ÍNDICE

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Proceso terapéutico de un paciente con trastorno de ansiedad social y temor a las exposiciones orales

Trabajo Final Integrador

Alumno: Javier Acevedo

Profesor Tutor: Dr. Juan Manuel Bulacio

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVOS 4
2.1. Objetivo general 4
2.2. Objetivos específicos 4
3. MARCO TEÓRICO 4
3.1. Ansiedad 4
3.1.1. Definición de Ansiedad 4
3.1.2. Síntomas del Trastorno de Ansiedad 6
3.1.3. Ansiedad desde el Modelo Cognitivo 6
3.2. Fobias 8
3.2.1. Características de las Fobias 8
3.2.2. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Social 9
3.2.3. Fobias Específicas: Temor a Exámenes y a Exposiciones Orales 11
3.3. Abordajes Terapéuticos 13
3.3.1. Terapia Cognitiva 14
3.3.2. Terapia Conductual 15
3.3.3. Técnicas de Control de la Activación 16
3.3.4. Desensibilización Sistemática 19
3.3.5. Terapia de Exposición 20
4. METODOLOGÍA 23
4.1. Método 23
4.2. Tipo de Estudio 23
4.3. Participante 23
4.4. Instrumentos 23
4.5. Procedimiento 24
5. DESARROLLO 24
5.1. Introducción 24
5.1.1. Presentación del caso 25
5.2. Sintomatología inicial del paciente 26
5.3. Proceso de tratamiento 30
5.3.1. Primer abordaje 30
5.3.2. Técnicas de control de la activación 33
5.3.3. Desensibilización sistemática 36
5.3.4. Técnicas de exposición 38
5.3.5. Cambios de sintomatología al finalizar el taller 40

6. CONCLUSIONES 42
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 46
8. ANEXOS 51
8.1. Anexo A: Puntajes del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), primera toma. 51
8.2. Anexo B: Puntajes del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), segunda toma. 55
8.3. Anexo C: Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS). 56
8.4. Anexo D: Puntajes del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), primera toma. 59
8.3. Anexo E: Puntajes del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), segunda toma. 60

1. INTRODUCCIÓN

La Práctica y Habilitación Profesional fue realizada en la Fundación ICCAp (Fundación de Investigación de Ciencias Cognitivas Aplicadas), ubicada en Ayacucho 968 de Capital Federal.

Es una institución con orientación principalmente en el modelo cognitivo conductual, especializada en estrés y ansiedad. Se desarrollan diferentes cursos, talleres y jornadas sobre estas problemáticas, como también atención de pacientes con estos trastornos.

El doctor Juan Manuel Bulacio, médico psiquiatra, es el presidente de la fundación y el profesional que coordinó las diferentes actividades de la práctica. Ésta se llevó a cabo en 280 horas, en un promedio de 20 horas semanales. Las cuales se distribuyeron entre la Fundación ICCAp, la Universidad de Palermo y el Hospital César Milstein (ex Francés).

En la fundación se trabajó en varias actividades. Se participó en un proceso de investigación referido a la ansiedad frente al temor a exámenes, con la creación de un inventario y el desarrollo de un marco teórico para dicho proyecto. Se participó de reuniones de equipo, y en cursos de formación interna. Además, se participó en grupos de miedo a exámenes y a charlas de difusión abiertas sobre este tema.

Los días miércoles se asistió al Hospital César Milstein (ex Francés), donde se trabajó de manera directa con pacientes psiquiátricos de la tercera edad en el área de Neurología. Se colaboró con la administración de diferentes test e inventarios y en la confección de sus respectivos informes.

En la Universidad de Palermo se participó en el curso de la materia electiva Creatividad y Práctica Clínica dictada en el segundo semestre de 2014 por el Dr. Bulacio, que se realizó en convenio con la Fundación ICCAp.

La intención de este trabajo fue describir el proceso terapéutico de un paciente que presenta un trastorno de ansiedad social y temor a las exposiciones orales. Se observaron diferentes técnicas psicológicas aplicadas durante las sesiones del taller de afrontamiento del temor a los exámenes que se desarrolló en la institución. Se analizaron los resultados de las mismas y se observó la evolución del paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Describir el tratamiento de un paciente con trastorno de ansiedad social y temor a las exposiciones orales bajo el modelo cognitivo conductual.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir los síntomas de un paciente con trastorno de ansiedad social y temor a las exposiciones orales.

- Describir la utilización de técnicas de control de activación en el tratamiento del paciente.

- Describir la aplicación de técnicas de desensibilización sistemática y de exposición en el tratamiento del paciente.

- Analizar los cambios en la sintomatología del paciente en relación al temor a las exposiciones orales.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Ansiedad

3.1.1. Definición de Ansiedad

Según la Real Academia Española (2001), la palabra ansiedad proviene del vocablo latín anxietas, que significa aflicción, inquietud, agitación o zozobra del estado de ánimo.

Bulacio (2011), sostiene que la ansiedad es un estado de malestar por una combinación de manifestaciones físicas y mentales. Se caracteriza por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego que se vivencia como una amenaza inminente y sin causa definida. Va acompañado de una activación del sistema nervioso autónomo. También afirma que es muy importante que la ansiedad normal no sea eliminada ya que es un mecanismo funcional y adaptativo.

Del mismo modo Sandín (1990), explica que la característica más importante de la ansiedad es su carácter anticipatorio de la amenaza para el propio individuo, adquiriendo un valor funcional importante. Además tiene una función activadora y facilita la capacidad de respuesta del individuo, como un

mecanismo biológico de preservación ante posibles daños presente en las personas desde su infancia.

Siguiendo a Bulacio (2011), la ansiedad patológica se basa en una valoración distorsionada de la amenaza convirtiéndose en desadaptativa por lo desproporcionada en relación a las circunstancias objetivas. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Por otro lado May, Ángel y Ellenberger (1967), explican que el término ansiedad suele usarse como sinónimo de miedo, ya que muchos investigadores consideran que son mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de la especie. Existen claras diferencias entre las dos palabras aunque poseen manifestaciones similares, ya que en ambos casos aparecen pensamientos de peligro, reacciones fisiológicas, respuestas motoras y sensaciones de aprensión. El miedo es una perturbación que se manifiesta ante estímulos presentes, mientras que la ansiedad, en general, se relaciona más con la anticipación de peligros futuros imprevisibles o la combinación de distintas manifestaciones físicas y psíquicas que no son atribuibles a peligros reales.

Es importante recalcar según Belloch, Sandín y Ramos (1995), que la ansiedad se considera como un trastorno mental prevalente en la actualidad, dado que engloba una serie de cuadros clínicos que la comparten, como rasgo común. Se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico

Para la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-5 (2013), los trastornos de ansiedad se clasifican como: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

3.1.2. Síntomas del Trastorno de Ansiedad

Siguiendo a Bulacio (2011), los síntomas de la ansiedad varían en intensidad en cada individuo, de acuerdo a su predisposición biológica o psicológica, siendo más vulnerables unos que otros. En la ansiedad normal se

experimentan pocos síntomas, además, suelen ser poco intensos, de corta duración y no son incapacitantes.

Para Cano-Vindel y Miguel Tobal (2001), las respuestas psicofisiológicas, que se observan en un sujeto ansioso, se producen por un fenómeno de hiperactividad vegetativa, es decir, un aumento de la activación del sistema simpático que lleva a una serie de consecuencias a nivel fisiológico, siendo los síntomas más comunes los siguientes:

- Dificultad para respirar; ritmo cardíaco acelerado; sudoración; sequedad de boca; mareos o sensaciones de inestabilidad; náuseas, diarreas; sofocos o escalofríos; sensación de tener un nudo en la garganta.
- Con respecto a las respuestas que involucran al sistema motor, la sintomatología estará dada por perturbaciones en la conducta motora verbal (temblor de la voz, repeticiones, quedarse en blanco), y de la conducta no verbal (tic y temblores), llevando a una progresiva pérdida de confianza en si mismo y, por lo tanto, de la autoestima. Si por el contrario puede eludir dichas situaciones, se producirán respuestas de evitación.
- En cuanto a las manifestaciones cognitivas, en general, se exteriorizan en una preocupación excesiva reflejada en pensamientos e imágenes negativas sobre una determinada situación, donde las respuestas ante la misma y sus consecuencias la persona las percibe como incontrolables. Esta negatividad implica la evaluación catastrófica de los estímulos, la preocupación excesiva e irrealista sobre sus síntomas físicos y los de las personas que las rodean, el temor a las críticas por parte de los demás y la continua anticipación de consecuencias, desfavorables y desagradables, para una situación determinada.

3.1.3. Ansiedad desde el Modelo Cognitivo

Desde el enfoque cognitivo se hace una distinción entre ansiedad y miedo. Afirma que la ansiedad es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. Según Beck, Emery y Greenberg (1985), el miedo consiste en una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; mientras que la ansiedad involucra una repuesta emocional a esta apreciación.

El elemento capital en procesos ansiosos es un pensamiento automático que aparece rápidamente como una imagen o un reflejo, después del estímulo inicial. Esta imagen (por ejemplo, respiración entrecortada), aparentemente

creíble, es seguida por un aumento de la ansiedad. Así tanto la percepción como la estructura de las experiencias y creencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck et al., 1985).

Las personas que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro y la probabilidad de daño. Desde luego, un pensamiento o imagen específica no es siempre identificable. En ese caso es posible, sin embargo, inferir que ha sido activado un esquema cognitivo con un significado relevante al peligro. Así, para la teoría cognitiva, la ansiedad es el resultado de procesos cognitivos patológicos. El individuo etiqueta mentalmente una situación y la afronta con una conducta determinada. Es decir, la teoría cognitiva considera la ansiedad como resultado de cogniciones patológicas. Se puede afirmar que el individuo etiqueta mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados (Beck et al., 1985).

Para Rojas (2005), la ansiedad, consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta y de activación generalizada. Cabe destacar que es una señal de peligro difusa y que el individuo la percibe como una amenaza para su integridad. Es relevante destacar que todos los procesos de activación ansiosa tienen por objetivo fundamental preparar al organismo para la acción. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales) que dan los síntomas de ansiedad.

Spielberger (1980) conceptualiza a la ansiedad, en un doble sentido: en términos de rasgo y estado. La ansiedad-estado se define como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. En cuanto a la ansiedad-rasgo, hace referencia a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

En síntesis, la ansiedad-rasgo se puede definir como un estado emocional crónico, manifestando sus efectos en cualquier tipo de situación (personalidad neurótica). Mientras que la ansiedad-estado sería la

susceptibilidad a presentar reacciones emocionales, sólo en determinadas situaciones (Bermúdez, 1986).

3.2. Fobias

3.2.1. Características de las Fobias

De acuerdo a Marks (1969), las fobias deben cumplir los siguientes criterios:

a) Existencia de miedo desproporcionado con respecto al carácter amenazante de la situación, en donde el miedo es claramente superior a lo que podría esperarse en la demanda situacional.

b) El miedo conduce a la evitación de la situación temida.

c) No hay una posible explicación lógica de la situación, lo que muestra el carácter irracional.

d) La situación sobrepasa el posible control voluntario de la persona.

e) Provocan cierto grado de sufrimiento o malestar.

Es decir que, las fobias corresponden a un miedo progresivo e irracional a un determinado objeto, animal, actividad o situación que ofrece poco o ningún peligro real. Las fobias específicas son un tipo de trastorno de ansiedad, en el cual una persona puede sentirse extremadamente ansiosa o tener un ataque de pánico cuando es expuesta al objeto del miedo. Estar expuesto al objeto de la fobia o incluso pensar en estar expuesto a dicho objeto puede provocar una reacción de ansiedad. Este miedo o ansiedad es mucho más fuerte que la amenaza real y se puede experimentar sudoración excesiva, tener problemas para controlar los músculos o las acciones (Hamm, 2009).

Es importante observar que una distinción entre un miedo fóbico y un miedo más leve, es que en la fobia intentar evitar el objeto o situación temida puede interferir con el funcionamiento normal del individuo. En general las personas que sufren de estos trastornos tienen tendencia a evitar situaciones en las cuales se puede presentar contacto con el objeto que causa el miedo, este tipo de evasión puede interferir con el trabajo y la vida social (Taylor et al., 2008).

Para Carrión y Bustamante (2001), cualquier tipo de objeto o situación puede provocar fobia. Es por esto que señalan la importancia de prestarle la suficiente atención y asumir la decisión de tratarla, obteniendo un correcto diagnóstico y un tratamiento terapéutico eficaz.

El DSM-5 en (A.P.A., 2013), clasifica las fobias en tres categorías: la agorafobia, la fobia social (trastorno de ansiedad social) y las fobias específicas. Se abordarán detalladamente en los próximos aparatados, según interés del presente trabajo, el trastorno de ansiedad social y las fobias específicas (específicamente el miedo a exámenes).

3.2.2 Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Social

Según el DSM-5 (A.P.A., 2013, p.132), para el diagnóstico del trastorno de ansiedad social o fobia social deben cumplirse los siguientes criterios:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas como por ejemplo actuar delante de otras personas.
B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente, es decir, que lo humillen o avergüencen.
C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento) ni a otra afección médica.
I. 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.
J. Si existe otra afección médica (Parkinson, obesidad, desfiguración por lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.
K. Especificar si: el miedo se limita a hablar o actuar en público.

El trastorno de ansiedad social de acuerdo a Kaplan y Sadock (1998), aparece cuando la persona siente que es evaluada por otros, es un miedo intenso a sentirse humillado en situaciones sociales, a actuar de forma tal que el sujeto se coloque en una situación vergonzosa frente a los demás. Es un trastorno invalidante que genera múltiples perturbaciones en la calidad de vida del individuo.

Siguiendo a Belloch et al. (1995), en este trastorno, el individuo puede parecer tímido y muy vergonzoso, siente que todas las personas lo miran. Puede tener miedo a situaciones sociales que le son desconocidas como fiestas, miedo a hablar en público, miedo a comunicarse con un jefe o alguna figura de autoridad. Este trastorno no debe confundirse con timidez, aunque las personas tímidas pueden llegar a sentirse incómodas cuando están con otras personas, no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no siempre evitan las situaciones o circunstancias que las hagan sentir que las están juzgando.

La fobia social, en general, se trata de un trastorno crónico, que afecta la rutina normal de la persona y sus relaciones académicas y sociales. Es por esto que no sorprende que el fracaso escolar, la depresión, otros trastornos de ansiedad y el abuso del consumo de sustancias tóxicas se asocien con este trastorno (Botella, Baños & Perpiñá, 2003).

Por otra parte, los estudios epidemiológicos señalan que la fobia social constituye un problema de salud pública grave que padece o ha padecido alguna vez en su vida el 9.5% de la población mundial (Olivares, Rosa y García-López, 2004).

3.2.3. Fobias Específicas: Temor a los Exámenes y a Exposiciones Orales

La ansiedad ante los exámenes y las exposiciones orales, según la CIE 10 (O.M.S., 1995), se ubica entre las fobias específicas, las cuales, son fobias restringidas a situaciones muy específicas. Aunque la situación desencadenante sea muy definida y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.

Para Bulacio (2011), la mayor parte de las fobias entran dentro de la clasificación de fobias específicas y generalmente son menos perturbadoras que la agorafobia o la fobia social. Estas se desarrollan en cualquier momento de la vida del individuo. Una de cada diez personas tiene una fobia específica,

generalmente con inicio en la adolescencia o en la edad adulta, comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez.

Una fobia específica es clínicamente relevante cuando interfiere en la actividad habitual, es decir, actividad laboral, académica, social y las relaciones personales. También cuando provoca mucho malestar o sufrimiento (Belloch et al., 1995).

Hodapp, Glanzmann y Laux (1995) explican que la ansiedad frente a los exámenes y las exposiciones orales es un rasgo específico situacional, caracterizado por la predisposición a reaccionar con elevada ansiedad en contextos que se relacionan con el rendimiento. Como consecuencia de ello, en un sujeto que presenta este trastorno, se ve seriamente perturbado su bienestar psicofisiológico, debido a un exceso de actividad, alterarse su sistema inmune y perturbarse sus procesos cognitivos, provocando una disminución del rendimiento, afectando la vida personal, académica y social.

También Viñas Poch y Caparrós Caparrós (2000) observaron, en sus estudios sobre afrontamiento del período de exámenes, que las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema están relacionadas con un mayor bienestar físico. Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estrategias paliativas, como es el afrontamiento centrado en las emociones, o el escape conductual o cognitivo, manifestaban un mayor malestar psicológico.

Por otro lado Bauermeister (1989), sostiene que los exámenes y las exposiciones orales, son percibidos por muchos estudiantes en función de apreciaciones subjetivas e interpretaciones individuales como situaciones amenazantes y en consecuencia productoras de ansiedad (no voy a aprobar, me voy a olvidar todo lo estudiado, etc.), cuya intensidad es proporcional a la magnitud de la amenaza percibida por cada sujeto. Así, explica que hay personas más propensas a la ansiedad en las situaciones de examen, conceptualizándose como un rasgo de personalidad específico frente a esa situación.

De todas maneras la ansiedad antes, durante y después de una evaluación o exposición oral constituye una experiencia muy común, y que en algunos casos se traduce en experiencias negativas como bajo rendimiento académico y abandono escolar o universitario entre otras (Ayora, 1993).

En estudios realizados Spielberger (1980), comprobó que en algunos sujetos la percepción de la situación de examen es vivenciada como potencialmente amenazante y causante de ansiedad ya que se relaciona con el hecho de que fallar en ella puede interferir con el alcanzar metas importantes; o porque frente a una ejecución pobre tienden a bajar su sentido de autoestima.

En base a esto Navas (1989), sostiene que existen dos componentes en la ansiedad producida por los exámenes: la preocupación y la emotividad. La primera se refiere a los pensamientos relacionados con las consecuencias del fracaso. La segunda se asocia a las sensaciones desagradables y a las reacciones fisiológicas provocadas por la tensión del examen. Tanto la preocupación como la emotividad parecen contribuir a la reducción del rendimiento académico. El autor asevera que en los estudios que ha realizado, efectivamente los sujetos con niveles altos de ansiedad pierden la concentración y desatienden aspectos importantes de la tarea o examen.

Por otro lado Enríquez Vereau (1998), también evaluó la relación entre el autoconcepto, la ansiedad ante los exámenes orales y el rendimiento académico en estudiantes de nivel secundario, corroborando la existencia de una correlación negativa entre la ansiedad ante los exámenes y el rendimiento académico, ya que a mayores niveles de ansiedad menor nivel de rendimiento académico.

3.3. Abordajes Terapéuticos

Durante la primera parte del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias específicas, como el temor a los exámenes o las exposiciones orales, se reducían básicamente al ámbito del psicoanálisis. Es a partir de la obra de Wolpe (1958) que la llamada terapia conductual entró de lleno en el campo de las fobias.

En base a esto Soffer (2008), explica que como las reacciones fisiológicas en situaciones de evaluación fueron las primeras en ser estudiadas, los primeros tratamientos desarrollados fueron las intervenciones conductuales con la idea de reducir las respuestas fisiológicas que involucra la ansiedad a las exposiciones. Desde entonces la mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastorno implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos.

Ampliando este tema Capafons Bonet (2001), explica que en la práctica se utilizan distintas técnicas que tienen como elemento común la exposición al

estímulo temido y que difieren en alguno de los siguientes parámetros: en la forma en que se presenta el estímulo temido (directamente o indirectamente, tiempo y tasa de exposición); en el tipo de respuesta de los pacientes ante el estímulo fóbico; en el tipo de ayudas para la inducción de la respuesta del paciente (terapeuta presente y modelado del terapeuta); o en la utilización o no utilización de estrategias de control cognitivo para que los pacientes aprendan a modificar las respuestas cognitivas frente a los estímulos temidos.

A modo de síntesis Kaplan y Saccuzzo (2012), explican que los tratamientos de la ansiedad a los exámenes orales pueden agruparse en cinco grandes categorías: conductual, cognitivo, cognitivo-conductual, habilidades de estudio y habilidades en la toma de exámenes.

A partir de esto, la terapia cognitivo-conductual es considerada por numerosos autores como el tratamiento más eficaz para estos trastornos, tanto en la adultez como en la infancia y la adolescencia. Existen varios estudios que comprueban la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad por exámenes sobre otros modelos psicoterapéuticos o tratamientos farmacológicos (Cano & Guerrero, 2009; Serrano et al., 2010; citados en Furlan, 2013).

Este modelo incluye una combinación de estrategias cognitivas orientadas a la modificación de cogniciones distorsionadas, técnicas conductuales para transformar las conductas de evitación y técnicas de relajación dedicadas a atenuar las respuestas fisiológicas. Entre las técnicas con mayor efectividad para la modificación de la conducta y que disminuyen los niveles de ansiedad a los exámenes y las exposiciones orales se destacan: las de desensibilización sistemática, terapias de exposición y las de control de la activación (Olivares et al., 2004; Labrador, 2008).

3.3.1. Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo de Beck (1964), quien afirma que el modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que experimentan. Es decir, que las emociones y conductas de las personas están influenciadas por cómo perciben, atienden, valoran e interpretan los diferentes eventos; de las atribuciones que hacen y de las expectativas que tienen. No es una situación en sí misma la que origina lo

que siente el individuo sino es la forma en la que el individuo interpreta la situación. Por otro lado, el afecto, la conducta y las reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

Se pueden identificar las cogniciones a través de métodos tales como preguntas, cuestionarios e inventarios. Muchas de estas cogniciones son conscientes o son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir llegar a ellas. La terapia cognitiva es un procedimiento activo, estructurado, directivo y de tiempo limitado con el que es posible modificar las cogniciones, lo que puede lograr cambios terapéuticos (Beck, 1995).

Para Keegan (2007), el objetivo general de la terapia psicológica es de promover y restablecer el bienestar anímico de la persona para su mejor calidad de vida. En la terapia cognitiva los pacientes aprenden recursos que les permiten ayudarse a sí mismos, las tareas entre sesiones tienen un papel central al aplicar en su vida cotidiana las habilidades que se van adquiriendo en las sesiones.

Siguiendo a Beck (1995), en las terapias cognitivas el tratamiento se centra en la formulación cognitiva de un trastorno específico y la aplicación a la comprensión de cada paciente. Usando diversos recursos, el terapeuta, busca producir un cambio cognitivo, es decir un cambio en el pensamiento y en el sistema de creencias del paciente, para lograr una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

En el tratamiento cognitivo, de acuerdo con Keegan (2007), se establecen junto al terapeuta los objetivos de la terapia, se inicia el tratamiento al ayudar al paciente a identificar sus pensamientos automáticos, posteriormente se le pide que registre los cambios anímicos que acompañan a estos pensamientos. Para cuando se alcanza este objetivo el siguiente paso es acompañar con un pensamiento alternativo que no genere tanto malestar al sujeto. Por último se trabaja con la modificación de las creencias centrales, que a diferencia de los pensamientos suelen ser implícitas. La modificación de las creencias es condición para la durabilidad de los resultados.

3.3.2. Terapia Conductual

La terapia conductual está influida en los métodos y conceptos fundamentales del conductismo, propone describir, explicar y modificar los

trastornos del comportamiento humano. Las técnicas más utilizadas bajo este modelo son las denominadas: técnicas operantes (Labrador, 2008).

Las conductas no sólo están controladas por sus consecuencias, sino que también por los estímulos previos. Es decir, las conductas no se dan porque sí, sino en situaciones contextuales determinadas. Estas situaciones que preceden a la conducta pueden llegar a controlarla de forma indirecta, facilitando o dificultando la emisión de esta (Olivares Méndez, 1998 citados en Labrador, 2008).

La terapia conductual utiliza principios de aprendizaje experimentalmente establecidos con el fin de modificar las conductas desadaptativas que no permiten que el individuo se adapte a su medio. Este modelo considera que a los trastornos psicológicos hay que interpretarlos como trastornos conductuales, y que éstos son consecuencia del aprendizaje de hábitos perjudiciales o desajustados en los individuos. La terapia consistirá en enseñar al paciente a emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que les provocan respuestas desadaptativas, esto puede ser con un desaprendizaje o extinción de la conducta inadecuada, o bien aprendiendo un comportamiento más adecuado (Wolpe, 1958 como se citó en Labrador, 2008).

Este modelo terapéutico no investiga sobre los motivos o pensamientos del individuo sino que se centran en la conducta observable, siendo el problema entonces la conducta desadaptativa en sí misma. Los terapeutas conductuales trabajan principalmente en la modificación de la conducta utilizando diferentes técnicas que han sido desarrolladas por estudios controlados de investigación. El uso de un procedimiento concreto dependerá del problema específico a tratar así como de la personalidad de la persona (Papalia & Wendkos, 1987).

3.3.3. Técnicas de Control de la Activación

Las técnicas de control de la activación comprenden diferentes procedimientos de relajación y control de la respiración (Bulacio, 2011).

Dos hitos capitales en el desarrollo de técnicas de control de la activación fueron las obras *Progresive Relaxation* de Jacobson (1928) y *Das Autogene Training* de Schultz (1932). Se puede decir que la mayor parte de técnicas de relajación estructuradas que se utilizan en la actualidad tanto en la práctica profesional como en la investigación científica se basan en estas dos

técnicas desarrolladas a principios del siglo XX: la relajación muscular progresiva y el entrenamiento autógeno. Ambas se complementan, ya que se centran, respectivamente en dos de las principales funciones de la relajación: el descenso en el tono muscular, en lo que se refiere a la relajación muscular progresiva y el control mental del entrenamiento autógeno.

La relajación como procedimiento de disminución del exceso de activación no se reduce a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la emoción: los procesos cognitivos y la conducta manifiesta (Fernández-Abascal, 1997).

Bernstein y Borkovec (1973), explican que la relajación muscular progresiva pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión-distensión de los principales grupos musculares.

La técnica más habitual consiste en unas primeras semanas en las que se practica una relajación larga (de alrededor de 16 grupos musculares y en torno a 30-40 minutos). Posteriormente, conforme se adquiere habilidad en esta técnica se reduce tanto la duración como el número de ejercicios. En muchos casos, lo que interesa finalmente es conseguir relajarse en situaciones en la vida real, en la que hay otras personas implicadas y que incluso no es necesario ni siquiera sentarse, cerrar los ojos, o realizar ejercicio de tensión-distensión alguno (Bernstein y Borkovec, 1973).

El entrenamiento en relajación comprende una amplia variedad de estrategias de manejo de estrés conductual dirigidos a reducir de forma específica los síntomas de activación fisiológica y ansiedad intensos. Además intenta sustituir con una nueva respuesta condicionada (la relajación) la respuesta condicionada anterior (la ansiedad y el temor). Las estrategias implican una relajación muscular progresiva, entrenamiento autogénico y visualización. Estas estrategias están dirigidas específicamente a reducir la evitación negativa. El uso de entrenamiento de relajación con otras estrategias produce un aumento de los efectos generales del tratamiento de terapia cognitivo-conductual (Nezu, Maguth Nezu & Lombardo, 2006).

La regulación de la respiración es otra de las técnicas de control de la activación. Como propone Bulacio (2011), la respiración debe ser nasal, suave, abdominal, lenta, profunda, rítmica pero especialmente cómoda, dado que sin

esta condición no será posible que el individuo la pueda sostener en el tiempo o no logrará los efectos de relajación que se buscan. Además sostiene que la respiración debe ser activa, siendo de igual duración y condiciones similares tanto la inspiración como la expiración. El entrenamiento en respiración es uno de los procedimientos en los que se basan numerosos procedimientos de autocontrol emocional, tales como meditación, yoga, o las propias técnicas de relajación.

Según Speads (1988), la respiración es el proceso que permite la actividad metabólica del organismo. El ritmo en la actividad respiratoria y el volumen de la misma dependen de la actividad del organismo, pero, al mismo tiempo, los distintos patrones de respiración pueden modificarla sustancialmente. Hay numerosos factores que influyen en la forma de respiración y que pueden alterarla considerablemente. Esto, que en esencia es funcional, ya que la respiración debe adaptarse a las necesidades del organismo, puede llegar a ser problemático cuando conduce a patrones de respiración inapropiados, inconvenientes o nocivos para la salud.

Siguiendo a Speads (1988), no existe un único patrón de respiración, dado que las exigencias a las que puede someterse el organismo son múltiples, tampoco se puede mantener una pauta estereotipada con independencia de las demandas ambientales, ya que se trata de un mecanismo autorregulatorio que depende de las condiciones del organismo y, por lo tanto, debe variar considerablemente no sólo en función de las necesidades fisiológicas, sino del propio estado emocional.

Lodes (1990) explica que como la respiración es un proceso autorregulatorio de gran importancia, el organismo dispone de una serie de medidas para asegurar el correcto intercambio de gases que representa. Se trata de los mecanismos respiratorios naturales. Así, si durante un periodo más o menos prolongado ha habido una respiración deficiente, se producen una serie de conductas reflejas que permiten el necesario aporte de oxígeno. Algunos de los síntomas más característicos son los bostezos, elevación de los hombros, estiramiento y suspiros. Estas mismas respuestas pueden aparecer también durante la realización de los ejercicios respiratorios.

Hibbert (1984) explica que la respiración está directamente relacionada con la activación, como se demuestra por el hecho de que al mismo tiempo que

ciertos ejercicios sirven para la reducción de niveles elevados de ansiedad, otros como la hiperventilación pueden inducir severos ataques de pánico.

Según sugiere Everly (1989), la respiración completa, es decir, la que implica la musculatura abdominal y diafragmática, provoca la activación parasimpática por lo que favorece la relajación. Así, el entrenamiento de ciertas técnicas respiratorias puede ser un adecuado procedimiento para la reducción de los efectos de los trastornos generados por un exceso de activación.

3.3.4. Desensibilización Sistemática

La desensibilización sistemática es otra técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas evitativas ante determinados estímulos. El procedimiento implica la exposición del individuo a los estímulos que provocan temor y lograr una desensibilización gradual, progresiva y sistemática al reemplazar respuestas no deseables por otras deseables (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

Según Sherrington (1961), es imposible que dos emociones opuestas, como la ansiedad y la relajación, existan al mismo tiempo. A partir de esto, Wolpe (1969) afirma que la desensibilización sistemática es una forma de contracondicionamiento, este tiene como principio fundamental a la inhibición recíproca. Es decir, que si se logra una respuesta inhibitoria de la ansiedad en presencia de los estímulos que la provocaron, esa respuesta debilitará la asociación entre los estímulos y la ansiedad. En este procedimiento se enseña al paciente a relajarse de forma que al exponerlo al objeto o situación temida, la relajación y el temor al objeto o situación se cancelan entre sí.

Otros procesos explicativos plantean que en la desensibilización sistemática se produce una disminución de la respuesta por la repetición del estímulo. Este fenómeno denominado habituación ocurre, a diferencia de la inhibición recíproca, sin inhibición antagónica. La falta de reforzamiento por parte del estímulo ansiógeno explica la extinción como efecto a largo plazo. Estos procesos explicativos pueden ser complementarios con la inhibición recíproca (como efecto a corto plazo al igual que la habituación) y el contracondicionamiento (como efecto a largo plazo al igual que la extinción) (Van Egeren, 1971 como se citó en Labrador, 2008).

Según Gross (2004), la desensibilización sistemática, es altamente efectiva si la exposición permite a la persona refutar cualquier predicción de un suceso negativo, al entrar en contacto con el objeto o situación temida. La exposición graduada permite que la persona adquiera confianza para enfrentarse al objeto o situación fóbico.

Wilkins (1971), indica que la técnica funciona porque el terapeuta promueve expectativas de éxito en el paciente, quien aprende cómo controlar la aparición y cese de la imagen del estímulo temido.

Siguiendo a Labrador (2008), los aspectos básicos para entender el procedimiento de la desensibilización selectiva son:

- Respuestas incompatibles: hay conductas que no pueden darse a la vez, de modo que la aparición de una impide la aparición de la otra. El ejemplo más claro de esto es la ansiedad y la relajación, al provocar la relajación en una situación dificulta la aparición de la ansiedad.
- Jerarquía de estímulos: un estímulo que provoca ansiedad puede tener distintas variaciones que producen diferentes grados de intensidad. El ordenar estas variaciones en diferentes jerarquías de acuerdo al grado de intensidad, permite controlar gradualmente la ansiedad desde las variables menos intensas. Los ítems que componen la jerarquía deben ser: realistas (deben aparecer en condiciones habituales), concretos (deben consistir en una escena concisa), relevantes para el problema, generados por el paciente y deben estar cuantificados de acuerdo al grado de intensidad que producen. Bandura (1977), explica que a medida que avanzan en la jerarquía, los pacientes comienzan a verse a sí mismos como capaces de de exponerse a los estímulos ansiógenos y de afrontar su ansiedad aumentando su autoeficacia.
- Contracondicionamiento: corresponde al efecto de largo plazo, ya que tras varias asociaciones entre la situación ansiógena con la respuesta incompatible como la relajación, se producirá un aprendizaje, dejando de provocar una respuesta ansiosa, produciendo en su lugar la respuesta incompatible.
- Generalización: al asociarse una respuesta a una situación, esta asociación se generalizará a las distintas variaciones de esta situación.

3.3.5. Terapia de Exposición

La exposición al estímulo fóbico es el nexo común con la técnica de desensibilización sistemática. Estas técnicas han mostrado niveles de eficacia satisfactorios en el tratamiento de las fobias específicas como las exposiciones orales o a los exámenes.

Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones o estímulos internos que generan ansiedad u otras emociones negativas o provocan el impulso de realizar una acción determinada. La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren (Capafons Bonet, 2001).

Un tema relevante en este tipo de intervención es la duración e intervalos de la exposición. Según Öst (1989), la duración prolongada es mejor que la de corta duración, llegando a programarse sesiones que van de los 60 a 180 minutos con un promedio de 2 horas. La principal ventaja de ser largas es que facilitan la habituación y la desensibilización. La sesión de terapia termina únicamente cuando el nivel de ansiedad se ha reducido un 50% del valor más alto, o cuando ha desaparecido por completo.

Según Barlow (1988) existen varios tipos de exposición, siendo las más utilizadas:

- Exposición en vivo: implica exponerse sistemática y deliberadamente a situaciones temidas reales en la vida diaria. Es considerada como el tratamiento más potente para las fobias específicas. En ciertos casos en que la exposición real es difícil de manipular por el terapeuta, se puede optar por la exposición por imágenes como alternativa. Muchos pacientes optan por dejar la terapia si se les va a someter directamente al estímulo por lo que la exposición a imágenes es una buena alternativa.
- Exposición en imaginación: Implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas donde se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos.
- Exposición simulada: también conocida como role playing, consiste en la exposición a situaciones sociales problemáticas que son simuladas o reproducidas en la sesión terapéutica.

- Exposición en grupo: refiere a la planificación de las sesiones de exposición en un contexto grupal, manteniendo la ejecución de la propia exposición de forma individual.

En la actualidad se están implementando nuevas alternativas de la técnica de exposición de la mano de los avances tecnológicos, por ejemplo la utilización de la realidad virtual, que permite simular la realidad (Baños et al., 2011). La realidad virtual ofrece además una serie de ventajas importantes cuando se la compara con la exposición real ya que puede controlarse totalmente por el terapeuta (Botella et al., 2006).

Otra técnica es la denominada realidad aumentada que consiste en la introducción de elementos virtuales en el mundo real (Botella et al., 2010). El uso de la informática y de las computadoras como herramientas para mejorar el proceso terapéutico se están desarrollando exitosamente en Australia desde el 2007 (Titov y Andrews, 2007 citados en Baños et al., 2011).

En síntesis, la fobia social y las fobias específicas, puntualmente el temor a los exámenes y exposiciones orales, se hallan dentro de los trastornos de ansiedad en los diferentes manuales de diagnóstico de trastornos mentales. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de las principales opciones de tratamiento para estos trastornos, específicamente las terapias conductuales, cognitivas y el tratamiento cognitivo-conductual. Para ello se presentan, inicialmente, los aspectos descriptivos fundamentales de dichos trastornos, incluyendo sus criterios diagnósticos. Además se desarrolla una descripción de algunas de las técnicas más utilizadas en el tratamiento de estos trastornos como las de control de la activación que incluye ejercicios de relajación muscular progresiva y control de la respiración; la desensibilización sistemática y la terapia de exposición que tienen como nexo común la exposición del estímulo fóbico al sujeto en forma gradual.

4. METODOLOGÍA

4.1. Método descriptivo.

4.2. Tipo de estudio: modelo de caso único.

4.3 Participante

César de 35 años, es soltero y convive con un sus padres. Actualmente se desempeña como técnico radiólogo en una institución privada.

Se encuentra estudiando la carrera de Abogacía por un sistema a distancia, faltándole rendir los últimos cinco exámenes finales que son presenciales y de modalidad oral.

Al terminar la secundaria ingresó a la carrera de Medicina, que fue abandonada tempranamente ante la dificultad para poder enfrentar los exámenes y exposiciones orales.

Asiste a la primera consulta con una preocupación excesiva al tener que enfrentar los últimos finales de la carrera, lo que le impide finalizar su carrera. Anteriormente, nunca había consultado a un profesional por su problemática.

4.4 Instrumentos

Entrevistas individuales semiestructuradas de abordaje psicoterapéutico en conjunto con el psiquiatra y la psicóloga tratantes. Se recabó información acerca de diferentes áreas de exploración: Historia personal, familiar y social. Motivo de la consulta. Características personales (cognitivas y emocionales: actitudes, atención, concentración, pensamiento, lenguaje, memoria, inteligencia, afectividad y posición subjetiva). Fortalezas y debilidades.

Entrevistas al psiquiatra y a la psicóloga tratantes. Se recopilaron datos del tratamiento, las intervenciones que se van a realizar, los datos sobre el seguimiento, los puntos a trabajar en el tratamiento y las tareas que realizó el paciente entre sesiones.

Observación participante del paciente en las 8 sesiones grupales con los terapeutas.

Historia clínica para analizar la evolución del paciente.

Se administraron los tests:

- Inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS), adaptación de Casullo y Castro-Solano (2000). Permitió conocer patrones de la personalidad del paciente.
- Inventario de valoración y afrontamiento (IVA). Basado en el modelo de Lazarus. Adaptación de Leibovich de Figueroa (1999). El modelo está compuesto por dos tipos de evaluación. A) Evaluación primaria: midió si el

sujeto valora una situación irrelevante, amenazante o desafiante. B) Evaluación secundaria: evaluó los recursos que poseía el sujeto.

4.5. Procedimiento

Se recolectó información de 8 sesiones grupales, observando las intervenciones de los terapeutas y la evolución del paciente. Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos y se realizó una sesión semanal.

En el transcurso de las mismas se realizaron entrevistas individuales al paciente, también entrevistas a los terapeutas a cargo de cada sesión. Se tuvo en cuenta su historia clínica para analizar su evolución, conocer aspectos referidos a sus antecedentes, como así también demostrar la eficacia del tratamiento.

Durante cada entrevista se administraron diferentes test, en primer lugar el MIPS y luego el IVA. Se realizaron los respectivos análisis para conocer sus resultados.

5. DESARROLLO

5.1. Introducción

En el presente trabajo se expone el tratamiento en el ámbito de un taller grupal de tratamiento del temor a exámenes según el modelo Cognitivo - Conductual en un paciente con fobia social y temor a los exámenes y exposiciones orales.

El tratamiento fue dirigido por un psiquiatra y una psicóloga además de la participación de un pasante de la institución.

5.1.1. Presentación del caso

De acuerdo a los datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas y los resultados del análisis de los test administrados, César tiene 35 años, es soltero y está de novio desde hace 2 años. Tiene estudios terciarios, es técnico radiólogo y vive en Tortuguitas, Provincia de Buenos Aires con sus padres. Es el mayor de 4 hermanos, tiene un hermano de 31 años que también es técnico radiólogo, otro de 27 años que está estudiando la tecnicatura de radiología y una hermana de 23 años que estudia diseño de indumentaria. El padre es

Médico Traumatólogo y la madre es ama de casa y son una familia de clase media.

Actualmente, está estudiando Derecho en la Universidad Siglo XXI en el programa a distancia, faltándole las últimas 5 materias de examen oral presencial. Como pasatiempo prefiere el uso y reparación de computadoras y le gusta el fútbol aunque no lo practica.

Es una persona bastante introvertida, poco comunicativa y renuente a participar. Suele concentrarse demasiado en los problemas, agravándolos y piensa que su pasado fue desafortunado.

Tiende a ser inhibido y bastante pesimista. Tiene pocos amigos y casi siempre se mantiene en segundo plano, en una actitud modesta y discreta. Suele sentirse insatisfecho y malhumorado en muchas ocasiones y a menudo expresa la creencia de que es incomprendido y poco apreciado.

El paciente no refiere enfermedades médicas. No toma ni tomó anteriormente ningún medicamento. Presenta síntomas de elevada ansiedad ante los exámenes de exposición oral, con palpitaciones, opresión en el pecho y sudoración.

Como antecedente comenta que al terminar el secundario comenzó a estudiar Medicina pero abandonó luego de los dos primeros años, porque se le complicaron algunas materias al no poder enfrentar los exámenes.

Con respecto a su vida social, presenta bastante dificultad en establecer y mantener relaciones de amistad, se observan escasas habilidades sociales, tiene problemas para incluirse en reuniones, se observa una pobre capacidad empática, parece tener baja autoestima y sentirse fastidioso ante observaciones y críticas personales. En general presenta escasos intereses grupales o sociales.

Argumenta que también le cuesta mucho establecer comunicaciones telefónicas para resolver situaciones cotidianas, además dice sentirse muy incómodo ante la exposición pública y cuando le toman fotografías. El paciente presenta una tendencia a evitar las situaciones que le generan conflicto o le resultan ansiógenas, por lo que tiene poca capacidad para el afrontamiento.

El problema manifiesto principal fue el temor excesivo a las exposiciones orales que tenía que enfrentar pronto para finalizar su carrera. El motivo de consulta: superar el miedo a las exposiciones orales y a los exámenes en general.

Fue la primera vez que realizó una consulta por su temor a los exámenes orales. Llegó a la institución por recomendación de un compañero de trabajo que conocía de las actividades de la Fundación a través de la página Web.

Se hará una breve descripción de los pasos que se siguieron en el tratamiento, para establecer el inicio del trabajo con las diferentes técnicas de modificación de la conducta que siguió el paciente.

Como sostienen los terapeutas, para establecer un tratamiento integral adecuado a cada paciente se realiza un diagnóstico multidimensional, el cual incluye tanto los aspectos psicoterapéuticos como médicos. Este diagnóstico inició con una entrevista de orientación, una entrevista clínica y un conjunto de pruebas que incluyeron entre otras: los test MIPS e IVA.

Con todos los datos recabados, se pudo obtener información sobre los síntomas del paciente y describir con mayor exactitud el tipo de trastorno que sufre y así establecer un diagnóstico adecuado.

5.2. Sintomatología inicial del paciente

El paciente acudió a la consulta argumentando que desde hacía varios meses estaba manifestando intensa ansiedad, sentía opresión en el pecho con dificultad para respirar, náuseas, tensión muscular, dolores de cabeza y problemas digestivos. Así mismo, expresaba pensamientos negativos y perturbadores como: “no voy a poder con los exámenes”, “los profesores son demasiado exigentes”, “no me puedo concentrar ante los exámenes”, “soy ya grande, no puedo tener tanto miedo”.

En la primera semana de intervención terapéutica se evaluó el caso y se hizo un análisis de los test administrados antes mencionados:

Al analizar los puntajes del MIPS (anexo D), se observó que el paciente suele agravar los problemas de la vida y habitualmente centra su atención en amenazas potenciales a su seguridad emocional y física. En general piensa que su pasado ha sido desafortunado. Tiende a ser inhibido, aprensivo y pesimista. Motivado por ocuparse del bienestar y los deseos de los otros antes que los propios.

Es un sujeto predecible, convencional y previsor. Es ordenado, metódico, meticuloso y disciplinado. Tiende a ser silencioso, pasivo y renuente a participar. Casi siempre se mantiene en segundo plano, en una actitud

modesta y discreta. Tiene escasos intereses grupales o sociales. Suele ser apocado, tímido y experimenta nerviosismo en situaciones sociales. Si bien es sensible y emotivo, al mismo tiempo es desconfiado, solitario y propenso a aislarse.

Tiene tendencia a considerar que recibe un trato injusto, que no valoran lo que hace y que es culpado por faltas que no cometió. Por lo general se siente poco satisfecho y expresa la creencia de que es incomprendido y poco apreciado.

Con respecto al análisis del IVA (anexo A), el paciente, mostró una valoración de la situación de examen como muy relevante para su vida y bastante amenazante. En relación a los distintos modos de afrontamiento, se encontró que la forma predominante de César de enfrentar las posibles situaciones problemáticas es a través de una acción motora dirigida a reducir la emoción. De la misma manera, la estrategia de afrontamiento que implementa cognitivamente va dirigida en la misma dirección. Además se observó una tendencia al estilo de afrontamiento evitativo para las situaciones ansiógenas.

De la entrevista se obtuvo valiosa y detallada información sobre la problemática del paciente, reconociendo sus componentes en los diversos sistemas de respuesta (cognitivas, psicofisiológicas y conductuales), ante la ansiedad antes, durante y después de enfrentar situaciones de exámenes orales.

De esta manera se pudieron apreciar las situaciones que percibía como relevantes (amenaza y peligro), las estrategias que utilizaba en el afrontamiento, y las consecuencias que éstas producían.

En cuanto a las respuestas cognitivas, es decir, como el paciente percibe, atiende, valora e interpreta las diferentes situaciones así como también las atribuciones que hace y las expectativas que tiene (Beck, 1964). César dijo que antes de rendir un examen en general tiene pensamientos como: “voy a desaprobar”, “no llego con todos los temas”, “para qué seguir estudiando, si después te toman cualquier cosa” y “no puedo”. Durante los exámenes suele pensar: “estoy complicado”, “no me acuerdo de nada”, “no puedo concentrarme” y “tengo la mente en blanco, no me acuerdo de nada”. Después de rendir piensa: “como perdí el tiempo rindiendo esto”, “no tengo habilidad para esto” y “no quiero pasar por esto otra vez”.

En cuanto a los síntomas psicofisiológicos, es claro el fenómeno de hiperactivación del sistema simpático (Cano-Vindel & Miguel Tobal, 2001), ya que antes de entrar a rendir siente habitualmente tensión muscular, nerviosismo, ansiedad e inquietud. Durante el desarrollo del examen, aumento de la frecuencia cardiaca, temblores en las manos y rodillas, miedo y sequedad bucal. Luego de la prueba, tristeza, ira, agotamiento, desilusión y frustración.

El comportamiento más común del paciente antes de rendir es el de no presentarse al examen adoptando una respuesta evitativa para eludir la situación ansiógena (Cano-Vindel & Miguel Tobal, 2001). También suele posponer el estudio para otro momento o pasar horas con una carilla. Durante el examen, tartamudea, no contesta, se muerde los labios. Luego del examen suele aislarse socialmente, se refugia en Internet y a veces llora.

El diagnóstico presuntivo en el caso de César fue de Trastorno de Ansiedad Social cumpliendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013) y Fobia Específica a los exámenes y a las exposiciones orales.

Según los criterios diagnósticos, la fobia social en el paciente se manifiesta por el miedo acusado a situaciones sociales, a la crítica por parte de los demás y temor a las exposiciones orales. Sobre todo teme la evaluación del profesor o mostrar síntomas de ansiedad que le puedan resultar vergonzosos. Ello se plasma al manifestar conductas de retraimiento social.

La exposición a estas situaciones produce una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional relacionada con la situación problemática. Manifestando claros síntomas de angustia caracterizados por tensión muscular, temblores de manos, dolores de estómago, sudoración y dolores de cabeza. Además, se manifiesta en el tiempo únicamente en el momento en el que se da la situación ansiógena, desapareciendo los síntomas inmediatamente después de poner fin a la situación.

César reconoce que este miedo es irracional. En la fobia social la mayoría de las situaciones sociales o actuaciones en público acaban por convertirse en motivo de evitación. César evita el pedir un favor a alguien. Realmente este problema afecta e interfiere en la vida cotidiana del paciente, tanto en sus relaciones académicas como sociales.

Su rendimiento en los exámenes disminuye, tiene pocas amistades y las relaciones con su novia no son todo lo satisfactorias que él quisiera. El

problema de César se remonta a la adolescencia, con lo que se podría pensar en una cronificación del trastorno.

Por lo que se evidenció a través de las entrevistas, el miedo y el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica ni por otro trastorno mental. César no toma drogas ni alcohol y no fuma. Tampoco posee ninguna enfermedad que pueda justificar su comportamiento.

En resumen, cabe decir que César presenta una elevada ansiedad que se refuerza negativamente con respuestas de huída y evitación. Estas respuestas consisten en encerrarse en sí mismo o en generar una serie de síntomas que le hacen imposible enfrentarse a las situaciones de exposiciones o exámenes orales.

César, según datos tomados de las entrevistas y el análisis de los test administrados, al enfrentarse a cualquier situación que interprete o evalúe como ansiógena, desencadena una serie de síntomas fisiológicos sudoración en las manos, temblores o aumento de la frecuencia cardiaca. A su vez, la propia preocupación por intentar controlar algunos de estos síntomas lo único que consigue es agravarlos. Piensa en el ridículo que va hacer, en que se siente indefenso, que nada le va a salir bien, que los demás no lo van a considerar (Kaplan & Sadock, 1998).

En definitiva, termina por no actuar eficazmente ante estas situaciones. Como consecuencia de ello siente más preocupación y desarrolla pensamientos automáticos negativos sobre sí mismo, también anticipa consecuencias negativas a situaciones o actos futuros que pueda realizar, desarrollando así una autoevaluación negativa acerca de su rendimiento y su capacidad (Beck et al., 1985).

Ya con el diagnóstico establecido, los terapeutas, consideraron cómo abordar el caso y que técnicas terapéuticas serían más pertinentes para aplicar. Se consideró que el tratamiento no requería de medicación psicofarmacológica. Se optó principalmente por establecer un proceso de psicoeducación, tratamiento cognitivo y un tratamiento conductual dada su efectividad comprobada en varios estudios (Cano & Guerrero, 2009; Serrano et al., 2010; citados en Furlan, 2013).

5.3. Proceso de tratamiento

5.3.1 Primer abordaje

César inició la terapia en la Fundación ICCAp el 11 de Agosto del 2014, con sesiones terapéuticas individuales y participó en el grupo del taller de temor a exámenes de la Fundación. Este taller tuvo una frecuencia semanal con una duración aproximada de 90 minutos.

Son variadas las técnicas de intervención que se han propuesto para superar las dificultades que presenta la ansiedad en situaciones de evaluación. Algunas de estas técnicas ponen el acento en la modificación de conductas, mientras que otras propuestas, como la relajación, se centran en los aspectos fisiológicos (Olivares et al., 2004; Labrador, 2008).

Durante las dos primeras sesiones grupales, de tipo explicativas, se informó a los participantes sobre las características de los trastornos haciendo hincapié en la ansiedad y sus manifestaciones, así como sobre las situaciones potencialmente ansiógenas. Se puso el acento en las situaciones de evaluación y más en concreto, en las de exámenes.

La propuesta de intervención utilizada en este estudio sigue los planteamientos de Bulacio (2011), respecto a la importancia de combinar una serie de técnicas, predominantemente de orientación cognitiva, con algunos procedimientos conductuales, como la de control de la activación, la desensibilización sistemática y la de exposición.

El programa constó de varias fases. En sus primeras sesiones, César, se estableció como objetivo de tratamiento con los terapeutas que el paciente pudiera presentarse en el mes de octubre al primer examen oral de la carrera, enfatizando el poder sentirse más tranquilo en su vida cotidiana respecto al miedo que le generan las exposiciones orales.

Al comenzar el tratamiento, los terapeutas realizaron un proceso de psicoeducación sobre la fobia a las exposiciones orales, el cual permite a los profesionales de las diferentes áreas de salud brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las distintas situaciones de una manera más adaptativa.

César recibió información general sobre las fobias, enfatizando sobre el miedo a las exposiciones orales. Se le proporcionó información específica del trastorno, lo que le permitió orientarse, además de ayudarlo a identificar con mayor comprensión y claridad su problemática. Le permitió conocer más de

cerca las causas, los síntomas primarios y secundarios, el desarrollo de la patología, así como información sobre el tipo de tratamiento que realizaría y la necesidad de compromiso con el mismo para mejorar su rendimiento.

Se brindó información acerca de las atribuciones habituales sobre el temor a los exámenes, se debatió sobre los diferentes sistemas de creencias y se profundizó en cuestiones como afrontamiento/evitación.

El paciente gradualmente fue percibiendo el resultado de este proceso en las semanas posteriores. Gracias a la información proporcionada sintió alivio en su ansiedad, ya que poseía escasa información acerca de esa problemática.

Al conocer exactamente en qué consistía su trastorno dejó de ser algo catastrófico que solo le sucedía a él, lo que le permitió a lo largo del proceso un mayor conocimiento de sí mismo, además de un mejor dominio y valoración de sus recursos.

La psicoeducación permite al individuo manejar información adecuada y específica obteniendo un efecto inmediato en la disminución de la incertidumbre del paciente, posibilitando mayor flexibilidad y realismo en la manera de abordar su problemática y su contexto (Labrador, 2008; Bulacio 2011).

Como resultado de la información recibida, en el paciente se percibió una mejoría al estar menos ansioso cuando se expresaba en el grupo, además le ayudó paulatinamente a hablar abiertamente de su problemática con sus familiares y amistades, algo que no hacía por el temor a ser evaluado o rechazado.

Cuando los individuos están bien informados sobre lo que les sucede, les fomenta una actitud menos defensiva, que les permite conectarse tranquilamente con sus emociones, promoviendo una sensación de cierto dominio y valoración de recursos internos o habilidades que facilitan su afrontamiento. Al fortalecer estas capacidades se influye indirectamente en el incremento de características de autonomía y responsabilidad por el autocuidado, elevando de esta forma la autoestima y la propia valoración (Bulacio, 2011).

Con el objetivo de resignificar y orientar el comportamiento del paciente respecto al miedo a los exámenes, los terapeutas siguieron un proceso de terapia cognitiva para conocer las ideas distorsionadas y los pensamientos automáticos que tenía el paciente. Entre los pensamientos y creencias que

manifestó están: “se me fue la vida, yo quería otra cosa para mí, este miedo lo tendría que haber superado, no fui capaz de estudiar los que siempre me gustó, como puede ser que el miedo me controle y no pueda enfrentar un examen”.

Parte del trabajo realizado por los terapeutas consistió en introducir pensamientos alternativos (Tabla 1), confrontar los pensamientos catastróficos buscando situaciones pasadas antagónicas y al mismo tiempo cuestionar el grado en que pueden ser ciertos esos pensamientos catastróficos. La propuesta fue desde el comienzo el tratar de disminuir las ideas disfuncionales sobre los exámenes orales, ya que las distorsiones cognitivas pueden ser informaciones con prejuicios o exageración de la amenaza y del peligro.

Fue muy importante evaluar el significado específico que el paciente adjudicaba a las situaciones estresantes, así como la experiencia subsiguiente de ansiedad. Un ejemplo claro fue el comentario “parece que se me escapa del pecho el corazón cada vez que se acerca la fecha de exponer”. Los terapeutas explicaron que frecuentemente el individuo no busca ni registra la evidencia de cuan erróneas son esas ideas. Los pensamientos distorsionados, incluso los catastróficos relacionados con la consecuencia de estar en contacto con el estímulo ansiógeno fomentan el temor y la evasión (Marks, 1969).

Tabla 1.

Pensamientos automáticos/pensamientos alternativos.

Pensamiento automático negativo	**Pensamiento alternativo**
Se van a dar cuenta de lo nervioso que estoy.	Es mucho mayor el miedo que siento que el que ven los otros.
Me voy a quedar en blanco.	Si me pasa, hago un stop para tranquilizarme y luego pienso cómo seguir.
Voy a hacer un papelón.	Me preparé muy bien, así que las cosas no tienen por qué salir mal.
No voy a poder aguantar estos nervios.	El nerviosismo es mayor al principio; después disminuye.
Seguro que me equivoco en cosas	No hace falta que sea perfecto, sino de

tontas.	intentar hacerlo bien.
Me van a temblar las manos y se van a dar cuenta que estoy muy nervioso.	Los profesores saben que todos los alumnos están algo nerviosos a rendir. Ellos también fueron alumnos.

5.3.2. Técnicas de control de la activación

Se pudo observar que Cesar presentaba al iniciar el proceso terapéutico estados de activación emocional indeseables provocados principalmente por las demandas de la situación de tener que rendir exámenes orales. Los terapeutas optaron por enseñarle al paciente técnicas de relajación corporal, con el objetivo de proporcionarle una herramienta para que pueda controlar su propio nivel de activación de la ansiedad sin ayuda de recursos externos (Fernández-Abascal, 1997).

Luego de las primeras sesiones donde se realizó con el paciente un proceso de psicoeducación y se evaluaron sus pensamientos automáticos y el tipo de valoración que tenía hacia las situaciones problemáticas, se inició la aplicación de técnicas de respiración abdominal y de relajación corporal progresiva (Bernstein & Borkovec, 1973).

En la Fundación ICCAp se utiliza ampliamente la técnica de respiración, el objetivo de la técnica es enseñarle al paciente un adecuado control voluntario de la respiración (Speads, 1988), para la reducción de la ansiedad, con el objetivo de automatizar este control de manera que su regulación se sostenga aun en situaciones problemáticas.

Los terapeutas tratantes le explicaron al paciente la técnica de relajación mediante el control de la respiración, mostrándole que es una herramienta de gran utilidad para disminuir la activación fisiológica de los síntomas como respuesta de la ansiedad generada por los estímulos fóbicos (Everly, 1989).

Para desarrollar el aprendizaje se prepararon condiciones facilitadoras, por ejemplo: postura cómoda para poder relajar todos los músculos, con la cabeza algo elevada ligeramente y sostenida lateralmente sin que el cuello entre en tensión y las piernas estiradas y levemente separadas. Con los ojos cerrados se le pidió al paciente que desconectara mentalmente toda posible perturbación o pensamiento para centrarse totalmente en las sensaciones corporales.

Luego de alcanzar la postura ideal, se le pidió que visualizara durante 2 o 3 minutos una escena agradable para lograr una desconexión de las preocupaciones, el paciente hizo referencia al mar. Con este ejercicio el paciente puede concentrarse en su propio patrón de respiración, se le indicó que colocara una mano en el abdomen por debajo del ombligo y la otra por encima del estómago permitiéndole percibir cada ciclo inspiración/expiración.

Posteriormente se orientó al paciente con un ejercicio para dirigir el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones haciendo que el diafragma baje hasta el máximo de la capacidad pulmonar, esto se logró retirando la mano de debajo del ombligo. Una vez alcanzado este objetivo se modifica el ejercicio para alcanzar un llenado total de los pulmones a través de la respiración diafragmática.

Después de practicar este estilo de respiración, se explicó al paciente cómo regular los tiempos ventilatorios, de esta manera se le enseñó a la secuencia 3-2-3. Es decir, 3 segundos para la inspiración, 2 segundos reteniendo el aire inspirado y 3 segundos para expirar.

Una vez practicados los ejercicios de respiración, se pasó al programa de relajación muscular, basado en la identificación de la tensión/relajación de cada zona corporal con un recorrido pormenorizado, que se va sustituyendo gradualmente por recorridos mentales. El entrenamiento de este ejercicio permite a los pacientes lograr la relajación solo con un recorrido mental al generalizar lo aprendido en condiciones habituales y cotidianas (Labrador, 1998).

El uso de técnicas de relajación es adecuado en el tratamiento de fobias, porque se considera una respuesta antagónica con los efectos fisiológicos que provoca la ansiedad y la activación mantenida. La relajación provoca una reducción de: la tensión muscular, la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, de la activación simpática general y de los niveles de de las hormonas que acentúan el estado de alerta y estrés, adrenalina y noradrenalina (Bulacio, 2011).

Además se le indicó al paciente que estas técnicas constituyen un recurso que podrá usar para afrontar cualquier situación estresante en su vida cotidiana. Por esta razón se repasó en la siguiente sesión el uso adecuado de la técnica antes de iniciar el proceso de desensibilización sistemática (Gomar et al., 2010). César comenzó a practicar la técnica desde que la aprendió en la

sesión, se le pidió como tarea realizar la técnica varias veces al día, pidiendo que registrara su estado anímico antes y después de hacerla, con el objetivo de que pudiera habituarse y compenetrarse con la técnica aun en situaciones no estresantes.

Los terapeutas le pidieron al paciente una tarea para la siguiente sesión, realizar una lista en la que tenía que escribir todo aquello que a su juicio era capaz de provocarle ansiedad, alterarle o angustiarle de alguna manera en forma jerárquica de menor a mayor intensidad. Además, le pidió que le otorgue a cada situación un valor de ansiedad del 1 al 10, siendo 1 el de menor intensidad.

La jerarquía de estímulos le permite al paciente ordenar las variaciones de la intensidad de ansiedad que le provocan las diferentes situaciones ansiógenas (Labrador, 2008).

5.3.3. Desensibilización sistemática

Luego de las sesiones donde se realizó con el paciente un proceso de aprendizaje y entrenamiento de técnicas de relajación para el control de la actividad, se inició con el proceso de desensibilización sistemática a las exposiciones orales. Esta técnica consiste en asociar una respuesta incompatible como la relajación con la exposición al estímulo temido. Es decir, se expone al individuo a los estímulos temidos, con la finalidad de provocar la respuesta de temor y lograr una desensibilización gradual, progresiva y sistemática al reemplazar respuestas no deseables por otras deseables (Gomar et al., 2010). Se desarrolló la técnica imaginaria ante la imposibilidad de desarrollar una desensibilización real.

Se explicó al paciente la dinámica de la actividad y se lo entrenó para reconocer las tensiones subjetivas o indicios que provocan ansiedad, respondiendo con la técnica de relajación previamente aprendida. Se aplicaron diferentes situaciones ansiógenas a las técnicas de relajación aprendidas en la fases anteriores.

El participante construyó antes de comenzar una jerarquía de situaciones ansiógenas (tabla 2), desde las de menor nivel de ansiedad hasta llegar a la situación de examen oral que tiene la mayor carga ansiógena (Bandura, 1977; Labrador, 2008). Se le explicó la relación entre el miedo y los

pensamientos, sentimientos y emociones pidiéndole que informara constantemente el tipo de sensaciones que iba experimentando en el cuerpo.

Tabla 2.

Jerarquía de situaciones ansiógenas y grados de intensidad.

Situación Ansiógena	Grado de intensidad (1 a 10)
Acudir a la fiesta de fin de año del trabajo.	8
Salir en fotografías.	8
Llamar por teléfono para hacer un reclamo.	9
Hablar en público.	10
Examen oral de la facultad.	10

Al desarrollarse un tipo de desensibilización sistemática imaginaria fue más dificultoso para el paciente conseguir una graduación adecuada de la intensidad de la ansiedad en las distintas situaciones jerarquizadas, así como tampoco resultó sencillo imaginar respuestas incompatibles con el estímulo ansioso para facilitar la relajación.

El trabajo comenzó induciendo al paciente a un estado de relajación por medio de la técnica de respiración, posteriormente empezó un trabajo de desensibilización sistemática imaginaria en la que se pide que imagine una situación que le genere temor, basándose en la jerarquización de situaciones ansiógenas previamente confeccionada por el paciente y su nivel de unidad de ansiedad, iniciando con imágenes que le provocaran un bajo nivel de ansiedad y progresivamente aumentarlo. Ante la aparición de síntomas ansiosos fue realizando ejercicios de relajación y respiración hasta encontrarse relajado.

En la primera sesión de desensibilización sistemática comenzó con las jerarquías más bajas para luego llegar a la situación de examen. Al llegar a la situación más ansiógena se desarrolló un proceso de imaginación de progresiva intensidad de ansiedad. Comenzó imaginando el ingreso a la universidad para rendir el examen, esto le generó un temor leve con una intensidad de 5, pudiendo relajarse con la respiración. Posteriormente siguió con el acercamiento al aula donde debía rendir el examen que le provocó una unidad de ansiedad de 7, luego terminó imaginando a un grupo de tres

profesores llamándolo a rendir presentando síntomas físicos como aceleración de la frecuencia cardiaca y respiratoria marcando un nivel de ansiedad 9, nuevamente realizó ejercicios de respiración hasta encontrarse en completa relajación.

Luego de este proceso, se le asignó la tarea de seguir entrenando las técnicas de relajación y la jerarquización de situaciones ansiógenas para hacer en su casa hasta la siguiente sesión.

En la siguiente sesión se volvieron a repetir las tres situaciones imaginarias anteriores y a repasar todo lo hecho en la sesión previa. El paciente consiguió atravesar las situaciones con una intensidad menor. Posteriormente imaginó el estar exponiendo en el examen con los profesores de la universidad evaluándolo, esto le significó una intensidad de ansiedad de 10 provocándole síntomas de malestar físico, finalizando con ejercicios de respiración.

5.3.4. Técnicas de Exposición

Al practicar las técnicas de respiración y relajación, el paciente dijo haber conseguido tolerar, con una intensidad más adecuada de ansiedad, las situaciones imaginarias temidas planteadas en el ámbito de la universidad. Explicó que al desarrollar varias veces las técnicas, cada vez le resultaba más fácil lograr imaginar situaciones que le provocaban ansiedad y aclaró que, gradualmente, fue percibiendo que los síntomas ansiosos habituales estaban más atenuados.

Para ese momento se podía observar al paciente mucho menos ansioso, ya que mostraba más soltura al comunicarse con los demás compañeros del taller y una actitud mucho más relajada y menos nerviosismo. No solo demostraba que podía controlar mejor la intensidad de los estímulos ansigénicos sino que también presentaba una mayor confianza y empatía hacia los terapeutas. Este último punto es de capital importancia, ya que la terapia de exposición requiere el establecimiento de una alianza terapéutica sólida (Marks, 1969).

A continuación se desarrolló un proceso con exposiciones tipo role-playing con sus compañeros de grupo del taller de miedo a exámenes, con los terapeutas y con la participación del pasante de la institución. Esta técnica de

exposición simulada, consiste en la exposición a situaciones sociales problemáticas que son reproducidas en la sesión terapéutica (Barlow, 1988).

Al iniciar el trabajo se observó al paciente algo dubitativo, por lo que se esperó cierto tiempo para iniciar la técnica, los terapeutas lo tranquilizaron pidiéndole que comenzara a relajarse usando las técnicas de respiración y de relajación muscular que había utilizado en otras intervenciones.

Al entrevistar a los terapeutas, estos explican que la terapia de exposición es más eficiente si se logra un bloqueo duradero de las conductas de evitación y escape, tanto a nivel conductual como cognitivo. En el caso de César fue fundamental acompañarlo para que pudiera participar de la técnica de role playing, ya que a las personas con ansiedad social se les dificulta mucho más desarrollar esta técnica.

Luego de un pequeño espacio de tiempo y con el paciente más relajado se inició el proceso. Se ambientó en el seno de su familia, donde le preguntaban por cómo iba la facultad, seguido de preguntas sobre si tenía que rendir en esos días o cuantas materias le faltaban. El paciente contestó entrecortadamente las preguntas mostrándose bastante nervioso e incómodo, durante el transcurso los terapeutas propiciaron un ambiente cómodo con comentarios sobre aspectos positivos de las actuaciones.

Se continuó el trabajo intentando regularizar la situación, se le pidió que respirara pausadamente para relajarse y salir del personaje ya que se veía extenuado.

Poco a poco César se fue relajando. Mientras esto sucedía se le explicaba que estaba realizando un buen trabajo para ser la primera ocasión en que escuchaba esas preguntas, de esta manera se trató de lograr normalizar la situación.

En la siguiente sesión se continuó con la exposición en role-playing, y se observó que el paciente pudo afrontar mejor las preguntas, según sus propias palabras, con una unidad de ansiedad de 7. Durante la tercera y última sesión de role-playing el paciente pudo responder preguntas más incisivas con una unidad de ansiedad de 5.

A lo largo del proceso el paciente se fue dando cuenta que podía ir controlando algunos miedos y que no todos tienen la misma intensidad. César comentó que se había notado más tranquilo cuando caminaba en la calle,

manifestó que se percibía menos ansioso de lo que le sucedía anteriormente ante la expectativa de alguien se le acercara o le preguntara algo.

Explicó que había logrado establecer comunicaciones telefónicas, ya que había tenido que llamar en esa semana a la empresa prestadora de telefonía móvil para reclamar una sobrefacturación, provocándole esta situación una intensidad de 5. Otra situación que logró controlar fue la de salir en las fotografías donde presentó una intensidad de 4.

5.3.5. Cambios de sintomatología al finalizar el taller

En la evaluación final se volvieron a administrar algunos de los instrumentos utilizados en la primera entrevista. Estos reflejaron que luego de poco más de dos meses se lograron algunos cambios en el comportamiento del paciente.

Según los nuevos datos obtenidos en el MIPS (anexo E), se pudo ver que, el paciente, mostró unos valores mas elevados en los rasgos apertura e individualismo. Es decir, lo mostraron como una persona un poco más abierta y con mayor capacidad de autorrealización. También, de acuerdo al análisis, se pudo interpretar que mejoró sus habilidades sociales y presentó una mayor capacidad de autodeterminación, aunque siguieron siendo moderadas.

De acuerdo a los puntajes obtenidos en el IVA (anexo B), se indicó la tendencia del paciente a valorar las situaciones problemáticas un poco menos amenazantes. De esta manera, se sintió más capaz de controlar situaciones esforzándose para conseguir un resultado positivo. Con respecto a los modos de afrontamiento, se encontró que César, intentó enfrentar las posibles situaciones problemáticas es a través de una acción motora dirigida buscando cambiar la situación. Ya que donde se observaron mayores diferencias, fue al reducirse significativamente los valores de afrontamiento evitativo.

O sea, una vez finalizada la última sesión del taller de intervención para disminuir la ansiedad por temor a exámenes surgieron varios elementos para su análisis. El participante evolucionó favorablemente respecto de su estado inicial. Los cambios fueron variables en intensidad y respecto a los indicadores en que se presentaron, pudiendo afirmarse que el tratamiento produjo los efectos esperados.

César, pudo finalmente afrontar la situación de examen. No solamente se presentó a rendir su primer examen oral sino que, según sus propias

palabras, lo defendió con soltura y moderado nerviosismo. En la última sesión de cierre explicó que durante su exposición real a la situación de rendir el examen se valió de varias de las técnicas aprendidas durante el desarrollo del taller. Explicó que en ningún momento se le dificultó la respiración o tuvo nauseas como ocurría habitualmente con esa situación anteriormente.

El haber empleado estas técnicas de fácil aprendizaje, pareció no solo aumentar la sensación de control sobre la situación, sino que también permitió disminuir la activación emocional.

El paciente explicó que en todo momento tuvo presente los pensamientos alternativos que había elaborado en el taller. Además, de acuerdo con sus informes verbales, el empleo de la respiración abdominal y la relajación muscular progresiva durante la etapa de estudio y en momentos en que pensar en el examen incrementaba su ansiedad, ayudó a que retomara la tarea en lugar de evitarla.

Según los terapeutas, Cesar aprendió a detectar y conocer sus respuestas fisiológicas de ansiedad así como un paulatino control de las mismas. Pero lo más importante ha sido que aunque seguía percibiendo esas señales ya no las interpretaba de forma negativa, y el saber que podía controlarlas puntualmente con la respiración abdominal hizo que aumente su confianza y desarrolle la capacidad de verlas como algo normal que le sucedía a la mayoría de las personas cuando estaban frente a una situación ansiógena. Gradualmente se fue exponiendo a situaciones interpersonales, por lo que se pudo apreciar que logró crear estrategias para afrontar situaciones en forma progresiva, así como el afrontamiento de las situaciones en las que debía rendir un examen oral.

De acuerdo a la observación de la evolución del paciente, los terapeutas también coinciden en que la disminución de la evitación podría vincularse también, aunque sea parcialmente, al apoyo emocional e instrumental del grupo del taller, que actuó en forma complementaria a las técnicas utilizadas. El modelado producido a través de interacciones entre pares aportó alternativas para afrontar situaciones percibidas y evaluadas como altamente amenazantes, ya que la experiencia de atravesarlas exitosamente le brindó al paciente claves para visualizarlas como más accesibles (Capafons Bonet, 2001; Labrador, 2008; Bulacio, 2011).

6. CONCLUSIONES

Se puede decir que los objetivos planteados para este trabajo fueron básicamente cumplidos. Se realizó para ello una integración entre la observación participante de la evolución del paciente en el taller de habilidades frente a los exámenes en la Fundación ICCAp, entrevistas semiestructuradas al paciente, entrevistas a los terapeutas, análisis de test e inventarios administrados y una revisión bibliográfica sobre los trastornos de ansiedad y las fobias, especialmente la fobia social y la fobia específica a los exámenes y exposiciones orales.

A través de las entrevistas a los terapeutas y al paciente, además de la observación, se pudieron comprender las características sintomáticas de estos trastornos y cómo condicionan la vida cotidiana de una persona. También se pudo observar la puesta en práctica de las diferentes técnicas de modificación de la conducta de acuerdo al modelo cognitivo conductual y analizar los resultados.

Con el tratamiento, César aprendió a detectar y conocer sus respuestas fisiológicas de ansiedad así como un paulatino control de las mismas. Es importante, coincidiendo con los terapeutas, que aunque siga percibiendo las señales ya no las interprete en forma negativa, y el saber que puede controlarlas a través de las técnicas de relajación aprendidas le permitió aumentar su confianza y verlas como situaciones normales.

El tratamiento también permitió que el paciente modificara su conducta, que desarrollara cambios en sus cogniciones y en sus emociones con respecto a las exposiciones orales. Puede decirse entonces, en base a estos resultados y los de los testal finalizar el taller, que las técnicas utilizadas por los terapeutas de la institución en el tratamiento del paciente fueron pertinentes, adecuadas y eficaces.

Cesar consiguió incorporar una serie de aprendizajes y cambios de perspectiva que le permitirán además de un mayor rendimiento académico, desarrollar mejores habilidades sociales y establecer relaciones interpersonales más duraderas. También, no solo logró mayor capacidad de afrontamiento hacia la ansiedad, sino también en otros aspectos de su vida cotidiana ya que estos aprendizajes muy a menudo se generalizan.

El trabajo realizado en el taller de habilidades frente a los exámenes, le proporcionó a César un grupo de pertenencia y un ambiente de confianza, los

relatos de los demás participantes y el exponer sus propios problemas, le permitió comprender que su problemática es muy habitual. El comprender que no es el único portador del problema redujo significativamente su ansiedad.

La psicoeducación que recibió el grupo le permitió, al paciente, informarse certeramente y empaparse sobre los mecanismos que desencadenan y mantienen el trastorno de ansiedad (Bulacio, 2011).

El poder lograr eliminar o por lo menos atenuar pensamientos automáticos por nuevas evaluaciones no catastróficas sobre las situaciones ansiógenas fue de importancia capital para lograr mayor capacidad de afrontamiento y el poder terminar con las conductas evitativas como hábito (Olivares et al., 2004; Labrador, 2008).

También, como explica Marks (1969), el establecimiento de una óptima alianza terapéutica entre el paciente y los terapeutas, fue un componente de suma importancia para la eficacia del tratamiento.

César pasó muy bien el primer examen oral, se encuentra cómodo preparando el resto, logrando con esto el objetivo que fue pactado al iniciar el tratamiento.

Actualmente César reporta cambios significativos en su vida ya que comenzó a jugar al fútbol con compañeros del trabajo, además ya no presenta dificultades en hacer llamadas telefónicas. El paciente ha logrado modificar su conducta a los pocos meses con un adecuado afrontamiento de las situaciones que le generan ansiedad y desempeñándose de manera favorable teniendo un mejor manejo de sus fortalezas, lo que le ha permitido favorecer su independencia, al mismo tiempo ha mejorando también sus habilidades sociales en el ambiente laboral, académico y social.

En cuanto a las limitaciones del pasante, lo más destacado fue, quizás por la inexperiencia en el ámbito clínico, la falta de un mayor acercamiento empático con el paciente, así como también la falta de claridad en algunas preguntas relacionadas con las entrevistas tanto al paciente como a los terapeutas. Con respecto al presente trabajo, para la temática abordada existe infinidad de material bibliográfico, pero esto complicó bastante la tarea de hacer una síntesis clara del marco teórico.

Una limitación importante fue la falta constancia de parte del paciente para practicar y entrenar los ejercicios entre sesión y sesión, más allá de mostrarse motivado durante el proceso. Esto hizo que los terapeutas tuvieran

que hacer un esfuerzo mayor para que las técnicas resultaran efectivas. Otra limitación fue la dificultad que presentó César para desarrollar la técnica de desensibilización sistemática imaginaria. A algunas personas, como en este caso, se les dificulta el transferir el estímulo imaginario a situaciones de la vida real. Por el tipo de trastorno que presentaba el paciente fue imposible desarrollar la técnica ante el estímulo real, de todos modos mediante el role playing se pudo hacer una acercamiento bastante aproximado de la situación.

Una posible falla del taller de temor a exámenes probablemente es el no realizar una intervención más directa con cada participante, permitiendo de esta manera un mayor compromiso hacia el tratamiento. Se trabajó muy bien con las dimensiones racional-cognitiva y conductual, pero quizás las intervenciones sobre la dimensión emocional fueron más reducidas. De todos modos, en el caso de César, esto se vio compensado por las sesiones individuales.

Entre las nuevas líneas de investigación aparecen las tecnologías de la información y comunicación en los programas de tratamiento. Los recientemente llamados ciberterapia, tratamientos computarizados y los tratamientos online. Es decir, al uso de la informática y de las computadoras como herramientas para mejorar el proceso terapéutico. Como ejemplo están el trabajo y las investigaciones con fobia social, depresión, ansiedad leve, trastorno de pánico y agarofobia que se han desarrollado exitosamente con tratamientos on line en Australia (Titov y Andrews, 2007 citados en Baños et al., 2011).

Otra línea de investigación es la utilización de la realidad virtual como una de las técnicas de mayor potencial para el futuro. Para algunos pacientes puede resultar sumamente aversivo afrontar el objeto o situación temidos. Es por esto, que se hace necesario explorar nuevas formas de aplicar técnicas tan eficaces como las de exposición para reducir esos porcentajes de rechazo. Una alternativa es la utilización de la realidad virtual. Esta permite simular la realidad de forma que el usuario se encuentra en un espacio tridimensional en el que puede interactuar con los elementos virtuales de una forma similar a cómo interactuaría con los elementos reales (Baños et al., 2011).

La realidad virtual ofrece además una serie de ventajas importantes cuando se la compara con la exposición real. En primer lugar, el mundo virtual puede controlarse totalmente por el terapeuta a través de una computadora,

además del hecho de que las situaciones al no ser reales favorece que los pacientes acepten mejor la exposición (Botella et al., 2006).

Otra ventaja es que permite repetir la misma tarea de exposición una y otra vez sin cambiar sus parámetros. También es ventajoso el no ser necesario salir de la consulta para realizar tareas de exposición, lo que se traduce en un ahorro importante de tiempo. Este hecho también favorece aspectos éticos como la protección de la intimidad y confiabilidad, ya que no es necesario que el paciente manifieste sus síntomas en lugares públicos.

Recientemente, se está también aplicando una metodología denominada realidad aumentada que consiste en la introducción de elementos virtuales en el mundo real. Es decir, se trata de generar objetos, seres, imágenes o textos virtuales, por medio de una computadora, que puedan superponerse o incluirse en el mundo real. En el ámbito específico de los trastornos de ansiedad, la realidad aumentada está demostrando su enorme potencialidad y utilidad (Botella et al., 2010).

Esta experiencia presencial en el ámbito de la terapia ha sido sumamente enriquecedora, permitiendo aplicar muchos de los conceptos aprendidos a lo largo de la carrera. El haber colaborado, participando en el taller realizado en la institución durante la pasantía, con este paciente a mejorar su calidad de vida ha sido muy gratificante. Comprobar la efectividad de la terapia al ver que el paciente pudo rendir satisfactoriamente su primer examen oral en la carrera de Derecho, además de ver el entusiasmo con el que comenzó a preparar las siguientes evaluaciones, hace que aumente la motivación para ingresar en el ámbito de la terapia.

Es de destacar también que el haber realizado la pasantía en una institución donde se incentiva la creatividad, donde se aceptan ideas y donde el grupo de trabajo se retroalimenta y enriquece mutuamente, hizo que dejara un balance muy positivo en lo que respecta al crecimiento personal.

Para finalizar, con respecto a la confección de este trabajo, la experiencia de finalizar un proceso tan importante como la carrera de Psicología generó un momento de emociones encontradas, de alegría por el cumplimiento del objetivo y de tristeza por situaciones vividas en la institución que ya no se van a repetir. Si bien el desarrollo del trabajo demandó mucho esfuerzo, fue muy importante junto con la práctica y habilitación profesional. No solo permitió tener una pequeña muestra de lo que sigue fuera de la carrera de

grado, sino que también permitió tener una idea de la dimensión de la información que se incorporó a lo largo de estos años. Esto hace que se le de mucho más valor al logro obtenido y se agradezca a la Universidad y a los docentes no solo por la calidad de sus clases sino que también por el apoyo y acompañamiento todo este tiempo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Allington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ayora, A (1993). Ansiedad en Situaciones de Evaluación o Examen en Estudiantes Secundarios de la Ciudad de Loja (Ecuador). *Revista Latinoamericana de Psicología,* 25 (3), 425-431.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Baños, R. M., Guillen, V., García-Palacios, A., Quero, S., Botella, C., (2011). Las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Información Psicológica*, 102, 28-46.

Bauermeister, J. J. (1989). Estrés de evaluación y reacciones de ansiedad ante la situación de examen. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 7, 69-88.

Beck, J., (1995). *Terapia Cognitiva Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Bermudez, J. (1986). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Uned.

Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva.* Bilbao: DDB.

Botella, C., Baños, R. M. & Perpiñá, C. (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. México: Paidós.

Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcaniz, M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13 (4), 407-421.

Botella, C., García-Palacios A., Quero, S., Baños, R.M. y Bretón, J.M. (2006) Realidad Virtual y tratamientos psicológicos: Una revisión. Psicología Conductual, 14 (3), 491-510.

Bulacio, J.M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.

Cano-Vindel, A. & Miguel Tobal, J., (2001). Emoción y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.

Capafons Bonet, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13 (3), 447-452.

Carrión, O. & Bustamante, G. (2001). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.

Casullo, M. M. & Castro-Solano, A. (2000). Adaptación del MIPS en Argentina. En M. P. Sánchez-López & M. M. Casullo, *Los estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Madrid y Buenos Aires: Miño y Dávila.

Enriquez Vereu, J. (1998). Relación entre Autoconcepto, la Ansiedad ante los Exámenes y el Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria de Lima (Tesis Licenciado en Psicología). Universidad Inca Gracilazo de la Vega, Lima.

Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response.* Nueva York: Plenum.

Fernández-Abascal, E. (1997). Procedimientos de desactivación. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.): *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción.* Madrid: Pirámide.

Furlan, L., A. (2013). Eficacia de una intervención para disminuir la ansiedad frente a los exámenes en estudiantes universitarios argentinos. *Revista colombiana de psicología*, 22 (1), 75-89.

Gomar, M., Mandil, J. & Bunge, E. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Gross, R. (2004). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.

Hamm, A. O. (2009). Specific phobias. *Psychiatr Clin N Am,* 32, 577–591.

Hibbert, G.A. (1984). Hyperventilation as a cause of panic attacks. *British Medical Journal,* 288, 263-264.

Hodapp, V., Glanzmann, P., & Laux, L. (1995). Theory and Measurement of Test Anxiety as a Situation specific Trait. En: Spielberger, C. D. & Vagg, P. R., *Test Anxiety. Theory, Assesment and Treatment*. 47-58. London: Taylor y Francis.

Jacobson, E. (1938): *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago Press.

Kaplan, R. & Saccuzzo, D. (2012). *Psychological Testing: Principles, Applications, & Issues.* Cengage Learning.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). *Sinopsis de Psiquiatría*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins Press.

Keegan, E. (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.

Labrador, F. J. (1998). Técnicas de control de la activación y desensibilización sistemática. En Vallejo, M. A (ed.). *Avances en modificación y terapia de conducta: técnicas de intervención*. Madrid: FUE.

Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1999). *Adaptación del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, U.B.A.

Lichstein, K.L. (1988). *Clinical relaxation strategies.* Nueva York: Wiley.

Lodes, H. (1990). *Aprende a respirar.* Barcelona: Integral.

Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.

May, R., Ángel, E. & Ellenberger, H. (1967). *Existencia.* Madrid: Gredos, S. A.

Navas, J (1989). Ansiedad en el tema de Exámenes: Algunas Explicaciones Cognoscitivas Conductuales. *Revista Aprendizaje y Comportamiento*, 7 (1), 21-41. Lima: Alamoc Concytec.

Nezu, A., Maguth Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.

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.

Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10*. Barcelona: Masson.

Öst, L., G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behavioral Reseach and Therapy*, 27 (1), 7. In Gray, P. (1994). *Psychology*. New York: Worth

Papalia, D. & Wendkos, S. (1987). *Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid: Espasa Calpe.

Rojas, E. (2005). *La Ansiedad*. Buenos Aires: Ed. Booket.

Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-350.

Schultz, J.H. (1931). *Das autogene Training (Konzentrative Selbstenspannung).* Stuttgart: Verlag. Traducción al español en Ed. Científico-Médica.

Sherrington, C. S. (1961). *Integrative action of the nervous system*. New Heaven, CT: Yale University Press.

Soffer, M. (2008). *Elementary students' test anxiety in relation to the Florida Comprehensive Assessment Test (FCAT).* Florida: State University.

Speads, C.H. (1988). *ABC de la respiración.* Madrid: EDAF.

Spielberger, C, D. (1980). *Tensión y Ansiedad*. México: Harla

Taylor, C.T., Pollack, M.H., Le Beau, R.T., Simon N.M. (2008). Anxiety disorders: Panic, social anxiety, and generalized anxiety. In: Stern, T.A., et al., eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. Philadelphia, Pa: Elsevier Mosby.

Viñas Poch, R., Caparrós Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del Período de Exámenes y Sintomatología Somática Autoinformada en un Grupo de Estudiantes Universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*, 4 (1).

Wilkins, W. (1971). Desensitization: social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe´s procedure. *Psychological Bulletin*, 76, 311-317.

Wolpe, J. (1969). *The practice of Behaviour Therapy*. Oxford: Pergamon Press.

8. ANEXOS

8.1 Anexo A: Puntajes del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), primera toma.

INVENTARIO DE VALORACION Y AFRONTAMIENTO

Antonio Cano Vindel y Juan José Miguel – Tobal
(Adaptación Nora Leibovich de Figueroa)

Nombre y apellido .....**CESAR**..... Fecha .....**18-08-14**..... Edad ..**35**.....

Instrucciones:

Diariamente se nos plantean situaciones problemáticas. A continuación le solicitamos escriba una situación problemática que lo haya afectado y que aún le continúa afectando si UD. ha tenido más de una elija aquella que más lo afectó:

.....**SIEMPRE TENGO MUCHO MIEDO CUANDO RINDO EXÁMENES ORALES**.....

.....

Frente a la situación planteada UD. ha tenido ciertos pensamientos o ha realizado conductas. Coloque una cruz en el casillero que corresponda a la cantidad de veces (Casi Nunca, Pocas Veces, Unas Veces si, Otras Veces no, Muchas Veces, Casi Siempre) que UD. tiene esos pensamientos o realiza dichas conductas, en relación a la situación problemática que UD. escribió. **Por favor, responda a <u>todas</u> las frases.**

CUANDO PIENSO EN LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA QUE ME PASA

1. VSA

	Casi Nunca	**Pocas Veces**	**Unas veces sí, otras veces no**	**Muchas veces**	**Casi siempre**

PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN					
1. Muy importante en mi vida		X			
2. Que tiene muchas consecuencias negativas					X
3. Difícil o amenazante para mí					X
4. Difícil de controlar o resolver				X	
5. Que no me gusta			X		
6. En la que reflexiono acerca de lo que pensarán los demás					X

2. VSD

	Casi Nunca	**Pocas Veces**	**Unas veces sí, otras veces no**	**Muchas veces**	**Casi siempre**
PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN					
7. En la que puedo hacer muchas cosas				X	
8. En la que intento crecer como persona			X		
9. En la que puedo y debo estar más pendiente de otros que de mí				X	
10. Que supone un desafío para mí				X	
11. En la que pienso que podría verme desbordado, pero que puedo controlar			X		
12. En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo				X	

3. VSI

	Casi Nunca	**Pocas Veces**	**Unas veces sí, otras veces no**	**Muchas veces**	**Casi siempre**
PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN					
13. Como otra más de la Vida	X				
14. A la que no le doy una especial importancia		X			
15. Sin consecuencias negativas para mí		X			

4. ACS

	Casi Nunca	Pocas Veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
16. Creo que puedo enfrentarme a esta situación y hacer cosas que ayuden			X		
17. Trato de restarle importancia a la situación		X			
18. Intento ver la situación de la manera que me cause menos problemas			X		
19. Trato de ver algún aspecto positivo de la situación			X		
20. Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación			X		
21. Puedo tomar decisiones que me ayuden a simplificar los problemas que aparecen			X		

5. ACE

	Casi Nunca	Pocas Veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
22. Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan			X		
23. Me digo a mí mismo cosas positivas y me doy ánimos				X	
24. Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos		X			
25. Pienso que en otras situaciones hice lo que pude y esto me tranquiliza			X		
26. Intento eliminar mis pensamientos negativos			X		
27. Intento mejorar mi estado de ánimo			X		

6. AC-MS

	Casi Nunca	Pocas Veces	Unas veces sí, otras	Muchas veces	Casi siempre

			veces no		
28. Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada				**X**	
29. Hago cosas para atraer la atención de los demás hacia el problema, buscando soluciones				**X**	
30. Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien			**X**		
31. Intento crear una situación relajada		**X**			
32. Trato de conocer y prepararme para esta situación			**X**		
33. Busco el contacto con las personas más próximas			**X**		

7. AC-ME

	Casi Nunca	**Pocas Veces**	**Unas veces sí, otras veces no**	**Muchas veces**	**Casi siempre**
34. Hago cosas que ayuden a relajarme			**X**		
35. Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar activo			**X**		
36. Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión			**X**		
37. Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro			**X**		
38. Hago cosas que me ayudan a aumentar mi sensación de control			**X**		
39. Intento hablar de una manera espontánea y suave para calmarme			**X**		

8. AP

	Casi Nunca	**Pocas Veces**	**Unas veces sí, otras veces no**	**Muchas veces**	**Casi siempre**
40. No hago nada especial e intento pasar desapercibido					**X**
41. Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones				**X**	

9. AE

	Casi Nunca	Pocas Veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
42. Intento huir o evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella					**X**

Puntajes: Primera toma: 18-08-2014

Dimensión	Puntaje Bruto	Promedio
VSA Valoración de la situación como amenazante	18	3
VSD Valoración de la situación como desafío	16	2,67
VSI Valoración de la situación como irrelevante	2	0,66
ACS Afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación	11	1,84
ACE Afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción	12	2
AC-MS Afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación	13	2,17
AC-ME Afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción	12	2
AP Afrontamiento pasivo	7	3,5
AE Afrontamiento evitativo	4	4

8.2 Anexo B: Puntajes del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), segunda toma.

Puntajes: Segunda toma: 13-10-14.

Dimensión	Puntaje Bruto	Promedio
VSA Valoración de la situación como amenazante	14	2,34
VSD Valoración de la situación como desafío	15	2,50
VSI Valoración de la situación como irrelevante	5	1,67
ACS Afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación	12	2
ACE Afrontamiento cognitivo dirigido a reducir	14	2,33

la emoción		
AC-MS Afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación	18	3
AC-ME Afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción	12	2
AP Afrontamiento pasivo	4	2
AE Afrontamiento evitativo	2	2

8.3 Anexo C: Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS).

A continuación hay una lista de frases. Léalas atentamente y piense si lo que dicen describe o no su forma de ser. Si usted está de acuerdo, marque su respuesta en **V** (verdadero). Si usted está en desacuerdo, piensa que no describe su forma de ser, marque **F** (falso) en la Hoja de respuestas. Trate de ser lo más sincero posible. No hay respuestas Correctas o Incorrectas.

1 Soy una persona tranquila y colaboradora.
2 Siempre hice lo que quise y asumí las consecuencias.
3 Me gusta hacerme cargo de una tarea.
4 Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme.
5 Contesto las cartas el mismo día que las recibo.
6 A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan.
7 Ya no me entusiasman muchas cosas como antes.
8 Preferiría ser un seguidor más que un líder.
9 Me esfuerzo para tratar de ser popular.
10 Siempre he tenido talento para lograr éxito en lo que hago.

11 Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.
12 Me siento incómodo cuando me tratan con bondad.
13 Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales.
14 Creo que la policía abusa del poder que tiene.
15 Algunas veces he tenido que ser algo rudo con la gente.
16 Los niños deben obedecer siempre las indicaciones de sus mayores.
17 A menudo estoy disgustado por la forma en que se hacen las cosas.
18 A menudo espero que me pase lo peor.
19 Me preocuparía poco no tener muchos amigos.
20 Soy tímido e inhibido en situaciones sociales.

21 Aunque esté en desacuerdo, por lo general dejo que la gente haga lo que quiere.
22 Es imposible pretender que las personas digan siempre la verdad.
23 Puedo hacer comentarios desagradables si considero que la persona se los merece.
24 Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí.
25 Muy poco de lo que hago es valorado por los demás.

27 En los últimos tiempos me he convertido en una persona más encerrada en sí misma.
28 Tiendo a dramatizar lo que me pasa.
29 Siempre trato de hacer lo que es correcto.
30 Dependo poco de la amistad de los demás.

31 Nunca he estado estacionado por más tiempo del que un parquímetro establecía como límite.
32 Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quiero.
33 Me gusta acomodar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
34 A menudo los demás logran molestarme.
35 Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.
36 Siempre logro conseguir lo que quiero, aunque tenga que presionar a los demás.
37 Nada es más importante que proteger la reputación personal.
38 Creo que los demás tienen mejores oportunidades que yo.
39 Ya no expreso lo que realmente siento.
40 Es improbable que lo que tengo para decir interese a los demás.

41 Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.
42 Me tomo con poca seriedad las responsabilidades que tengo.
43 Soy una persona dura, poco sentimental.
44 Pocas cosas en la vida pueden conmoverme.
45 Me tensiona mucho el tener que conocer y conversar con gente nueva.
46 Soy una persona cooperativa que se subordina a los demás.
47 Actúo en función del momento, de las circunstancias.
48 En general, primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.
49 Con frecuencia me he sentido inquieto, con ganas de dirigirme hacia cualquier otro lado.
50 Creo que lo mejor es controlar nuestras emociones.

51 Desearía que la gente no me culpara a mí cuando algo sale mal.
52 Creo que yo soy mi peor enemigo.
53 Tengo pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.
54 Me pongo ansioso si estoy con personas que no conozco bien.
55 Es correcto tratar de burlar la ley, sin dejar de cumplirla.

58 Me tengo mucha confianza.

59 Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.

60 Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.

61 Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.

62 Me siento mejor cuando estoy solo.

63 Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.

64 Generalmente trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.

65 Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.

66 Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi comportamiento.

67 Siempre termino mi trabajo antes de descansar.

68 Otros consiguen cosas que yo no logro.

69 A veces siento que merezco ser infeliz.

70 Espero que las cosas tomen su curso antes de decidir qué hacer.

71 Me ocupo más de los otros que de mí mismo.

72 A menudo creo que mi vida va de mal en peor.

73 El solo estar con otras personas me hace sentir inspirado.

74 Cuando manejo siempre controlo las señales sobre límites de velocidad y cuido no excederme.

75 Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.

76 Me guío por mis intuiciones más que por la información que tengo sobre algo.

77 Jamás envidio los logros de los otros.

78 En la escuela, me gustaron más las materias prácticas que las teóricas.

79 Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan.

80 Mi corazón maneja mi cerebro.

81 Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.

82 A menudo espero que alguien solucione mis problemas.

83 Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a otros.

84 Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.

85 Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.

86 Si algo sale mal, aunque no sea muy importante, se me arruina el día.

87 Disfruto más de mis fantasías que de la realidad.

88 Me siento satisfecho con dejar que las cosas ocurran sin interferir.

89 Trato de ser más lógico que emocional.

90 Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que sólo se imaginan.

91 Me resulta difícil ponerme a conversar con alguien que acabo de conocer.

92 Ser afectuoso es más importante que ser frío y calculador.

93 Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.

94 Me resulta fácil disfrutar de las cosas.

95 Me siento incapaz de influir sobre el mundo que me rodea.

96 Vivo en términos de mis propias necesidades, no basado en las de los demás.

97 No espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.

98 Evito contestar mal aun cuando estoy muy enojado.

99 La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.

100 A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.

101 Aun cuando era muy joven, jamás intenté copiarme en un examen.

102 Siempre soy frío y objetivo al tratar con la gente.

103 Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.

104 Soy una persona difícil de conocer bien.

105 Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.

106 Manejo con facilidad mi cambio en los estados de ánimo.

107 Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.

108 Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.

109 Jamás haré algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.

110 Mis amigos y familiares recurren a mí para encontrar afecto y apoyo.

111 Aun cuando todo está bien, generalmente pienso en que pronto va a empeorar.

112 Planifico con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.

113 Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.

114 Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.

115 Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que yo siento.

116 La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.

117 Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.

118 Primero me preocupo por mí y después por los demás.

119 Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.

120 Siempre mantengo mi compostura, sin importar lo que esté pasando.

121 Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.

122 Pocas cosas me han salido bien.

123 Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.

124 Soy capaz de ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.

125 Prefiero ocuparme de realidades más que de posibilidades.

126 Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.

127 Los afectos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.

128 Me gustan más los soñadores que los realistas.

129 Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas.

130 Creo que es poco lo que puedo hacer yo, así que prefiero esperar a ver qué pasa.

131 Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enojado.

132 Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.

133 Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por lo que siente la gente que participa de su realización.

134 Trabajar con ideas creativas sería lo ideal para mí.

135 Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio, prefiero ser más espectador que actor.

136 Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.

137 Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.

138 Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.

139 Montones de hechos pequeños me ponen de mal humor.

140 Aprendo mejor observando y hablando con la gente.

141 No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.

142 No me atrae conocer gente nueva.

143 Pocas veces sé cómo mantener una conversación.

144 Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.

145 Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.

146 Trato de no actuar hasta saber qué van a hacer los demás.

147 Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.

148 Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.

149 Me gusta ser muy popular, participar en muchas actividades sociales.

150 Raramente cuento a otros lo que pienso.

151 Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.

152 En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.

153 La mayor parte del tiempo la dedico a organizar los acontecimientos de mi vida.

154 No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.

155 Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.

156 Disfruto conversando sobre temas o sucesos míticos.

157 Decido cuáles son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.

158 No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.

159 Me enorgullece ser eficiente y organizado.

160 Me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.

161 Soy ambicioso.

162 Sé cómo seducir a la gente.

163 La gente puede confiar en que voy a hacer bien mi trabajo.

164 Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.

165 Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.

166 Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.

167 Generalmente logro persuadir a los demás para que hagan lo que yo quiero que hagan.

168 Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.

169 Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.

170 Confío mucho en mis habilidades sociales.

171 Generalmente puedo evaluar las situaciones rápidamente, y actuar para que las cosas salgan como yo quiero.

172 En una discusión soy capaz de persuadir a casi todos para que apoyen mi posición.

173 Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.

174 Como si fuera un buen vendedor, puedo influir sobre los demás exitosamente, con modales agradables.

175 Conocer gente nueva es un objetivo importante para mí.

176 Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.

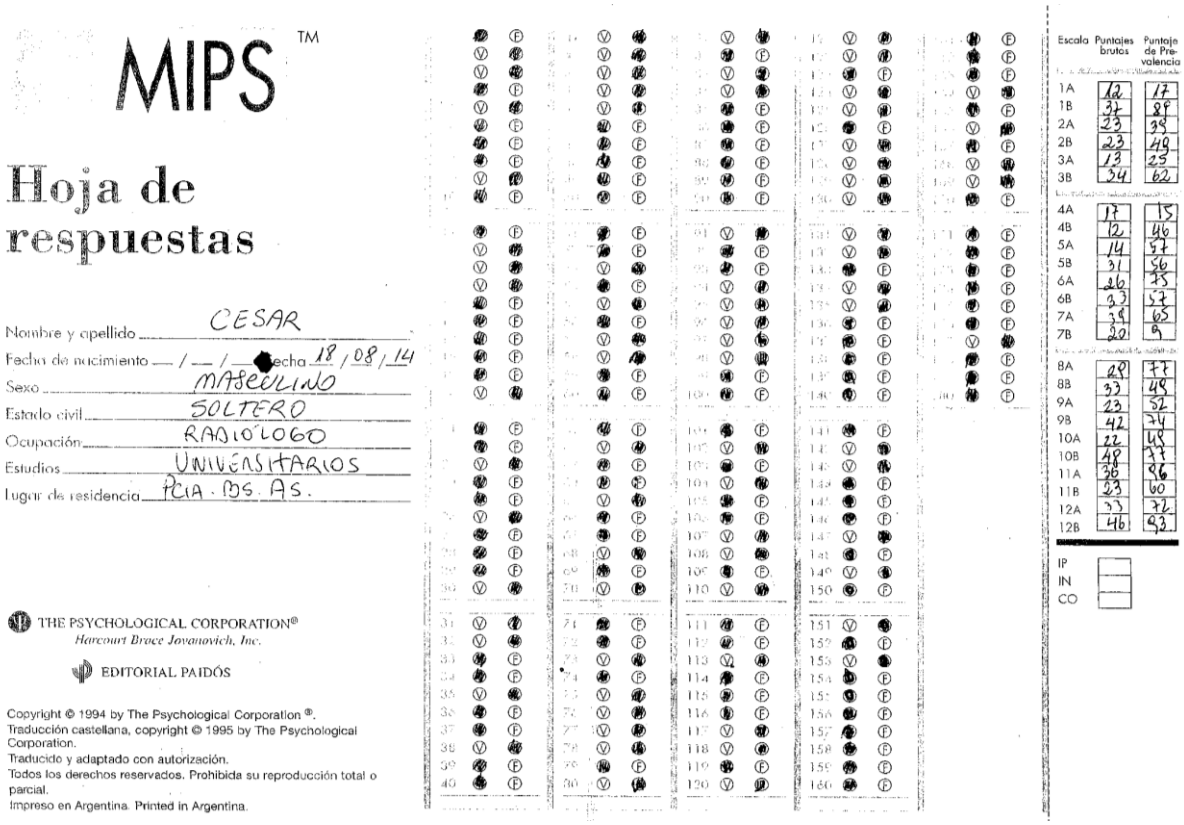
177 Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha precisión.

178 Mi capacidad para fantasear es superior a mi sentido de realidad.

179 Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.

180 Tengo una forma de ser que logra que la gente enseguida guste de mí.

8.4 Anexo D: Puntajes del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), primera toma.



MIPS™

Hoja de respuestas

Nombre y apellido: CESAR
Fecha de nacimiento: __/__/__ Fecha: 18/08/14
Sexo: MASCULINO
Estado civil: SOLTERO
Ocupación: RADIÓLOGO
Estudios: UNIVERSITARIOS
Lugar de residencia: PCIA. BS. AS.

Escala	Puntajes brutos	Puntaje de Prevalencia
1A	12	17
1B	37	89
2A	23	38
2B	23	49
3A	13	25
3B	54	62
4A	17	15
4B	12	46
5A	14	57
5B	31	56
6A	26	35
6B	33	57
7A	39	65
7B	20	9
8A	29	77
8B	33	49
9A	23	52
9B	42	74
10A	22	69
10B	48	77
11A	36	96
11B	23	60
12A	33	72
12B	46	93
IP		
IN		
CO		

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

EDITORIAL PAIDÓS

Copyright © 1994 by The Psychological Corporation ®.
Traducción castellana, copyright © 1995 by The Psychological Corporation.
Traducido y adaptado con autorización.
Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial.
Impreso en Argentina. Printed in Argentina.

Nombre _____ Fecha _____

MIPS

8.5 Anexo E: Puntajes del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), segunda toma.

MIPS™

Hoja de respuestas

Nombre y apellido CÉSAR
Fecha de nacimiento __/__/__ Fecha 13/10/14
Sexo MASCULINO
Estado civil SOLTERO
Ocupación RADIÓLOGO
Estudios UNIVERSITARIOS
Lugar de residencia PCIA. BS. AS.

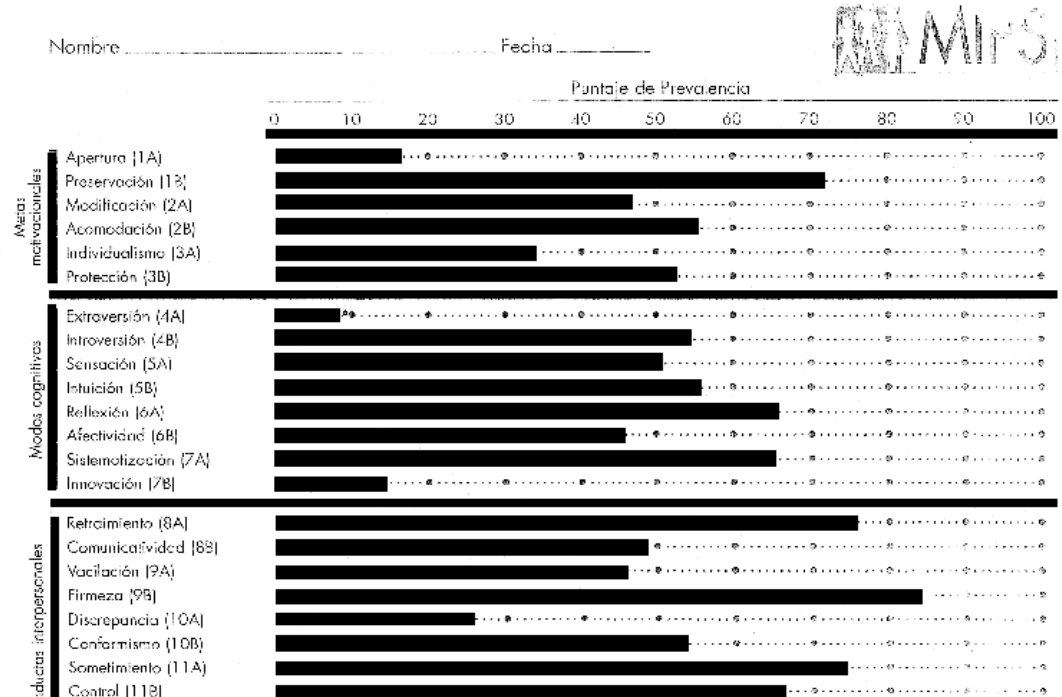
THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

EDITORIAL PAIDÓS

Copyright © 1994 by The Psychological Corporation ®.
Traducción castellana, copyright © 1995 by The Psychological Corporation.
Traducido y adaptado con autorización.
Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial.
Impreso en Argentina. Printed in Argentina.

Para uso del profesional

Escala	Puntajes brutos	Puntaje de Prevalencia
1A	12	17
1B	13	32
2A	25	46
2B	25	56
3A	15	33
3B	21	52
4A	14	7
4B	14	53
5A	12	81
5B	31	56
6A	23	67
6B	30	46
7A	35	65
7B	22	14
8A	32	77
8B	23	49
9A	22	47
9B	46	84
10A	15	26
10B	39	52
11A	25	73
11B	23	69
12A	31	66
12B	21	53
IP		
IN		
CO		



Nombre _____ Fecha _____

MIPS

Puntaje de Prevalencia

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Metas motivacionales
- Apertura (1A)
- Preservación (1B)
- Modificación (2A)
- Acomodación (2B)
- Individualismo (3A)
- Protección (3B)

Modos cognitivos
- Extroversión (4A)
- Introversión (4B)
- Sensación (5A)
- Intuición (5B)
- Reflexión (6A)
- Afectividad (6B)
- Sistematización (7A)
- Innovación (7B)

Conductas interpersonales
- Retraimiento (8A)
- Comunicatividad (8B)
- Vacilación (9A)
- Firmeza (9B)
- Discrepancia (10A)
- Conformismo (10B)
- Sometimiento (11A)
- Control (11B)