiedad, de ambos sexos y una edad entre 18 y 55 años. También cuentan con la presencia de una coordinadora, que planea las exposiciones según indicaciones de las distintas terapeutas de cada paciente, los psiquiatras y el tesista. Esos encuentros consistieron en:

- 1) Combinación de transportes públicos para ir desde el punto de encuentro al Shopping Abasto. Luego un recorrido durante 90 minutos, entrando en al menos dos locales de indumentaria femenina para consultar precios y talles.
- 2) Viaje en colectivo solo hacia la embajada francesa. Espera en fila para el ingreso a la misma que duró 120 minutos. En la espera, se le pidió que hable con personas que esperaban también para ingresar al mismo.
- 3) Viaje en tren hacia la ciudad de La Plata, donde se le pidió que consulte direcciones a distintos desconocidos. Al momento de desayunar, se le solicitó que el hable con la moza y haga el pedido de toda la mesa.
- 4) Viaje en combinación de dos colectivos hacia Tigre. En esta visita se recorrió el Puerto de Frutos, una peatonal abierta, con mucha gente y muchos negocios de artesanías; donde el paciente tuvo que entrar y consultar en al menos cinco negocios distintos.
- 5) Asistencia a una clase de tango. Donde tuvo que aprender a bailar con alguna mujer desconocida.
- 6) Asistencia a una conferencia de Ansiedad, brindada por el director de la Fundación, en un Centro Comunitario, donde se le indicó que tenía que realizar al menos una pregunta al director.

Cabe destacar que el grupo de pacientes suele apoyarse el uno en el otro y así brindando un gran apoyo para hacer las tareas propuestas por la coordinadora. Esta última, es una paciente recuperada, que ha realizado el taller de Acompañante Terapéutico a fin de poder coordinar las mismas.

Este tipo de exposición hacia los estímulos que presentan temor, suele ser de los más eficaces, para poder hacer frente a las conductas que suelen ser de evitación como explicó Caballo (1997). Dichas exposiciones, en formato grupal, deben contar con al menos seis personas, y, como también concuerda Cía (2004) las prácticas en vivo deben ser asistidas por un terapeuta y ser diseñadas según las necesidades de cada paciente.

Esas tareas previamente descriptas, son planeadas en grupo junto con todos los profesionales de la Fundación y la presencia del tesista, en donde según el caso, se iban planeando las actividades para cada uno, dentro de la salida grupal.

5.3.4 Intervenciones en las exposiciones realizadas de manera individual

A diferencia de las exposiciones grupales programadas en los días sábados, las exposiciones de manera individual se llevaban a cabo luego de cada sesión semanal con la terapeuta designada. Usualmente 15 minutos antes de la finalización de la sesión, tanto la terapeuta como el paciente llamaban al tesista para hablar respecto de las conclusiones de la sesión para así establecer los objetivos de la exposición individual.

Todas las semanas se realizaban distintas actividades programadas entre los tres integrantes mencionados haciendo hincapié en el afrontamiento de lo que produce ansiedad o miedo es el mejor recurso en el tratamiento (Gómez & Marzucco, 2009).

Para poder establecer los objetivos y lograr el mejor resultado posible en las tareas en vivo, hay que contemplar los siguientes pasos detallados por Carrión y Bustamante (2012):

- Selección de la situación a enfrentar de una lista previamente confeccionada entre el paciente y la terapeuta.
- Se presenta al paciente un estímulo aversivo que le produzca ansiedad; como se encuentra un acompañante, el mismo se debe ir retirando paulatinamente hasta que pueda realizar la actividad el paciente solo.
- Luego se deben evaluar los grados de ansiedad que le generan las actividades, y si la situación es habitualmente evitado.

Dado por la cercanía de edad entre el tesista y el paciente, la terapeuta sugirió en la primer exposición, el primer tipo explicado por Bados López y García Grau (2011), que se realiza con una programación a los estímulos que mayor temor le generen al paciente. Por lo tanto, ambos se dirigieron a un bar cercano a la Fundación, y simplemente generar conversación sin pedir bebidas. Durante la conversación entre ambos, el paciente tuvo que acercarse a alguna chica para hacer una pregunta simple. En este caso, y al ser la primera vez, se observó que estaba muy ansioso, le transpiraban las manos y se encontraba ruborizado. Al consultarle como se sentía, informó que no sabía que preguntar, qué decir o cómo continuar una conversación.

Por casualidad, una chica joven se acercó a la mesa para solicitar indicaciones respecto al subte. El tesista mantuvo el silencio para que el paciente pueda responder. Al pasar el tiempo sin que conteste, el tesista le respondió y mantuvo una breve conversación con la joven. Cuando ésta se retiró, se habló con el paciente, demostrándole cómo de una simple conversación se podía obtener cierta simpatía y no existía ningún riesgo. Luego, ambos participantes se retiraron del bar, llegando a

distintas conclusiones entre ambos, para así obtener ciertas herramientas al respecto; como por ejemplo, poder iniciar una conversación desde algo cotidiano o común, mantener una conversación a través de la información que provee la otra persona, prestando atención, y en todo caso, al finalizar, puede sugerirse una invitación a realizar alguna actividad entre ambos.

En la segunda salida, ambos se dirigieron a un shopping cercano, con el objetivo de que el paciente ingrese a un local de indumentaria íntima femenina y otro de maquillaje. El paciente se sentía muy incómodo al respecto, porque no sabía que preguntar o qué decir. Por lo que antes de ingresar a los locales, el tesista le brindó distintas opciones al respecto, sobre talles, colores, lo que más suelen comprar las mujeres y demás.

L, expresó en varias ocasiones que se sentía muy incómodo antes y durante la exposición. Informó que sentía la misma sintomatología que describió antes. Pero al salir de ambos locales, dijo que se dio cuenta que sus pensamientos eran mucho más catastróficos que la realidad.

A medida que iban transcurriendo las salidas, L pudo informar al tesista que se sentía más cómodo y cada vez con menos sintomatología. Incluso hacia el final descargó una aplicación para conocer mujeres. De esta manera podía manejar las conversaciones previamente a conocerlas en persona. Es así como describió Caballo (1997) que sucede ante el tratamiento de exposición a los estímulos temidos, brindando eficacia en el enfrentamiento de las conductas que generan evitación.

5.4 Análisis de los cambios sintomatológicos del paciente

Como se ha mencionado previamente, el paciente ha padecido sintomatología fisiológica, cognitiva y motora, tomando mayor protagonismo en su vida, los problemas que le ocasionaban la sudoración y ruborización. A medida que transcurrían las sesiones se veía un gran avance respecto del autoestima del paciente, ya que él mismo expresaba que se animaba a iniciar conversaciones, mantenerlas y así conocer gente de distintos ámbitos. Entendiendo que es posible afrontar todas las situaciones que le generaran ansiedad o temor.

A través de la terapia asignada los síntomas anteriormente mencionados se han apaciguado y en ciertos casos han desaparecido, como lo fueron la sudoración en sus

manos, la necesidad de encender un cigarrillo ante situaciones estresantes y el temblor en las manos. Éstos eran los que mayores inconvenientes y vergüenza le hacían sentir al sentirse expuesto. Por lo tanto, la TC, se ha centrado en la problemática específica y presente del paciente con la intención de poder resolver los problemas, modificar los pensamientos automáticos negativos y las conductas disfuncionales que ya se han mencionado (Camacho, 2003).

Es importante destacar que L ha sido muy riguroso con las tareas proporcionadas por su terapeuta. Cada sesión, traía un registro de los pensamientos automáticos negativos que le provocaban mayor ansiedad, y en el peor de los casos, la necesidad de huir de ellos. A medida que avanzaban las sesiones, como indica Beck (2000), la terapeuta le pedía que someta ese pensamiento automático a una autoevaluación. A continuación se transcribirán dos ejemplos del auto-registro:

1) Situación: Al ingresar a una clase de baile con compañeros de la Fundación.

Emoción principal sentida por el paciente: Miedo.

Pensamiento Automático Negativo: si me llego a caer al levantarme, se van a reír de mí.

Conclusión: Decidió no ir (sesión 2).

2) Situación: Es invitado a salir a un bar con sus compañeros de la pensión.

Emoción principal sentida por el paciente: Tristeza.

Pensamiento Automático Negativo: si voy, seguro me quedo solo porque nadie querrá estar conmigo, soy aburrido.

Conclusión: Por algo me invitaron, voy a ver que pasa (sesión 9).

Luego de recibir nueve sesiones, L se animó a presentarse en una entrevista laboral, donde mejoraría varios aspectos importantes para él. Si bien paso por momentos de ansiedad, informó que pudo afrontar las entrevistas. Siendo estas, dos: la primera fue una entrevista grupal, donde le hicieron presentarse delante de todos los postulantes y selectores, hacer actividades en grupo y realizar una presentación creada por el en ese mismo momento. La segunda, fue una entrevista personal, con el individuo que sería su jefe. En esa última entrevista estuvo aproximadamente 45 minutos hablando de sí mismo, de sus capacidades y por que deseaba cambiar de trabajo.

Afortunadamente para él, lo confirmaron, y antes de finalizar el tratamiento ya había comenzado el nuevo trabajo. A diferencia del anterior, aquí se encontraba compartiendo el espacio constantemente y el horario de descanso era estricto, por lo que debía compartir con compañeros ese espacio también. Comentó que se sentía muy cómodo, sus compañeros eran muy amables con él, le explicaron los procedimientos normales y solían hablar durante la jornada. Esto es destacable, ya que anteriormente, no podía compartir con sus compañeros de trabajo por no saber qué hablar.

Por otro lado, decidió volver a la facultad para estudiar a comienzos del año siguiente; pero para no perder el tiempo, se inscribió en unos cursos que dicta la misma institución, a fin de obtener conocimientos y relacionarse con algunos compañeros. Si bien no estableció algún lazo de amistad perdurable, según él, no tuvo inconvenientes para entablar conversaciones con desconocidos, recordando alguna de las herramientas brindadas durante la terapia.

Con respecto a las relaciones con el sexo opuesto, pudo tener citas con el fin de conocer mujeres y de ser posible generar algún tipo de relación amorosa. Si bien no ha podido mantener una relación estable, estaba muy conforme respecto de la posibilidad de salir a distintos lugares y mantener conversaciones graciosas e interesantes.

También hizo uso de una aplicación para celular con el fin de poder realizar acercamientos con chicas que sean de su interés. De esta manera se sentía más cómodo en la primer cita, ya que podía saber cuáles eran los intereses que compartían y de esa manera establecer una conversación agradable y no forzada, como él solía sentir antes del tratamiento.

En su gran mayoría, L ha podido hacer frente a sus temores, eliminando los pensamientos automáticos negativos que le hacían pensar que no era apto, que se reírían de él, así como también que no era lo suficientemente inteligente y agradable para los otros. Como se explicó previamente en las investigaciones realizadas tanto en España y Colombia, donde se observó que la combinación de las herramientas de exposición y reestructuración cognitiva generan una notable reducción en el miedo a la evaluación negativa, ansiedad, evitación social y un aumento en la autoestima y asertividad (Antona et al., 2006; Antona & García-López, 2008).

L expresó que tiene gran confianza al finalizar la terapia establecida de 12 sesiones. Sabía de que manera responder ante situaciones previamente aberrantes para él. Si bien estar frente a una gran cantidad de gente le seguía generando ansiedad, ésta

no le provocaba escapar de la misma, así como tampoco le generaba taquicardia, temblor, ruborización o sudoración en las manos.

El paciente agradecido con la Fundación se ofreció a ser parte de las exposiciones grupales para ayudar a pacientes que estén pasando por lo que el sufrió.

6. Conclusión

En el presente trabajo se realizó la descripción del tratamiento elegido en una institución especializada en los distintos Trastornos de Ansiedad ubicado en Capital Federal, Argentina. La descripción se llevo a cabo a través de un caso único, de un paciente con 19 años de edad, diagnosticado con TAS.

En tratamiento seleccionado para dicho trastorno ha demostrado ser altamente efectivo en este caso. La TC con sus múltiples herramientas brindan lo necesario para poder afrontar las situaciones temidas y así no padecer cada vez que se encuentre el desafío. Se ha observado un cese del 100% respecto a la huida de dichas situaciones en el paciente descripto. También se pudo observar un cambio rotundo en relación a las capacidades de socializar, de controlar los síntomas y eliminar los pensamientos automáticos negativos que padecía L (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Con respecto al primer objetivo propuesto, gracias a la bibliografía consultada, el acceso a la historia clínica del paciente y el haber realizado entrevistas semi-dirigidas, se ha podido describir la sintomatología presente en el inicio y medio de la terapia. Lo que se propuso fue realizar un desarrollo descriptivo a cerca de los padecimientos del caso, qué fue lo que lo motivó a iniciar tratamiento en ese particular momento de su vida y sus expectativas. Siendo así explicado gracias a las evaluaciones tomadas al inicio del tratamiento y las entrevistas. Coincidiendo la información obtenida con la bibliografía consultada al respecto, haciendo de este, un objetivo alcanzado.

Así como también, por haber podido presenciar en su totalidad con una observación participante en las terapias grupales desarrolladas y como acompañante en las tareas de exposición individuales, como una colaboración de 10 minutos en la terapia individual y la intervención en las reuniones de equipo semanales, se pudo cumplimentar con el segundo objetivo propuesto de este trabajo. Éste consistió en la explicación de cada una de las intervenciones realizadas en la institución por cada uno de sus integrantes, incluyendo el tesista. Toda la información fue obtenida de manera directa o ante la consulta de la historia clínica. Cada profesional realizaba una descripción detallada al respecto de las acciones tomadas, intervenciones, tareas a realizar por el paciente, emociones percibidas, pensamientos automáticos y su respectiva evolución.

Con respecto al tercer y último objetivo, fue exitoso de la misma manera, gracias a poder cumplimentar todo el tratamiento durante la presencia del tesista, obteniendo

así, L su alta antes de finalizar las horas establecidas. Los cambios percibidos por los profesionales y también por el paciente fueron muy favorables, ya que ha podido cambiar su trabajo, volver a la facultad e incluso socializar frente a desconocidos, con el objetivo de establecer nuevas relaciones en su vida.

Con respecto a la sintomatología descrita en el primer objetivo, se verificó un cambio absoluto hacia la finalización del tratamiento. No padeciendo ni ruborización, taquicardia, sudoración y temblores en sus manos, tics y nerviosismo ante la presencia de mucha gente. De esta manera se puede dar cuenta de la necesidad de una terapia limitada en el tiempo, que se encuentre centrada en el aquí y ahora, siendo así capaz de brindar al paciente, la posibilidad de cambiar sus creencias y sus actuaciones para poder desempeñarse mejor en la sociedad (Beck, 2000).

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, se puede mencionar, el trabajo realizado en las exposiciones grupales, que se llevan a cabo los días sábados, que poseen una dinámica muy variable, debido a que no todos los terapeutas son rígidos en cuanto a la asistencia. En muchas oportunidades, han asistido solamente un total de tres o cuatro personas. No siendo así lo enriquecedor que podría ser. Además de que se encuentra coordinado y administrado por pacientes recuperados, que realizaron un curso y un examen para dicho rol. Esto es importante mencionar, porque estando presente se pudo observar una gran diferencia de las habilidades para manejar distintas situaciones con respecto a los terapeutas y médicos de la fundación. Se han notado ciertas diferencias entre los coordinadores y muchas opiniones personales al respecto de lo que comentaban los pacientes en los encuentros (Caballo, 1997).

Se percibió al respecto, que en muchas ocasiones, los coordinadores realizaban una opinión personal al respecto de los problemas de los pacientes en tratamiento. Al haber establecido conversaciones con muchos de ellos, se han manifestado disconformes con algunos puntos de dichos encuentros. Ya que no siempre se respetaba el horario de comienzo, así como tampoco se sabía a qué hora podría llegar a finalizar.

Sin embargo, una de las exposiciones grupales realizadas hacia la ciudad de Quilmes, ubicada a 25 kilómetros de distancia de Capital Federal, generó en todos los pacientes una mayor confianza al respecto, debido a la buena organización respecto al traslado y horarios, inclusión de un terapeuta de la fundación y actividades realizadas.

Puede decirse que como sugerencia, se podrían establecer determinados parámetros por cumplir en cada encuentro, a fin de brindarles a los pacientes tratados una certeza respecto de lo que se quiere lograr con los mismos

Además, sería recomendable tener en cuenta las distintas variables que envuelven a los pacientes, ya que no solo el aspecto individual es el que incide en ellos. Tanto el núcleo familiar, el estado civil, el nivel socio-económico y educativo, son variables que influyen en todas las decisiones y actividades individuales (Cía, 2004). Esto se menciona debido a que en varias oportunidades, los pacientes han reportado ausencia o desgano en muchas de las actividades propuestas porque los estímulos ambientales a los que se veían expuestos han sido muy estresantes o también han requerido un gasto extra de dinero que los pacientes no pueden afrontar. Como las actividades no son explicadas con antelación, para evitar mayores niveles de ansiedad, esto no ha sido tenido en cuenta dentro de las posibilidades.

Siguiendo con la actividad de exposición, se puede mencionar que las exposiciones en vivo realizadas por el tesista, hubieran sido mejor si el mismo tuviera las herramientas necesarias para realizarlas. Luego de la primer semana de actividades en la fundación, se le dio al mismo, la tarea de realizar e incluso idear las exposiciones semanales individuales con el paciente. Siendo que anteriormente nunca había realizado este tipo de actividades como así tampoco había sido instruido respecto de las distintas opciones. Si bien, el tesista tenía determinados conocimientos adquiridos durante la carrera de grado, se considera que no fueron suficientes. De todas maneras, la confianza otorgada al tesista por parte de la fundación fue un gran apoyo para desempeñar la tarea de la mejor manera posible, buscando dicha información de manera autónoma.

Por otro lado, se considera que hubiera sido una buena herramienta al momento del alta del paciente, realizar los mismos test que ayudaron a generar el diagnóstico, para así obtener la evolución generada a través del tratamiento elegido como se pudo observar en todas las investigaciones consultadas. Dejando a un criterio meramente profesional, sin una constatación comprobable. Esto podría brindarle tanto al paciente como a la institución, un nivel de efectividad verificable. Explicarle al paciente los puntajes obtenidos al principio, en las entrevistas iniciales, contra los puntajes obtenidos a la finalización del mismo, para así poder informarle que ha obtenido las herramientas para desempeñarse en la sociedad y afrontar sus mayores miedos por sí mismo.

También, se puede considerar que como líneas de futuras investigaciones, se podrían realizar trabajos cuantitativos respecto del tratamiento que se realiza en la fundación. Con el fin de poder ampliar los logros obtenidos a gran escala, demostrando que con 12 sesiones, realizando encuentros semanales con profesionales de la salud mental, exposiciones individuales y grupales, encabezados por el tratamiento la TC y la

farmacología, se logra un alta definitiva, por lo que aunar las herramientas sería uno de los objetivos de dicha investigación. De este modo se brindaría un mayor nivel académico a la fundación y a los profesionales dentro de la misma, haciendo más conocidos los instrumentos de evaluación y de tratamiento, ya que por lo informado al tesista por el director de la fundación, se tratan al menos 250 pacientes por año. Así, se generarían un número en cuanto a investigaciones cuantitativas bastante generoso (Spence et al., 2000)

Asimismo, se podría investigar si el cambio de país de residencia es un causante de un Trastorno de Ansiedad. Ya que con L, el tema de la nacionalidad y cambio de país no ha sido algo mencionado asiduamente en la terapia, siendo que se notaba cierto malestar al respecto cuando se mencionaba el país natal. Aunque en la fundación no se hizo hincapié en la distancia cultural entre el país de origen y el receptor, tal como explican Sosa y Zubieta (2010), toda persona que debe adaptarse a un nuevo contexto cultural, debe afrontarse a una adaptación psicológica, un aprendizaje cultural y una realización de las conductas adecuadas para que pueda desempeñarse exitosamente en una nueva sociedad. Es tal vez en este punto donde se podría realizar una investigación en Argentina, ya que es un país donde se recibe una gran cantidad de extranjeros. Si bien, las culturas son similares entre todo Latinoamérica, cada una tiene su particularidad, sus costumbres y una manera de actuar distinta según el rol que se desempeñe. También tendría que ser tenido en cuenta si L sufrió discriminación de algún tipo por pertenecer a un país distinto.

Para finalizar, uno de los aprendizajes que dejó la asistencia a la fundación, fue comprender la realidad que afrontan los pacientes con los distintos Trastornos mencionados. Cada uno, en distinta medida sufre cotidianamente acciones sencillas como ir al trabajo, transportarse en medios masivos, hablar en público, estar con animales o insectos, o tantos otros padecimientos. Son personas que padecen gravemente las actividades y por tal motivo la vida social, afectiva y/o laboral se ven altamente afectadas, estando limitados de muchas maneras.

Afortunadamente se tuvo acceso a las evaluaciones, la historia clínica, las reuniones de equipo, la asistencia en la terapia individual y lo más importante y valioso, la coordinación y acompañamiento de las exposiciones individuales.

Efectivamente fue una experiencia gratificante, habiendo generado un cambio en los propios miedos respecto a estar solo frente a un paciente. Gracias a las herramientas

brindadas por los profesionales y su confianza se ha logrado empatizar desde un lado profesional con L.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington VA: APA.
- Antona, C. J., Garcia-Lopez, L. J., Yela, J. R., Gomez Gomez, M. A., Salgado, A., Delgado, C. & Urchaga, J. D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80500206.pdf>
- Antona, C. J., & García – López, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 281 – 292. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80500206.pdf>
- Bados Lopez, A. & Garcia Grau, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Baringoltz, S. & Levy, R. (2015) *Terapia cognitiva. Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Brown T., Barlow D. & Liebowitz M. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.9.1272>
- Bulacio, J.M. (2004) *Ansiedad. Estrés y práctica clínica* (1ra ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V.E., Andrés, V. & Bas, F. (1997). Fobia Social. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol 1, pp 25-112), Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. & Salazar, I. C. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Psicología conductual*, 26(1), 23-53. https://www.researchgate.net/publication/324524419_La_autoestima_y_su_relacion_con_la_ansiedad_social_y_las_habilidades_sociales
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Cano-Vindel, A. & Miguel Tobal, J. (2001). Emoción y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Caro, I (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.

- Carrión, O, & Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Cómo reconocerlos. Cómo superarlos*. Buenos Aires: Galerna.
- Casullo, M. M. (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires: Paidós.
- Cía, A. H. (2004) *Trastorno de Ansiedad Social. Manual Diagnóstico, terapéutico y de autoayuda*. Buenos Aires: Polemos.
- Cía, A. H. (2007) *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y psicoterapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (1997). *Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada*. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Gasull Molinera, V. (2012). Los trastornos de ansiedad. En A. Alejandro Perote, *Educación sanitaria e interrogantes en patologías para la oficina de Farmacia* (pp, 9 – 23). Madrid: International Marketing & Communication S.A.
- Gómez, M.C. & Marzucco, V.D. (2009). *¡No puedo dejar de preocuparme! ¿Usted tiene TAG?: estrategias para identificar y vencer el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Galerna.
- Moreno Gil, P. J., Méndez Carrillo, F. X. & Sánchez Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo – conductuales para la fobia social: una revisión meta – analítica. *Psicothema*, 12(3), 346 – 352.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=341>
- Obst Camerini, J. (2004) *Introducción a la terapia Cognitiva. Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
- Ontiveros Sánchez de la Barquera, J. A. (2008). Estudio controlado doble – ciego con clonazepam y placebo en pacientes con trastorno de ansiedad social. *Salud Mental*, 31, (4), 299 – 306.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400007
- Posadas Escudero, J. (2015). Trastornos de Ansiedad: Una revisión de los factores biológicos y ambientales. *Ciencias de la Salud*, 1(2), 16-33.
<https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/agora/article/view/258>

- Riso, W. (2009) *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. España: Paidós.
- Rodriguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011) *Manual de terapia cognitiva conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Scott, E. & Heimberg, R. (2000) Social phobia: An update of treatment. *Psychiatric Annals*, 30(11), 678 – 686.
<https://www.healio.com/psychiatry/journals/psycann/2000-11-30-11/%7B45f81ebf-e11c-4e2f-b15d-a5f167886f95%7D/social-phobia-an-update-on-treatment>
- Sosa, F. & Zubieta, E. (2010). Afrontamiento y aculturación en estudiantes universitarios. *Revista de psicología*, 6 (12), 65-84
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/afrontamiento-aculturacion-estudiantes-universitarios.pdf>
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaunt, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00659>
- Wagner, M. F., Pereira, A. S. & Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology*. Vol 22. N3, pp 423-440.
https://www.researchgate.net/publication/269518512_INTERVENCION_SOBR_E_LAS_DIMENSIONES_DE_LA_ANSIEDAD_SOCIAL_POR_MEDIO_DE_UN_PROGRAMA_DE_ENTRENAMIENTO_EN_HABILIDADES_SOCIALES