

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador



**“Análisis del tratamiento de una paciente con fobia social
y miedo a exámenes”**

Alumna: Sarrió, Martina

Tutor: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Buenos Aires, Argentina, 11 de Diciembre de 2017

Índice

1- Introducción.....	2
2- Objetivos.....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3- Marco Teórico.....	4
3.1 Ansiedad.....	4
3.2 Estrés.....	5
3.3 Trastornos de Ansiedad.....	7
3.3.1 Trastorno de Ansiedad Social.....	8
3.4 Terapia Cognitiva.....	10
3.4.1 Desensibilización sistemática.....	14
3.4.2 Técnicas de control de la Activación.....	16
4. Terapia Grupal.....	18
5. Temor a exámenes.....	19
6- Metodología.....	22
8.Conclusiones.....	40
9.Referencias Bibliográficas.....	44
10 Anexos.....	47

1- Introducción

La práctica profesional fue realizada en un centro integral clínico, docente y de investigación en salud mental con orientación cognitivo conductual. Es una Fundación que se especializa en el tratamiento de problemáticas relacionadas a estrés y ansiedad, llevando a cabo diferentes talleres, cursos, jornadas y atención clínica de pacientes con trastornos afines.

El presidente de la fundación es médico psiquiatra y coordina las diferentes actividades realizadas en la práctica. La misma se llevó a cabo con varias actividades propuestas por el tutor, repartiendo así, las 280 horas que debían cumplirse. El tiempo se dividió en actividades realizadas en la Fundación, en un Hospital y en la cursada de una materia de la carrera de Psicología, (psicopatología II)

En la Fundación se observó y participó en grupos terapéuticos de miedo a exámenes, así como también en jornadas de difusión sobre estrés y ansiedad. A su vez, se llevaron a cabo reuniones de equipo para realizar un seguimiento de dichos grupos y profundizar en un proceso de investigación relevante al temor a los exámenes. Los días miércoles se asistió a un hospital, donde se trabajó de manera directa con pacientes psiquiátricos de la tercera edad en el área de Neurología.

En la Universidad los días lunes se participó de manera activa como ayudante de cátedra en la materia Psicopatología II dictada en el primer semestre de 2017. Se pretende en el presente trabajo describir y analizar el proceso terapéutico de una paciente de 24 años de edad que presenta fobia social y temor a exámenes. Se detallarán diferentes técnicas aplicadas durante el proceso y se analizará la evolución de la paciente.

2- Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar el tratamiento de una paciente de 24 años, con fobia social y temor a exámenes, en una terapia grupal a la luz de un modelo cognitivo.

2.2 Objetivos específicos

- Describir los síntomas específicos de una persona con fobia social y temor a exámenes.
- Describir las técnicas de desensibilización sistemática implementadas en el tratamiento para fobia social y miedo a exámenes.
- Describir y analizar los cambios en la sintomatología de la paciente en relación al temor a exámenes y su sintomatología fóbica inicial.

3- Marco Teórico

3.1 Ansiedad

La *ansiedad* es un fenómeno que se encuentra en todas las personas y que, si aparece de forma adecuada y medida, bajo condiciones normales, mejora notablemente el rendimiento de los sujetos en el medio social, académico y laboral. Como función elemental, aparece la de movilizar al sujeto frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hace lo necesario para evitar el riesgo al sujeto, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo de forma adecuada. Permite a los hombres anticiparse a diversas situaciones, relacionadas con la defensa o con el ataque, y es por esto que constituye un fenómeno esencialmente humano y una función adaptativa para los sujetos, por lo que es considerada como una emoción secundaria normal [CITATION Jua11 \l 3082].

Según Navas Orosco y Vargas Baldares (2012) la ansiedad es una emoción que se presenta frente a hechos inciertos en los que el sujeto puede anticiparlos como amenazantes. De esta forma se ponen en marcha los tantos mecanismos fisiológicos, conductuales y cognitivos que poseen los seres humanos, los cuales lo preparan para accionar sobre aquello que prevé. Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) mencionan que el *estrés* es el resultado y a su vez aseveran que la característica principal de la ansiedad, es la anticipación. La misma dota al hombre de una capacidad de prever amenazas o desafíos, que facilita la movilización y activación para la adaptación de aquellos escenarios que anticipa.

Se puede asumir casi con total seguridad que todos los sujetos han experimentado ansiedad en algún momento de su vida, ya que un nivel elevado del mismo incluye un estado afectivo subjetivo-negativo como nervios, frustración, tensión, etc. Una activación del sistema nervioso simpático (e.g. palpitaciones, presión en el pecho, boca seca, tensión muscular, respiración acelerada), síntomas cognitivos específicos como por ejemplo percepción de amenazas con vulnerabilidad personal, reducción de la atención, dificultad en el razonamiento y la concentración e hiper vigilancia (Biglieri & Vetere, 2011).

Spielberger (1980), resalta una distinción entre ansiedad estado y ansiedad de rasgo. Por un lado, la ansiedad estado, puede entenderse como un estado emocional inmediato, transitorio, acompañado de sentimientos de tensión y aprehensión. Mientras que la ansiedad rasgo, se encuentra asociada a un estado emocional que tiende a ser más o menos estable para el sujeto. Partiendo de aquí, se puede decir que aquellas personas que poseen altos niveles de ansiedad rasgo, tienden a valorar como amenazantes un elevado rango de situaciones y de esta manera,

suelen padecer respuestas de ansiedad estado de forma muy frecuente o muy intensa (Ries, Castañeda Vásquez, Campos Mesa & Del Castillo, 2012).

Según Bulacio (2011), la ansiedad puede distinguirse en ansiedad normal y ansiedad patológica. La ansiedad normal, hace referencia al conjunto de emociones y manifestaciones físicas que se presentan cuando el sujeto está por enfrentar situaciones de exigencia que desconoce. Este tipo de ansiedad es muy beneficiosa, ya que permite adaptarse de forma adecuada a situaciones novedosas permitiéndole al sujeto alcanzar mejor sus objetivos en la vida. La ansiedad patológica, por el contrario, se da cuando los síntomas ansiosos se vuelven excesivos y muy difíciles de controlar, por lo que pueden llegar a interferir seria y negativamente en las actividades diarias de la persona.

Hablando del reformulado modelo cognitivo de la ansiedad descrito en Clark y Beck (2010), Biglieri et al. (2011) pueden afirmar que la ansiedad caracterizada por la atención selectiva hacia una amenaza y una sobreestimación del peligro o riesgo, es una evaluación primaria relativamente automática debido a la activación de un grupo de esquemas de amenaza inherente a todas las experiencias de ansiedad. En un estado de ansiedad, es posible experimentar una evaluación más deliberada, lenta y consciente de los recursos personales y habilidades de afrontamiento de cada uno, lo cual da como resultado una mayor sensación de indefensión debido a una subestimación por parte del sujeto de sus propias habilidades para enfrentar la amenaza percibida. El paciente ansioso inhibe y restringe el procesamiento y acceso de señales de seguridad en dichas situaciones. Este modelo cognitivo, reconoce varias cuestiones interesantes:

- A) Tanto los procesos cognitivos automáticos como los estratégicos son responsables por las cualidades incontrolables e involuntarias de la ansiedad.
- B) La ansiedad es un proceso auto perpetuante en el cual el aumento de la atención selectiva y la intolerancia a los síntomas de ansiedad intensifican el malestar subjetivo.
- C) El problema central en los trastornos de ansiedad es la activación de esquemas de amenaza hipervalentes. Ésta activación, podría causar un ciclo repetido de evaluación y reevaluación del peligro y de la propia vulnerabilidad.
- D) Las diferencias individuales que aumentan el riesgo de desarrollar ansiedad patológica, serían la vulnerabilidad cognitiva de las creencias nucleares estables de cada sujeto sobre la propia indefensión.

3.2 Estrés

Retomando el concepto de estrés anteriormente mencionado, cabe destacar su importancia e implicancia en relación a la ansiedad.

El término de estrés, fue introducido por Selye, que asiente su teoría del estrés basada en la respuesta. Selye entiende que, ante diferentes demandas internas y externas del organismo, el estrés es la respuesta fisiológica que se produce ante ellos. La respuesta de estrés estaría formada por un mecanismo tripartido llamado síndrome general de adaptación, el cual es un mecanismo que incluye tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento, las cuales se ponen en funcionamiento con el fin de contrarrestar el desequilibrio generado por los agentes estresores (Barona, 1996).

Por otro lado, en la teoría interaccionista, basada en los aportes de Lazarus y Folkman (1986), se hace hincapié en los factores psicológicos del individuo que median entre los estresores y la respuesta de estrés (Barona, 1996). Bajo este concepto, Sierra et al. (2003), mencionan que el estrés es el resultado de una interacción entre el individuo y su medio ambiente, en el que el sujeto valora en qué medida las demandas le representan una amenaza para su bienestar y su equilibrio emocional, o si exceden a su capacidad de respuesta.

Como plantea Bulacio (2011), en la Teoría Constructivista Realista del Estrés, el mismo se produce cuando hay una diferencia percibida significativa que el sujeto cree que no va a poder manejar en cuanto a la situación evaluada como amenazante y los propios recursos. En primer lugar, según ésta teoría, el sujeto hace una valoración del estímulo que depende de los esquemas cognitivos personales, acerca de las situaciones, por otro lado realiza una valoración de los recursos que posee para afrontar dichas situaciones, y en tercer lugar hace una comparación entre ambas valoraciones. Aquí, el estrés se produce cuando la diferencia es mayor que la que el sujeto puede tolerar. El último paso y más importante es el afrontamiento, que tiene que ver con cómo se hace frente a esa diferencia que hay entre lo que el sujeto vive como amenaza y la capacidad de respuesta.

El afrontamiento es un proceso que varía en función de los resultados que el individuo obtiene ante cada situación estresante. Aunque no constituye una respuesta automática o fisiológica sino más bien aprendida, y requiere de un esfuerzo del sujeto para manejar la situación y restablecer la homeostasis hasta lograr la adaptación (Brannon, 2001). El autor señala tres aspectos importantes a considerar, primero se trata de un proceso que cambia dependiendo si el sujeto ha experimentado resultados exitosos o no cuando se enfrentó a una situación estresante; el segundo, es que no sólo es una respuesta automática o fisiológica, si no también aprendida por la experiencia; y tercero, requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis o adaptarse a la situación.

Llegado a esta instancia, es imprescindible resaltar que ansiedad y estrés no significan lo mismo. La ansiedad, es una de las tantas formas que tiene la persona de reaccionar ante el estrés (Bulacio, 2011).

En resumen, se puede decir que la ansiedad es una emoción secundaria, normal y específicamente humana. Y que la misma es necesaria ya que en niveles moderados moviliza al individuo frente a múltiples situaciones que puede juzgar como amenazantes, de tal modo que lo lleve a planificar conductas para hacer frente a ello (Bulacio, 2011).

Como se mencionó anteriormente, cuando la ansiedad excede los niveles normales, se vuelve patológica y según los síntomas que se manifiesten, reciben el nombre de los diferentes Trastornos de Ansiedad (Lazarus & Folkman, 1986), los cuales se detallarán en el próximo apartado.

3.3 Trastornos de Ansiedad

Navas Orosco y Vargas Baldares (2012), mencionan que los Trastornos de Ansiedad se caracterizan principalmente por el miedo excesivo a situaciones que no representan ningún peligro real y a la evitación en respuesta a situaciones específicas. También agregan que los trastornos de ansiedad evolucionan de forma crónica con algunos períodos de incremento y otros de remisión de síntomas y que, en general, poseen comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, muy especialmente con el trastorno depresivo mayor y distimia.

Los autores resaltan que los factores biológicos son de gran importancia para la predisposición de los trastornos de ansiedad, y que hay una vulnerabilidad genética muy grande principalmente en trastorno por pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social.

Aunque son muy importantes, no hay que dejar de lado los factores psicosociales (interpersonal, socio económico, laboral), ya que son factores precipitantes y agravantes causales de los trastornos de ansiedad en personas que están genéticamente más expuestas. Según Beck (2013), el miedo como valoración automática básica del peligro, constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad. Para distinguir los procesos anormales de ansiedad y miedo, el autor sugiere cinco criterios, aclarando que no es necesario que todos ellos estén necesariamente presentes en un caso particular:

- A) Cognición disfuncional: el miedo y la ansiedad anormal derivan de una asunción falsa que valora erróneamente el peligro de una situación.
- B) Deterioro del funcionamiento: la ansiedad interfiere directamente con el manejo adaptativo y afectivo ante la percepción de una amenaza y de forma más general en la vida social y cotidiana de la persona.

- C) Persistencia: la ansiedad persiste bastante tiempo después de lo que podría esperarse en condiciones normales.
- D) Falsas alarmas: son el miedo visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante.
- E) Hipersensibilidad a los estímulos: el paciente sufre una hipersensibilidad a estímulos que en la realidad concreta no son amenazantes ni peligrosas.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA; 2013) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-5), clasifica los Trastornos de Ansiedad en : *Trastorno de ansiedad por separación* (Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas o lugares por los que siente apego), *Mutismo selectivo* (Disminución y desaparición de la capacidad de habla en circunstancias determinadas o ante determinadas personas), *Fobia específica* (Miedos intensos e irracionales a ciertas situaciones o cosas específicas), *Trastorno de pánico* (Sensaciones de terror que ocurren repetida y repentinamente sin aviso previo) , *Agorafobia* (Miedo a encontrarse en un lugar público, que te suceda algo y no recibir ayuda), *Trastorno de ansiedad generalizada* (Preocupación y tensión crónicas cuando nada lo provoca), *Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de Ansiedad Social*. A continuación, se detallará en profundidad el Trastorno de Ansiedad Social, el cuál es importante para entender el padecimiento de la paciente que se analizará en el desarrollo.

3.3.1 Trastorno de Ansiedad Social

Según Gallego (2010), el Trastorno de Ansiedad Social se manifiesta en muchos niveles de respuesta. A *nivel fisiológico* puede experimentarse malestar gástrico, sudoración, temblor de voz; a *nivel conductual* se producen problemas de expresión, se evita imperiosamente ser el centro de atención e incluso se evita interactuar con las demás personas; y a *nivel cognitivo*, se originan dificultades de memoria y concentración.

Rey, Aldana y Hernández (2006) definen a la ansiedad social como un miedo profundo y constante ante diferentes circunstancias en las cuales el sujeto puede ser evaluado por otras personas. El sujeto ante dichas situaciones puede manifestar diversos síntomas que se agrupan en cognitivos, conductuales y fisiológicos. A nivel cognitivo la persona puede anticipar y representarse en su cabeza la posibilidad de ser valorado negativamente y ser criticado por otros, por actuar de manera que parezca disparatada o inútil. Dentro de los síntomas conductuales se puede mencionar la evitación hacia aquellas situaciones sociales en

las cuales la persona padezca síntomas de ansiedad, mientras que a nivel fisiológico se hace referencia a la activación a nivel autónomo.

La ansiedad social es consecuencia de la activación de maneras de afrontamiento, actúa como mecanismo de defensa ante situaciones evaluadas como amenazantes y cumple un papel muy importante en la supervivencia y evolución de los grupos sociales (Trower & Gilbert, 1989). Por lo general, es un trastorno que comienza a principios de la adolescencia o incluso antes (Bulacio, 2011). En la ansiedad social, este mecanismo es utilizado de forma inadecuada, activando procesos psicológicos de evaluación y afrontamiento que consideran a los demás como personas hostiles y dominantes, se produce un miedo excesivo a las críticas y se desencadenan conductas de sumisión, escape o evitación (Trower & Gilbert, 1989).

Según el DSM-5 (APA, 2013), para diagnosticar un trastorno de ansiedad social o fobia social se deben cumplir algunos criterios:

- 1- Miedo intenso por parte de la persona a una o más situaciones sociales que no le resulten familiares, en las cuales pueda ser evaluado por otros sujetos. Por ejemplo: hablar en público, ser observado cuando se lleva a cabo una acción como comer, estar en contacto con personas extrañas, entre otras.
- 2- El sujeto presenta un miedo intenso antes de actuar de una manera en la cual sea juzgado de forma negativa o sea rechazado por los demás.
- 3- La mayor cantidad de situaciones sociales le generan una ansiedad intensa.
- 4- Se suelen evitar situaciones no deseadas debido a los síntomas de ansiedad.
- 5- La ansiedad es desmesurada frente al peligro real.
- 6- Los síntomas tienen una durabilidad mayor a seis meses.
- 7- Los síntomas de ansiedad y la evitación causan un malestar subjetivo que es significativo y estresante para la persona.
- 8- Los síntomas no son producto de una afección médica o efectos directos de una droga o sustancia.
- 9- El miedo o la ansiedad intensa no se comprenden con más claridad por la presencia de otro trastorno psiquiátrico.
- 10- En caso de existir una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad social no estarían relacionados a la misma.

Los juicios y la desaprobación del mundo social son la principal causa de miedo a la evaluación negativa, en experiencias donde se involucren competencias entre las personas y anticipaciones de errores interpersonales. Una evaluación personal-social negativa trae consecuencias como autocríticas acerca del propio desempeño, que se acompañan por

creencias relacionadas con incapacidad, poca deseabilidad social o desacierto en las relaciones interpersonales (La Greca & López, 1998).

Velasco (2007) por su parte, distingue dos acepciones de fobia social. La primera se trataría de una ansiedad social generalizada, caracterizada por la presencia de temor a una gran cantidad de situaciones sociales, y la segunda, se refiere a una dimensión situacional, en donde el miedo se encuentra circunscripto a uno o dos escenarios sociales.

Retomando a Lazarus y Folkman (1986), se puede decir que la ansiedad social es por lo general hereditaria y puede estar acompañada por alcoholismo y/o depresión. Las personas que padecen este trastorno comprenden que sus sensaciones son irracionales, pero, sin embargo, les resulta muy difícil no evitar toda situación que les produzca esa ansiedad. El 80% de las personas que sufren de fobia social, alivian sus síntomas realizando tratamiento psicofarmacológico combinado con una terapia cognitivo-conductual, donde con diferentes técnicas comprobadas clínica y empíricamente va mejorando la sintomatología inicial (Bulacio, 2011).

3.4 Terapia Cognitiva

Como se expresó con anterioridad, la terapia cognitivo-conductual, es la más eficaz para tratar los Trastornos de Ansiedad ya que se pone el foco en modificar los pensamientos y emociones para luego así poder modificar la conducta (Fernández Álvarez, 1999).

Según Minici, Rivadeneira, y Dahab (2001), la terapia cognitivo-conductual tiene cuatro pilares teóricos básicos fundamentales en los que se apoya su modelo de intervención e integración clínica. Los cuatro pilares son: El modelo cognitivo, el condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje social y el condicionamiento clásico.

Los autores establecen que el condicionamiento clásico hace referencia a los grandes descubrimientos y estudios del fisiólogo Iván Pavlov. El mismo es definido como un tipo de aprendizaje asociativo, en el cual los organismos aprenden a través de reiterados ensayos y diferentes estímulos ambientales, o sea asociaciones predictivas. Luego estos estudios fueron tomados por John B. Watson, creador del conductismo, para el tratamiento de las fobias.

El segundo pilar, refiere a los aportes del psicólogo y filósofo social Burrhus F. Skinner, los cuales dejan en evidencia la existencia de una segunda modalidad de aprendizaje, el condicionamiento operante. Desde esta perspectiva, cabe entender que las conductas se desarrollan o se reducen en base a las consecuencias que ellas mismas generan (Minici et al., 2001).

El creador del tercer pilar, la teoría del aprendizaje social, fue Albert Bandura. Desde esta perspectiva se transmite que el aprendizaje puede generarse por imitación y observación de conductas de terceros, donde los factores personales de quien aprende tiene un gran papel y no solo se desencadena por la experiencia propia y directa (Minici et al., 2001).

Este aprendizaje basado en la observación de las conductas del otro se denomina *aprendizaje modelado*, y se puede dar de manera accidental o intencionada. Al reforzar o extinguir ciertos patrones de aprendizaje, puede complementarse con el condicionamiento clásico y el operante mediante la incorporación de novedosos modelos de imitación (Kaplan & Sadock, 2009).

En último lugar, Minici et al. (2001) mencionan que los modelos cognitivos surgen en parte como corrientes reaccionarias al conductismo radical. Desde esta perspectiva, se empieza a estudiar la importancia que tienen algunos procesos internos como los pensamientos, las imágenes mentales, las creencias y los supuestos subyacentes entre otros.

Según expresa Fernández Álvarez (1999), aproximadamente en el año 1997, la terapia cognitiva era una propuesta terapéutica muy joven, cuyos primeros desarrollos fueron llevados a cabo por los psicoanalistas Aaron Beck en Philadelphia y Albert Ellis en Nueva York. La pregunta más importante que se hacía a estos autores era qué los había impulsado a cambiar su orientación psicoanalítica buscando otros rumbos en el tratamiento psicológico, y la respuesta fue nada más y nada menos que, con dicho cambio, se pretendía aumentar la efectividad de la psicoterapia y que eso podía lograrse utilizando técnicas más directivas, electivas y activas. Desde ese entonces, el modelo terapéutico cognitivo no ha parado de crecer y, en poco tiempo, se difundió por todos los continentes.

La terapia cognitiva es entonces, un tratamiento psicoterapéutico que tiene por objetivo ayudar a los sujetos que vean afectada su calidad de vida, debido al sufrimiento que les provocan las dificultades que tienen para resolver problemas específicos de su conducta, en sus relaciones interpersonales, en sus emociones o para poder concretar proyectos personales (Fernández Álvarez, 1999).

Es un proceso dinámico, directivo, organizado y de tiempo reducido que se utiliza para tratar diferentes trastornos psicológicos, como por ejemplo depresión, ansiedad, fobias, duelos, etc. Se basa principalmente en la teoría de que, según la organización de la propia experiencia de las personas, en términos de significado, influyen de forma negativa en su conducta y sus sentimientos. Desde este modelo, las técnicas y estrategias psicoterapéuticas, buscarán identificar y modificar creencias falsas sobre sí mismo y el mundo, pensamientos erróneos, dolorosos o distorsiones cognitivas, colaborando de esta manera, a pensar de forma

realista y funcional respecto a sus problemas psicopatológicos particulares (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Según Keegan (2008), un tratamiento cognitivo conlleva una estructura y se deriva de la utilización de protocolos validados en investigación empírica. Todo tipo de influencia sobre la cognición, debería devenir un posible cambio en el ánimo y en la conducta; Y es la terapia cognitiva entonces, la que produce estos cambios centrándose especial y particularmente en la modificación de la cognición. El cambio, puede producirse incidiendo sobre la conducta o sobre la emoción misma. Todas las terapias cognitivas se basan en teorías específicas para cada trastorno, definidos de acuerdo al DSM 5 (APA, 2013). En términos generales, el tratamiento cognitivo se compone de un diagnóstico, seguido de un trabajo psicoeducativo que se expande durante todo el tratamiento hasta el final.

El paciente, por lo general recibe toda la información necesaria acerca del trastorno que padece y sobre el tratamiento que llevará a cabo. Durante las entrevistas con el paciente, el terapeuta necesita reunir todos los datos e información indispensable para lograr una adecuada conceptualización del caso. Para ello administra algunos instrumentos de evaluación de uso habitual en psicología clínica- y, en algunos casos, algunos más específicos. Una vez que se obtiene el consentimiento informado, se da inicio al tratamiento ayudando al paciente a identificar y controlar en la medida de lo posible, sus pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas (Keegan, 2008).

Los *pensamientos automáticos*, son cortos, superficiales veloces y breves. Cuando éstos son sometidos a evaluación racional, las emociones suelen modificarse, por eso es que el terapeuta debe indagar qué pensamientos de este tipo aparecen en la sesión, fuera de la sesión, y debe preguntarle al paciente qué estaba pasando por su mente en ese momento (Beck, 1983).

Cuando se hace referencia al término distorsiones cognitivas, Beck (1983), explica que son aquellos pensamientos o “constructos” erróneos que la persona tiene respecto a una situación o escenario temido. En personas con ansiedad patológica, por ejemplo, es usual encontrar modos de pensar y procesar las experiencias que perpetúan el problema. El objetivo primordial de la psicología cognitiva, es descubrir y reorganizar esos pensamientos automáticos erróneos para ayudar al paciente a distinguirlos de los pensamientos racionales y así poder detener hábitos que se generen a causa de ese malestar. El terapeuta cognitivo, ayuda al paciente a actuar, pensar y dar nuevos significados a su experiencia de un modo más realista y adaptativo.

Según Keegan (2008), una vez que el paciente logra identificar estos pensamientos, se le pide que trate de registrar los cambios anímicos que van de la mano con estos pensamientos automáticos. Una vez alcanzado este objetivo, se le pide al paciente que registre los cambios de comportamiento que acompañan los cambios anteriores. En el siguiente paso, se trata de debatir la utilidad y razonabilidad de los pensamientos automáticos. Este paso debe estar seguido por la generación de pensamientos alternativos que se vean acompañados por comportamientos y estados de ánimo que no generen malestar al sujeto.

El último y más complejo, consiste en intentar modificar las creencias centrales del paciente, que por lo general son implícitas. El terapeuta en conjunto con el sujeto, deben inferir el contenido de esas creencias, ya que su modificación es clave para la durabilidad de los resultados de la terapia (Keegan, 2008).

Por lo tanto, en la terapia cognitiva el paciente no debe cumplir instrucciones pasivamente, sino que, en conjunto con el terapeuta deben acordar los términos de su contrato terapéutico, con el objetivo de aliviar el sufrimiento del paciente, sin establecer al terapeuta como un portador de soluciones. La relación paciente-terapeuta es muy importante en la psicoterapia, se espera que el paciente, entre una sesión y otra, realice las tareas que se le asignan para la sesión siguiente. Esto fomenta el papel activo del paciente en la producción de cambios, y se podrán lograr alcances técnicos de gran importancia que harán posible más rápida su recuperación (Fernández Álvarez, 1999).

Las fases de la terapia cognitiva para que ésta sea efectiva y se encuentre el resultado deseable, principalmente serán: establecer una relación terapéutica, comprender las quejas del paciente y transformarlas conjuntamente en un problema, y demostrar cómo influye la cognición en las emociones. También son de vital importancia las actitudes del terapeuta, tal es así que se espera que este le inspire confianza al paciente teniendo una consideración positiva en todo momento, demostrando empatía y congruencia, sin mostrarse demasiado reforzante o afectado. También es importante destacar, que la mayor parte de las verbalizaciones del terapeuta deben ser en forma de preguntas (Beck et al., 1979)

Aunque existe un amplio número de quejas por las cuales una persona acude a terapia, se pueden agrupar en tres grandes categorías (Fernández Álvarez, 1999):

A) Los sujetos se sienten mal por un síntoma definido que tiene una clara manera de manifestarse. Como, por ejemplo, personas que tienen problemas para dormir, depresiones, que padecen inhibiciones, que tienen temor a hablar en público, que tienen alguna compulsión, etc.

B) Otras personas consultan por un malestar generado por encontrar dificultades en alguno de sus vínculos, principalmente familiares o de pareja.

C) Personas que se sienten confundidas y abrumadas por la manera en que llevan adelante su vida, sin que ello obedezca a ningún síntoma específico. Todas estas formas de padecimiento, no son excluyente entre sí.

Con respecto a la ansiedad social, las técnicas cognitivo-conductuales son unas de las intervenciones más utilizadas y efectivas para el tratamiento de dicho trastorno. Entre las técnicas más usadas en el tratamiento de la ansiedad social se encuentran: las técnicas de exposición, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y el entrenamiento en habilidades sociales (Velasco, 2007).

En el siguiente apartado, se explicarán las diferentes técnicas que se utilizan mayormente en pacientes con ansiedad social y algún temor en particular.

3.4.1 Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática tal como fue estudiada y desarrollada por Wolpe, se basa en los principios del condicionamiento clásico, de tal forma que la intensidad de una respuesta condicionada como la ansiedad, podría reducirse estableciendo una respuesta incompatible con la misma frente al estímulo condicionado como por ejemplo un cocodrilo; o sea, la presentación de un estímulo ansiógeno cuando no puede producirse la respuesta de ansiedad, esto facilitaría la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad (Neria, 2017).

Según Vallejo-Slocker y Vallejo (2016), la desensibilización sistemática es una de las técnicas pioneras de modificación de la conducta. Fue desarrollada en 1958, y se trata de un procedimiento de extinción, ya que al exponer al paciente al estímulo fóbico se obtiene la desaparición de la respuesta de ansiedad.

Esta técnica se basa en que determinados estímulos despiertan automáticamente respuestas ansiógenas en los sujetos y tienen como fin que esos mismos estímulos provoquen de forma automática respuestas incompatibles con la ansiedad, impidiendo de esta manera el desarrollo de la misma y el accionar de conductas de evitación. Las respuestas antagónicas a la ansiedad generalmente son de relajación, y funcionan como inhibidoras de los estados fisiológicos de la ansiedad, dando lugar al proceso denominado inhibición recíproca. Por otro lado, la asociación gradual de la situación ansiógena a la respuesta antagónica de relajación, permite el condicionamiento de ambas y la superación de las respuestas ansiógenasdesadaptativas, dando lugar al proceso de contracondicionamiento (Labrador, 2008).

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

El tratamiento está compuesto por tres partes diferentes: 1) entrenamiento en la relajación progresiva de la musculatura; 2) construcción de una jerarquía de miedos; y 3) la desensibilización propiamente dicha la cual consiste en repetidas presentaciones imaginarias del estímulo temido de forma gradual, mientras el paciente se encuentra en una relajación muscular progresiva (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers & Telch, 2010).

Según Ángeles, Díaz y Villalobos (2012), una vez que el paciente está entrenado en relajación, haya elaborado la jerarquía de ansiedad y evaluado la capacidad imaginativa, se comienza con las sesiones de desensibilización. En principio se acuerda una señal que el paciente deberá realizar para indicar que está totalmente relajado o, por el contrario, si siente ansiedad. La práctica de desensibilización se da comienzo con el paciente sentado en un lugar confortable y desarrollando la respuesta de relajación para la cual fue previamente entrenado, una vez indicada la señal elegida se le presenta el primer ítem de la jerarquía y se le pide que lo imagine con el mayor realismo posible. Si ante la presentación del ítem el paciente presenta ansiedad, se le indica dejar de imaginar y volver a centrarse en la relajación.

En caso de que no se produzca ansiedad el ítem se mantiene en la imaginación durante unos 15 o 20 segundos. Luego de este tiempo se le pide al paciente centrarse nuevamente en la relajación (40 o 50 segundos) y se volverá a presentar el mismo ítem siguiendo las mismas reglas, si nuevamente no se produce ansiedad se realizará una nueva pausa para centrarse nuevamente en la relajación y después volver a presentar el ítem una tercera vez. Si no hay señal alguna de la presencia de ansiedad durante el momento de exposición, el tiempo de exposición del ítem se va extendiendo un poco más en cada presentación. Si hay problemas de ansiedad, el tiempo de presentación no se alargará hasta que la exposición no se haya dado libre de ansiedad absolutamente.

Labrador (2008), sugiere que existen otras modalidades de exposición además del formato real o imaginario, por ejemplo:

- A) Desensibilización Sistemática por medio de Movimientos Oculares: Aquí la variación principal se basa en el uso de técnicas basadas en el movimiento de los ojos, que es implementado como respuesta incompatible a los estados ansiógenos.

- B) **Desensibilización Sistemática por Contacto:** En este caso el paciente es expuesto a los estímulos que le producen ansiedad en compañía del terapeuta que lo trata, ya que funciona como modelo al exponerse a dichos estímulos antes que el paciente.
- C) **Desensibilización Sistemática Automatizada:** En este procedimiento luego de realizar una jerarquía de ansiedad específica para el paciente, los terapeutas encargados de llevar a cabo la terapia, graban en una cinta magnetofónica las sesiones de desensibilización, en las cuales se incluyen las instrucciones para ayudar a relajar al paciente, así como también la presentación de los ítems.
- D) **Desensibilización Sistemática mediante Realidad Virtual:** Estos procedimientos nacen a raíz de los nuevos desarrollos tecnológicos, los cuales posibilitan la elaboración de escenarios que simulen la realidad. Este procedimiento es similar al de la desensibilización sistemática imaginaria, pero se le agrega que incluye toda la estimulación necesaria para que el paciente se sienta como si realmente estuviera inmerso en los escenarios que le producen ansiedad.
- E) **Desensibilización Sistemática Enriquecida:** En dicha modalidad, los terapeutas colaboran con el paciente ayudándolo a imaginar las escenas ansiógenas de forma más real, mediante la utilización de estímulos preferentemente físicos, como aromas, ruidos o dramatizaciones de alguna situación.

3.4.2 Técnicas de control de la Activación

Según Bulacio (2011), la relajación produce una disminución de la tensión muscular, la intensidad del ritmo cardíaco, y los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina. Ésta técnica intenta ayudar al individuo a relajarse haciendo ejercicios musculares en los que el paciente debe tensar y relajar relativamente sus músculos. El objetivo primordial, es que el paciente aprenda a identificar las señales fisiológicas que provienen de su cuerpo cuando está en tensión y ponga en funcionamiento las habilidades aprendidas durante la terapia para reducirla.

López de la Llave y Pérez Llantada (2010), afirman que las técnicas de control de la activación se pueden agrupar en tres grupos de gran importancia. El primer grupo incluye las técnicas activas o fisiológicas que necesitan una mayor participación activa del sujeto que aprende; estas incluyen las técnicas de control de la respiración y relajación muscular. En el segundo grupo se encuentran las técnicas pasivas o mentales en las que otra persona se encarga de encaminar activamente la práctica; incluyen a la relajación por visualización,

entrenamiento autógeno e hipnosis. Y, por último, están las técnicas mixtas entre las que se encuentran la música y el yoga.

La técnica de control de la respiración, es una de las prácticas más simples y una de las más eficaces en el control de la activación (Labrador, 2008).

Calle (1992), afirma que para cada emoción existe un tipo de respiración característica en donde un estado ansioso genera una alteración del ritmo natural, fatiga y tensión torácica; la respiración es una respuesta automática, aunque los sujetos pueden controlarla voluntariamente en cualquier circunstancia. El objetivo de estas técnicas será que la persona aprenda y automatice un control propio y voluntario de su respiración, para poder aplicarlo ante cualquier circunstancia que lo necesite, especialmente ante situaciones ansiógenas (Labrador, 2008).

Una de las técnicas de control respiratorio más utilizadas es la respiración diafragmática que consiste en un tipo de respiración que inicia con una inspiración completa, con el torso y abdomen absolutamente relajados, producto del descenso del diafragma; luego el aire se retiene y exhala en el mismo tiempo que se utilizó para la inhalación (Castellano, 2011).

Bulacio (2011), sostiene que las técnicas de control de la respiración se deben dar tomándose bastante tiempo y entrenamiento, y tienen que ser abdominales, suaves, profundas rítmicas y lentas, ya que sino el procedimiento no conseguirá los resultados deseados. También expresa que un correcto manejo de la respiración, favorece una correcta oxigenación pulmonar y una reducción de la activación general del organismo.

Otra de las técnicas, es la derelajación muscular progresiva, que consiste en aprender a tensar y después relajar los distintos músculos del cuerpo, de forma que el paciente sepa qué sensaciones siente cuando el músculo está tenso y qué sensaciones siente cuando está relajado, de ésta manera, una vez que el aprendizaje se convierte en hábito, el paciente podrá identificar rápidamente en su vida diaria, cuando se encuentra tensando. Ésta identificación será la señal del paciente para automáticamente entrar en estado de relajación. Pero, se está hablando de un hábito, y para llegar a serlo, necesita ser aprendido y practicado, con mucha constancia y voluntad (Martinez Saldaña, 2012).

Según Labrador (2008), luego de cada ejercitación de los músculos, el paciente debe realizar un recorrido mental de cada zona trabajada, con la finalidad de identificar las diferentes

sensaciones de relajación y así poder poner en práctica las habilidades aprendidas en los entornos habituales del paciente.

Bulacio (2011), afirma que las técnicas de visualización son fundamentales para conseguir cambios a nivel conductual, ya que permiten al sujeto imaginar diferentes comportamientos adaptativos ante posibles situaciones ansiógenas, y de esta forma acercan al sujeto a la visualización gradual de escenarios problemáticos o desagradables.

Por otra parte, Payne (2002), dice que las imágenes que el sujeto elabora pueden ser tanto agradables como desagradables generando en el primer caso tranquilidad y estabilidad, y en el segundo tensiones o inquietudes.

Cuando la visualización es placentera, es tranquilizadora ya que funciona como distractor en situaciones de estrés. Lo que se busca, es que el paciente imagine situaciones placenteras donde se encuentre relajado, pudiendo sentir los detalles sensoriales de esas escenas para volverlas lo más reales posibles (Payne, 2002).

Por lo general, las técnicas cognitivo-conductuales que se explicaron anteriormente se enseñan en una modalidad grupal, la cual se pasará a explicar en el siguiente apartado.

4. Terapia Grupal

Un grupo terapéutico es aquel que está centrado en el proceso del propio grupo; es decir, centrado en los beneficios relacionados con el funcionamiento individual que proporciona a sus miembros la experiencia de pertenecer a ellos. En el seno del grupo, se desarrolla un sistema de tensiones negativas y positivas que se corresponden al juego de deseos y defensas. La conducta del mismo, es el conjunto de operaciones que tienden a resolver esas tensiones y a restablecer una homeostasis más o menos estable. Dentro de un grupo, hay componentes emocionales que se derivan del vínculo de los miembros con el líder, las interacciones recíprocas entre los miembros y las relaciones de cada uno de los integrantes con las relaciones entre los otros miembros (Portillo, 2000).

Según Portillo (2000), un grupo terapéutico es el único en que la admisión se da en función de alguna deficiencia o problemática admitida y reconocida. El terapeuta toma a los miembros que tengan criterios terapéuticos definidos y parecidos, para aliviar su situación particular, ya que la terapia es grupal pero entre todos no tienen un objetivo común, sino en común. Todos tienen la misma motivación, mejorar. Las interacciones en este tipo de grupos por lo general son espontáneas, predominando los sentimientos y emociones que tienen que ver con la problemática que los lleva a ir a terapia. La realidad en estos grupos es

condicionada, estructurada y planificada por el terapeuta, quien no actúa de líder, sino con una función normativa e interpretativa.

Los autores Garay, Korman y Keegan, (2008), expresan que la Terapia Cognitivo Conductual también fue administrada en formato grupal en numerosos trastornos y problemas y que, si bien la mayoría de estos modelos cognitivo-conductuales se centraron en el tratamiento de trastornos mentales, también existen intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades médicas.

Según Botella, Baños y Perpiñá (2003), las terapias grupales para trastornos de ansiedad específicamente, están compuestas por una combinación de psicoeducación, rol playing, exposición en vivo y una reestructuración cognitiva. La terapia se administra una vez por semana durante 10 o 12 sesiones, y lo ideal en estos casos es que el grupo esté coordinado por dos terapeutas y se trabaje interdisciplinariamente con profesionales que se dediquen al tema.

Serebrinsky (2012), dice que la terapia grupal incluye tres universos: el individuo, el grupo y la sociedad. En ellos se desarrolla, piensa y vive el ser humano. La intervención de los terapeutas en un espacio grupal generará cambios en cada uno de estos universos ayudando en su problemática a los pacientes. Las personas crecen y se desarrollan dentro de un sistema familiar del cual toman información que terminará siendo la base central del sistema de creencias que tiene cada individuo. Con lo cual, cuando se ingresa a una terapia grupal se da la oportunidad de desarrollar nuevas y diferentes narraciones que permiten una gama ampliada de mediación alternativa a la disolución del problema.

Las terapias grupales generalmente tratan problemáticas particulares y los miembros de un mismo grupo comparten muchas características, por ejemplo el caso de terapias grupales para gente con trastorno de ansiedad social y temor a exámenes (Labrador, 2008).

5. Temor a exámenes

El miedo a exámenes puede ser definido como un conjunto de reacciones afectivas negativas que ciertos sujetos experimentan ante las evaluaciones y la mirada de un otro (Herreras, 2005).

Por su parte, Bulacio (2011), resalta que como la amenaza del castigo es más fuerte que la promesa del premio, existe un grado muy alto de incertidumbre antes de rendir un examen. La ansiedad ante los exámenes trae aparejada una serie de reacciones emocionales negativas que algunas personas sienten ante la mirada evaluativa del mismo. El miedo que los sujetos

experimentan en estas situaciones, no es irracional ya que el buen desempeño o no de ellos mismos podría determinar su futuro académico. En la gran mayoría de los casos, existe un agente real o percibido que activa el estado ansioso, el mismo puede ser por no haber podido recordar respuestas conocidas o por alguna situación de bloqueo anterior.

Herreras (2005), expresa que hay diversos motivos por los cuales algunos sujetos experimentan temor ante una situación de examen:

- 1) Falta de preparación: Es muy posible que la ansiedad aparezca por una falta de preparación adecuada para rendir el examen. Por lo general, cuando esto sucede se debe a incorrectos hábitos de estudio, a un exceso de estudio la noche anterior, lo cual incrementa considerablemente la ansiedad ya que el cansancio aumenta y las horas restantes de sueño disminuyen, o directamente a una mala distribución del tiempo.
- 1) 2) La presencia de un agente real o percibido: En algunos casos existe un elemento que es real o percibido por el alumno que activa respuestas ansiógenas en él. Esto último puede ser el recuerdo de una experiencia negativa, como por ejemplo el recuerdo de mente en blanco en un examen o la incapacidad de recordar conceptos estudiados correctamente que en situaciones normales serían fácilmente recordables.
- 2) 3) Pensamientos negativos: Si la preparación para rendir el examen fue correcta, la ansiedad se puede deber a un desvío del pensamiento a emociones relacionadas hacia exámenes anteriores, o a experiencias de sus compañeros o directamente a consecuencias que anticipa en caso de rendir mal.

Tal como afirma Bulacio (2011), puede decirse que las manifestaciones clínicas de los efectos de la ansiedad se dan a nivel fisiológico, conductual y cognitivo. Las reacciones a nivel fisiológico, incluyen taquicardias, desorden en el tránsito intestinal, sudoración en las manos, sequedad en la boca, etc. Son inespecíficos, mientras que a nivel conductual se puede producir una inhibición general que impida las tareas correspondientes previas y al momento del examen. Por último, a nivel cognitivo pueden aparecer complicaciones al momento de tomar decisiones, a la hora de leer y entender preguntas, manejar situaciones cotidianas, etc. La ansiedad ante los exámenes se ha conceptualizado como un rasgo situacional y específico, con esto se quiere decir que hay una tendencia a responder con elevada activación fisiológica, preocupación y sentimientos de aprehensión ante una situación evaluativa (Furlan, Kohan Cortada, Piemontesi, & Heredia, 2008).

Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, y Gruen (1986) proponen la identificación de dos procesos que median en la relación sujeto-ambiente: la evaluación o valoración cognitiva y el afrontamiento. El afrontamiento, como se explicitó anteriormente, es un proceso que varía en función de los resultados que el individuo obtiene ante cada situación estresante. Por esto, no constituye una respuesta automática o fisiológica sino más bien aprendida, y requiere de un gran esfuerzo para manejar la situación y restablecer el equilibrio hasta lograr la adaptación (Brannon, 2001). Folkman et al. (1986) afirman que estos procesos son una secuencia que consiste en tres subprocesos refiriéndose a miedo a exámenes:

- A) Evaluación primaria: Consiste en evaluar y percibir una situación como amenazante, desafiante, de daño o por el contrario de beneficio para uno mismo.
- B) Evaluación secundaria: Implica imaginar o traer a la mente una cantidad de potenciales respuestas a situaciones evaluadas como estresantes de acuerdo a los recursos que tengo para enfrentarla. En situación de examen, un ejemplo claro podría ser pensar en qué se puede hacer para prevenir el fracaso y aumentar probabilidades de éxito, etc.
- C) Respuestas específicas de afrontamiento: Es la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento.

Según Piemontesi & Heredia (2009), existen varias estrategias de afrontamiento: *Las Estrategias Orientadas al Problema*, las cuales tienden a dirigir el problema para eliminar el estrés, incluyendo planificación y crecimiento personal, *Afrontamiento Orientado a la Emoción*, dirigido a reducir el estrés de toda situación que resulte estresante para el sujeto y por último y más común, *Afrontamiento Orientado a la Evitación*, el cual refiere al uso de estrategias para evadir la situación estresante, la cual incluye distanciamiento conductual y mental, negación, cambios en el humor, etc.

Piemontesi & Heredia (2009 como se citó en Carver & Scheier, 1995) señalan que la situación estresante de examen posee cuatro fases:

- 1) Fase Anticipatoria: Esta es una fase preparatoria al examen y constituye una advertencia permanente respecto a la situación evaluativa. Cuando un estudiante con este tipo de ansiedad reconoce la proximidad de un examen, se prepara pensando en todas las posibilidades relacionadas con el mismo. Esto deja en evidencia que los sujetos pueden experimentar sensaciones de angustia y ansiedad días previos a la situación evaluativa.

- 2) Fase de Confrontación: Aquí los estudiantes hacen el exámen y se espera que la ansiedad llegue a su pico máximo. Aquí los estudiantes tienen la posibilidad de emplear estrategias para manejar el estrés, como la búsqueda de apoyo social.
- 3) Fase de la Espera: Hace referencia a la etapa post exámen. Aquí los estudiantes ya rindieron pero las calificaciones no están listas. En esta fase las incertidumbres acerca del examen ya han sido resueltas y comparadas con los textos y otros compañeros pudiendo predecir la calificación, sin embargo, algunos sujetos pueden sufrir aprehensión por los resultados.
- 4) Resultados: Esta etapa constituye la última de la situación estresante, luego de la presentación de las notas los estudiantes ya saben cómo han rendido. Toda incertidumbre en esta etapa queda resuelta y las preocupaciones vuelven a la importancia que realmente poseen, de daño o beneficio.

Es importante destacar que, hasta un cierto punto, la presencia de ansiedad ante los exámenes no es irracional. Esto es así, ya que gran parte del porvenir académico del alumno se determina por medio de diversas instancias evaluativas, por las cuales el estudiante debe transitar. Sin embargo, los problemas comienzan cuando los niveles de ansiedad son exagerados, interfiriendo de esta manera en el rendimiento y en la salud de los implicados en este malestar (Álvarez, Aguilar & Lorenzo, 2012).

6- Metodología

6.1 Tipo de estudio y diseño:

El estudio realizado fue un estudio de caso de tipo descriptivo.

6.2 Participantes:

Charo de 24 años de edad, es soltera y vive sola en capital federal. Actualmente no trabaja, pero trabajó durante dos años en una empresa familiar y es estudiante de Diseño industrial en universidad privada. Ingresó a la carrera de Diseño Industrial al terminar la secundaria y hoy se encuentra cursando el tercer año de la misma, manifestando una gran dificultad para poder enfrentar los exámenes orales. El Dr. especialista en Psiquiatría y Máster en psicología cognitiva de 53 años de edad, estuvo a cargo junto a un equipo interdisciplinario de la realización de las terapias grupales que se llevaron a cabo en la fundación. La psicóloga con especialización en Psicología Cognitiva, ansiedad y estrés, de 34 años de edad, fue la encargada de tener las entrevistas individuales con los pacientes y padres,

y de la administración de técnicas. Y por último la madre de Charo de 60 años de edad, quien asistió a las entrevistas semidirigidas a padres.

6.3 Instrumentos

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a la paciente en conjunto con el psiquiatra. Se recabó información acerca de diferentes áreas de exploración: Motivo de consulta, historia personal, historia familiar, características cognitivas y emocionales, fortalezas y debilidades. También se realizaron entrevistas semi dirigidas al psiquiatra y a la psicóloga tratantes, donde se recabó información acerca de las intervenciones que se realizaron en el tratamiento. Se utilizaron instrumentos como el Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI), Spielberger (1983) que evalúa ansiedad como rasgo y como estado (Ver Anexos) y el Inventario de valoración y afrontamiento (IVA), basado en el modelo de Lazarus, adaptación de Leibovich de Figueroa (1999). Este 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, (Ver Anexos). La historia clínica de la paciente fue de vital importancia, la misma contiene datos personales, tratamientos anteriores en el caso que hubiera, y el diagnóstico. Hubo observación participante de la pasante de la universidad en las sesiones de terapia grupal dentro de la Fundación.

6.4 Procedimiento

Se reunió información durante 8 sesiones grupales, observando las intervenciones del psiquiatra y la psicóloga del equipo y la evolución de la paciente. Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos aproximadamente y se llevó a cabo una vez por semana.

En el transcurso de los encuentros se realizaron entrevistas al psiquiatra, donde se registraron datos del tratamiento, de las distintas intervenciones, de los diferentes puntos trabajados en el tratamiento y las tareas que fueron realizadas por la paciente entre las sesiones y en su hogar.

Se tuvo muy en cuenta la historia clínica de la paciente para analizar su evolución, conocer antecedentes, y demostrar la eficacia del tratamiento.

Durante las entrevistas individuales se entregaron los test autoadministrables a la paciente. En primer lugar, el STAI (Spielberg, 1983) y posteriormente el IVA (Leibovich de Figueroa, 1999). Se elaboró un análisis para conocer sus resultados y así poder inferir la eficacia del tratamiento.

7. Desarrollo

7.1 Presentación del caso

Considerando los datos arrojados por la paciente en la entrevista semi dirigida y los test administrados, se puede afirmar que Charo es una joven de 24 años de edad, soltera que vive con sus padres en su casa de San Isidro.

En la actualidad no trabaja, pero trabajó dos años en la empresa familiar que fundó su padre. Estudia la carrera de diseño industrial en universidad privada y se encuentra transitando su tercer año de facultad con algunas dificultades. Es junto a su hermana melliza Isabel (estudiante de ingeniería ambiental en universidad privada), la mayor de 3 hermanos. Su hermano menor, Federico, tiene 16 años y se encuentra transitando el ante último año de escuela secundaria. Su padre, Sebastián, tiene una empresa de recolección de residuos industriales peligrosos y su madre, Cecilia, es abogada civil.

Charo dio comienzo a los encuentros terapéuticos de miedo a exámenes el día Jueves 16 de Marzo de 2017, manifestando que tenía grandes problemas a la hora de presentar exámenes orales y que esto le traía mucho malestar ya que le impedía avanzar en la carrera porque, estos exámenes a los cuales le daba mucho miedo afrontar, eran correspondientes a materias correlativas con las del año siguiente. Tal como expresa Herreras (2005), dentro de su motivo de consulta, también manifestó una imposibilidad excesiva a poder participar oralmente en las clases dando su opinión o haciendo preguntas por temor a lo que sus compañeros puedan pensar de ella. Como antecedentes relevantes se pudo indagar que, durante el colegio, tenía las mismas dificultades ante las evaluaciones orales al punto de ponerse a llorar si la obligaban a exponerse. Prefería pasar inadvertida antes que participar activamente de las actividades que requirieran exposición como exámenes orales, actos escolares, izar la bandera, etc. (Herreras, 2005).

La paciente no presenta enfermedades médicas y tampoco consume ni consumió ningún psicofármaco. Anteriormente hizo terapia tres años pero por lo que su madre contó en la entrevista semi dirigida que se tuvo con ella, era una terapia psicoanalítica que la llevó a analizar otros aspectos de su vida y no puntualmente esta dificultad que la abruma tanto. Charo llegó a la consulta en la Fundación gracias a la información que le brindó su madre Cecilia, quién se enteró de esta terapia grupal gracias a la página web y sus publicidades.

7.2 Presentación de la modalidad de tratamiento

En el siguiente trabajo se analiza el abordaje terapéutico grupal del tratamiento de una paciente con temor a exámenes y ansiedad social a la luz del modelo Cognitivo – Conductual.

El tratamiento fue dirigido por un psiquiatra y una psicóloga del equipo y la observación participante de una pasante de la institución. El taller grupal de temor a exámenes, fue integrado por siete pacientes y se desarrolló a lo largo de 8 encuentros, donde de forma sistemática se entrenó con los pacientes los recursos necesarios para afrontar adecuadamente las situaciones de exámenes. El taller tuvo una frecuencia semanal de aproximadamente 90 minutos de duración, todos los jueves. Cada jueves el taller tuvo diferentes actividades y se dividieron de esta forma:

En el primer encuentro, se llevó a cabo la psicoeducación sobre estrés y ansiedad, basándose en la teoría de Navas Orosco y Vargas Baldares (2012). Ansiedad positiva y negativa, mecanismos de afrontamiento y lo malos y contraproducentes que son los mecanismos de evitación. Se realizó una breve explicación del funcionamiento grupal y planificación de metas a corto plazo tal como explican Botella, et al., (2003). En el segundo encuentro, se realizó un repaso de los conceptos trabajados en el primer encuentro tratando de que cada uno exponga lo que le pareció más interesante. Análisis y revisión de la modalidad de estudio, tipos de atribución, iniciación en la reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos automáticos, irracionalidad de los pensamientos y su cuestionamiento). Tareas para el hogar (definición de un plan de estudios e identificación de pensamientos desadaptativos a la hora de ponerse a estudiar).

En el tercer encuentro se repasaron las tareas para el hogar y se realizó una revisión del plan de estudio. Luego de ver todos sus planes, se dio lugar a una explicación e implementación de técnicas de respiración y relajación muscular progresiva (Labrador,

2008), y como tarea para el hogar se les pidió la práctica de ejercicios aprendidos. En el encuentro número cuatro, se repasaron de tareas aprendidas en el encuentro anterior. Se practicaron nuevamente los ejercicios de respiración y relajación y se los introdujo en la imaginación, continuación de reestructuración cognitiva. Se les explicó que son las atribuciones erróneas que explica Fernández Álvarez, (1999) y un poco de autocontrol. Y se les hizo la asignación de tareas para el hogar (tareas de auto registro de unidades subjetivas de ansiedad).

En el quinto encuentro, se llevó a cabo el repaso de las tareas para el hogar. Nuevamente se hicieron prácticas de respiración, relajación e imaginación. Finalizada esta etapa se dio inicio a las tareas de psicoeducación sobre la desensibilización sistemática y su relación con las técnicas de control de la activación tal como expresan Wolitzky-Taylor et al., (2010) Se realizó también el desarrollo y jerarquización de situaciones temidas. En el encuentro número seis se realizaron los ensayos de desensibilización ante situaciones temidas como propone Labrador (2008). Se realizó también una introducción desde la imaginación a escenarios ansiógenos y nuevamente se realizó una práctica de relajación y respiración e imaginación. Durante el séptimo encuentro se continuó con la desensibilización sistemática. Hicieron un trabajo grupal de exposición imaginaria y se trabajó con la técnica de roll playing propuesta por Bulacio, (2011).

En el último encuentro se llevó a cabo una revisión del programa y de los puntos trabajados y se discutió sobre la aplicación de las técnicas aprendidas en el mundo real. En la última parte de la jornada se expuso como se fue sintiendo cada uno dentro del grupo y como fue llevando a cabo las estrategias aprendidas.

7.3 Sintomatología inicial

Como se expuso con anterioridad, la paciente se presentó a la fundación fundamentando que tenía grandes problemas a la hora de rendir un examen oral, porque sentía una gran ansiedad que le invadía el cuerpo y le impedía poner en palabras su conocimiento. Gracias a las entrevistas semi dirigidas llevadas a cabo por la psicóloga del equipo y los datos arrojados por los tests utilizados, se pueden destacar varias cuestiones interesantes. La primer toma del STAI (Spielberg, 1983), afirma que la paciente al momento de realizar el test, estaba experimentando un grado de ansiedad medianamente normal, producto mismo de la situación de estar siendo evaluada por otro, pero que igualmente las respuestas de ansiedad son

considerablemente estables en ella, porque Charo tenía una personalidad de base considerablemente ansiosa (Ver Anexos).

En base a los datos obtenidos con los diferentes instrumentos implementados, se puede decir que el miedo a los exámenes orales que tiene Charo, son entendidos como un epifenómeno de la Ansiedad Social que aparentemente presenta (Bulacio, 2011).

Se puede afirmar gracias a los diferentes encuentros, que las manifestaciones sintomatológicas de Charo, se corresponden con los criterios diagnósticos de fobia social según el DSM-5 (APA, 2013). En la primera entrevista, dio cuenta de cómo todo lo que sentía antes de dar un examen oral, también lo percibía en otros ámbitos importantes de su vida. Charo manifestó que siente mucha vergüenza al estar en contacto con personas que no le son familiares, como por ejemplo, cuando tiene que compartir sus clases habituales de pintura o de dibujo con algún alumno más (Criterio 1), también siente vergüenza y ansiedad cuando tiene que pedir la comida en un restaurant o la cuenta (Criterio 5), evita ir a fiestas, boliches o cumpleaños donde sí o sí tenga que relacionarse con la gente (Criterio 4) y ésta evitación, a pesar de transmitirle tranquilidad a la paciente en el momento en que se produce, luego le genera un gran malestar lo suficientemente significativo como para estresarse y ponerse mal (Criterio 7). Estos síntomas son percibidos tanto por Charo como por su madre, desde que es chica y es por esto que consultan con un alto grado de preocupación (Criterio 6).

De acuerdo con Gallego (2010), en Charo se pudo observar sintomatología ansiosa desde varios niveles: fisiológico, conductual y cognitivo:

A nivel fisiológico, Charo contaba que cada vez que se tiene que exponer a una situación de examen o simplemente entrar en contacto con gente desconocida, siente dolores de cabeza muy fuertes que en ocasiones terminan en mareos y náuseas. Consultó varias veces con médicos especialistas pero a nivel físico no tiene ninguna enfermedad. También manifestó que cuando se está por exponer a una situación ansiógena pero siente que puede evitarla, le sudan mucho las manos y luego se relaja. Con respecto a los exámenes en particular, además de dolores de cabeza, Charo contó que experimenta una ruborización que no finaliza hasta que el examen termina o hasta que lo evita, Charo define esta ruborización como “una mezcla de angustia y sentimiento de mucha vergüenza” tal como expresan los autores Biglieri & Vetere, (2011).

A nivel conductual, Charo manifestaba que tiene grandes problemas a la hora de tener que formar nuevos vínculos o socializar con personas que conoce poco. Suele evitar preguntarle sus dudas a los profesores por temor a que piensen que es una “burra” y evita cualquier situación en la que tenga que leer en público o hablar por teléfono por temor a que la escuchen y juzguen por sus conversaciones, ejemplos claros que Furlán et al., (2008) describen en su XV Jornada de Investigación en la Universidad de Buenos Aires.

Y por último, a nivel cognitivo, es decir, cómo la paciente percibe, interpreta y valora las diferentes situaciones de acuerdo a sus esquemas cognitivos (Beck, 2013), Charo en una de las entrevistas manifestó que cada vez que se aproxima una situación amenazante, ya sea un examen, un cumpleaños o algún evento social, días antes planea y se inventa excusas para evitarlas, y pasa horas pensando cómo hacer para que sus padres no la juzguen y las personas que ella considera relevantes tampoco. Antes de rendir un examen oral, por lo general sus pensamientos solían ser catastróficos y en su mente aparecían los mismos del tipo “Se me va a nublar la mente y no voy a saber responder”, “Me va a ir mal”, “Me voy adormecer”, “Seguro me preguntan el capítulo que no estudie”, etc. Horas antes de presentarse a los exámenes, Charo contaba que anticipa que seguramente va a pasar un papelón y todo el curso se reirá de ella, como ya le había pasado en séptimo grado con una maestra que la sorprendió con un “examen oral sorpresa” (Herrerías, 2005).

Es de importancia agregar que, tanto Charo como su madre, describen la personalidad de la paciente como muy introvertida, por lo general tiende al aislamiento y en el colegio le costaba mucho relacionarse y hacer amigos. En la actualidad, dentro de la facultad se habla con una chica 15 años mayor y sólo cuando ésta le hace alguna pregunta que tenga relación con la materia que cursan juntas. La madre de Charo, en la entrevista que se le realizó, manifestaba que todo el entorno de la paciente se daba cuenta como Charo ponía mucha energía negativa en las cosas que iban a pasar y como se enfocaba solo en las posibilidades de que las cosas le salieran mal tal como explican Piemontesi & Heredia, (2009).

Específicamente del temor a exámenes hablando, existen diferentes cuestiones a la hora de analizar qué es lo que le pasa a la paciente. Por un lado, manifestó en uno de los encuentros que muchas veces siente que se le cierra la garganta o le tiemblan las manos porque es consciente de que seguramente no sabrá todos los contenidos que le van a tomar, y en su casa piensa reiteradas veces que no se va a presentar al examen. Otras veces cree que lo va a lograr y estudia mucho, pero el día anterior siente que su mente “se pone en blanco” y no la

deja seguir repasando, lo cual la vuelve a poner insegura para presentarse al día siguiente y por supuesto no se presenta. En otras oportunidades decide de entrada que no se va a presentar, pero siente tanta culpa que la noche anterior hace todo lo posible por incorporar el conocimiento e ir a rendir, actitud que le es en vano porque la ansiedad al despertarse luego de dos horas de sueño para presentar el exámen le impedía su intención. Resumiendo, tanto la falta de preparación, como el temor a ser evaluada negativamente por otro y sus pensamientos anticipando siempre el fracaso, viven llevando a la paciente a evitar este tipo de situaciones que le generan tanta ansiedad (Herrerias, 2005).

En los exámenes escritos, a Charo le pasan cosas similares pero en menor medida, ya que no se tiene que exponer tan directamente. Los síntomas de ansiedad aparecen cuando se pone a pensar que luego de entregar la hoja el profesor tendrá en su poder el conocimiento que volcó en ella, y ahí es donde la atormentan las dudas y la angustia de no saber cómo rindió. Igualmente, una vez entregado el examen, confirma que siente un gran alivio y entra en un estado de relajación que la mantiene tranquila por unas horas, hasta que luego reflexiona sobre lo mal que la pone sentirse así cada vez que tiene que rendir una evaluación. Furlan et al., (2009), explican que son reacciones normales en personas que sufren estas situaciones.

Analizando los resultados arrojados por el Inventario de Valoración y Afrontamiento (Leivovich de Figueroa, 1999), se puede destacar destacar que Charo tiene una tendencia a enfrentar la situación evaluativa desde una modalidad cognitiva dirigida hacia la situación problemática y es fácilmente identificable un afrontamiento conductual motor orientado también hacia las situaciones ansiógenas (Ver Anexos). Todas las situaciones de evaluación, Charo las valora como amenazantes, y es por esto que la mayoría de las veces intenta evitar estas situaciones y tomar una actitud pasiva ante esto.

Charo tiene la capacidad de reconocer que este miedo que siente ante un exámen es irracional, y manifiesta que ella sabe que “lo peor que puede pasar, es desaprobalo”, pero que igualmente no puede manejar los síntomas de ansiedad que le genera una situación así. Realmente esta problemática interfiere en su vida y le trae muchísimos problemas tanto en lo académico como en lo social, y la propia preocupación por hacer el intento de controlar estos síntomas sólo consigue agravarlos ya que no encuentra la manera de aliviarse más que evitando o huyendo (Bulacio, 2011)

Gracias a los datos obtenidos en las entrevistas se puede afirmar que Charo desarrolló a lo largo de los años algunos pensamientos automáticos sobre la situación de examen y sobre ella misma que son difíciles de eliminar (Beck, 2013), pero que con algunas técnicas que se pueden enseñar y aprender en algunas jornadas, muy probablemente este problema puede ir mejorando y sus niveles de ansiedad pueden disminuir considerablemente (Bulacio, 2011)

Cuando se arribó al diagnóstico de Ansiedad Social en el caso de Charo y en la mayoría de los miembros de la terapia grupal, el equipo interdisciplinario de la Fundación se puso de acuerdo para ver qué técnicas eran las de mejor elección para tratar ésta problemática y abordar de la mejor manera estos casos. Primero se optó por iniciar una psicoeducación acerca de lo que es la ansiedad, como se relaciona directamente con el estrés, y como expresa Keegan, (2008) la importancia de realizar una terapia cognitiva conductual en caso de no poder manejar estos síntomas. Luego se abordaron temas como la evitación y el afrontamiento, poniendo ejemplos asociados a la situación de examen, tipos de atribución y valoración de las situaciones. Es de vital importancia destacar que, si bien la terapia se hizo de manera grupal, de acuerdo a las entrevistas a pacientes y a padres, se llevaron a cabo diferentes estrategias para cada caso particular (Bulacio, 2011).

Durante todas las sesiones, se llevaron a cabo diferentes tipos de intervención con el propósito de mejorar la sintomatología de la paciente, algunas centrándose en los aspectos conductuales y otras en los aspectos fisiológicos (Labrador, 2008). A continuación, se van a exponer algunas de las técnicas que se trabajaron con Charo durante las jornadas.

7.4 Implementación de Técnicas de Control de la Activación en la Terapia

Se logró observar durante los primeros encuentros y en la toma de los test y entrevistas, como Charo presentaba niveles de activación tanto emocionales como fisiológicas elevadas y no deseadas, como bien expresan Álvarez et al., (2012), producto de la gran ansiedad que le generaba la situación de tener que rendir un examen oral.

En el primer encuentro, luego de la presentación de los miembros de la terapia grupal, los profesionales dieron lugar a un espacio de psicoeducación sobre estrés y ansiedad para transmitir la información adecuada para cada uno de ellos y así lograr una redefinición de los hechos y situaciones que rodean el conflicto principal sobre el miedo a exámenes. También es

instructivo para entender los mecanismos que desencadenaron y mantuvieron estos síntomas en los pacientes (Bulacio, 2011).

Finalizando el segundo y dando comienzo al tercer encuentro, se les enseñó a los pacientes la implementación de técnicas de respiración y relajación muscular previo a situaciones ansiógenas. Según Calle (1992), la respiración es una conducta automática que los seres humanos pueden controlar activamente, y es por eso que los profesionales del equipo enseñaron a los pacientes como deben controlarla para poder conectar mente y cuerpo.

Con Charo particularmente, el objetivo primordial de la enseñanza de estas técnicas fue que aprenda como respirar correctamente y automatice lo aprendido ante cualquier situación que ella considerara estresante (Labrador, 2008). Antes de dar comienzo a la explicación y muestra de la respiración, se les aclaró a los pacientes que lo que estaban por aprender, era una herramienta de gran utilidad para disminuir la activación fisiológica de los síntomas perturbadores que experimentaban gracias a los estímulos fóbicos.

Se dio comienzo a la explicación del manejo de la respiración explicando que para ello era necesario estar en un ambiente cómodo y relajado como en el que se encontraban en ese momento. Se la ubicó a Charo en un asiento cómodo, sentada con el torso derecho y apoyada en el respaldo del asiento para facilitar la relajación muscular. La posición de la cabeza estaba levemente mirando hacia arriba, y se le indicó que afloje los hombros haciendo movimientos circulares para adelante y hacia atrás. Con el cuello se le indicó que lo afloje haciendo círculos con la punta de la nariz en dirección a las agujas del reloj y que las piernas las estire y las separe cosa de estar lo más relajada y cómoda posible.

Cuando Charo encontró la postura ideal, se le indicó que con los ojos cerrados intentara desconectarse de todo ruido y perturbación que hubiera en el espacio, y solo se concentre en la voz del psiquiatra que era quien la estaba guiando, para así lograr focalizar su atención en las sensaciones de su cuerpo. Luego se le pidió a la paciente tal como expresa Labrador (2008), que imagine alguna escena que considere muy agradable por tres o cuatro minutos, así su conexión con lo estresante quedaría a un lado y se desconectaría de las preocupaciones. La paciente en este caso, hizo referencia a estar pintando sobre madera en el parque de la casa de su abuela, quien tiene una casa quinta llena de flores y plantas que hacen un ambiente muy agradable para realizar esa actividad que tanto le gusta.

Una vez que el equipo notó que estaba relajada, la invitó a tocarse el abdomen con las dos manos para notar sus ciclos respiratorios inhalando y exhalando. Luego de identificar su respiración, se la orientó a Charo para que intente dirigir el aire inhalado por debajo de sus pulmones logrando que el diafragma baje del todo de la capacidad muscular, esto se logró retirando una de las manos del abdomen. Una vez que la paciente logra este mecanismo que no es tan sencillo, se cambia el ejercicio y se llenan todos los pulmones de aire a través de la respiración diafragmática (Castellano, 2011)

Luego de ejercitar esta forma de respiración, el psiquiatra del equipo le mostró a Charo como regular y sincronizar los tiempos de respiración para que consiga una secuencia 6-3-6-3. Traducido, esto sería 6 segundos de inhalación, 3 de retención de oxígeno y 6 segundos de exhalación. Luego nuevamente 3 segundos más de retención (Bulacio,2011). Tanto Charo como el resto de los miembros del grupo al principio no entendían la actividad y se les dificultaba relajarse y al mismo tiempo estar contando los segundos y no equivocarse, pero luego de varios intentos y de prácticas en sus hogares lo lograron sin problemas.

De acuerdo con Bulacio (2011), un correcto manejo de la respiración, favorece una correcta oxigenación pulmonar y una reducción de la activación general del organismo. Y para que esto sea de utilidad, se les explicó a los pacientes que tienen que practicarlo las veces que sean necesarias para convertirlo en un hábito saludable.

Luego de ejercitar la respiración ideal, se dio inicio a la explicación sobre relajación muscular progresiva. El psiquiatra le explicó a Charo que esta técnica servía para aprender a tensar y luego relajar los músculos del cuerpo, de forma que ella identifique qué sensaciones siente cuando el músculo está tenso y qué sensaciones siente cuando está relajado (Martinez Saldaña, 2012). Nuevamente como en la respiración, se buscó el espacio y el momento adecuado para hacer la práctica de modo que el ambiente se encuentre relajado y apropiado para un correcto manejo de la técnica. Se le dio la indicación a Charo de que se sentara lo más cómoda posible, inclinando su cuerpo levemente hacia atrás, dejando caer los brazos hacia los costados y las piernas ligeramente separadas y estiradas. Una vez que la paciente manifestó su comodidad, se le indicó que cerrara los ojos y se aísle de todo pensamiento perturbador. Cuando por fin se encontró del todo relajada, comenzaron las indicaciones. Se le pidió que cierre los puños de las manos y los apriete durante 20 segundos, registrando el momento de tensión muscular, y luego de relajación cuando terminaba el ejercicio (Labrador, 2008).

De esta forma la paciente podría registrar y representarse mentalmente la sensación del músculo en un estado de relajación y diferenciarlo de la sensación del músculo en un estado de tensión (López de la Llave & Pérez Llantada 2010).

Se le pidió lo mismo pero con los dedos de los pies, que tense los dedos como si estuviera agarrando algo, y luego registre la relajación muscular. Luego debió hacer lo mismo con las piernas, tensando los cuádriceps hasta las rodillas, registrando psicológicamente toda la tensión, con el abdomen, sin mover el cuerpo pero haciendo la mayor fuerza posible, con la espalda, separando unos centímetros el cuerpo del respaldo, y finalizando con los músculos de la cara, sobre todo en la zona de los ojos, durante 20 segundos, por supuesto registrando toda la actividad (Bulacio, 2011).

Una vez terminado el proceso parcial, se le pidió a la paciente que contraiga todos los músculos del cuerpo, desde los pies hasta la cara, siendo consciente como dice Labrador (2008), de toda la tensión muscular que puede ser liberada al relajarlos.

Finalizando el encuentro, el psiquiatra que coordinó todas las sesiones les pidió a cada uno de los miembros del grupo que cuenten qué tal les parecieron las técnicas de relajación y respiración, y luego les explicó que era de vital importancia prepararse y practicar todo esto en sus hogares, todos los días, así era mucho más sencillo aplicar todo lo aprendido en los diferentes ámbitos de la vida que el paciente lo necesite.

Luego de las técnicas mencionadas, se dio lugar al aprendizaje de los procesos de visualización que, por experiencias anteriores, se puede decir que aumenta los beneficios de la relajación y respiración. Ésta técnica, es fundamental para lograr cambios a nivel conductual (Bulacio, 2011). Se les explicó a los pacientes que la visualización consistía en imaginar una situación o algo agradable para el paciente, que le pueda transmitir un estado de relajación y de paz. Esto ayuda a los pacientes a encontrar un estado de equilibrio y armonía que puede ayudarlos a evitar pensamientos perturbadores o estresantes.

Una vez explicada la técnica, se facilitó un ambiente relajado para que los pacientes comenzaran a iniciar los ejercicios de respiración y relajación, y una vez logrado el estado deseado de tranquilidad, se le indicó a Charo que visualice alguna situación agradable. La paciente se imaginó un domingo en la tranquilidad de Carlos Keen, almorzando con sus padres y hermanos contemplando la tranquilidad del campo y sus pastizales. Una vez que los

miembros del grupo expusieron sus situaciones ideales, los terapeutas guiaron la práctica para que visualizaran la imagen lo más nítida y vivida posible, con los colores, brillos, contrastes y olores reales, y para que perciban las sensaciones corporales que podrían sentir en esa situación, ignorando los estímulos distractores del ambiente real, e imaginando todo como una película, tal cual como si estuvieran dentro (Payne, 2002).

Charo pudo experimentar las sensaciones y el placer como si lo estuviera viviendo, y manifestó a la terapeuta que se sentía muy relajada y que era tan vivido lo que podía sentir, que seguramente el fin de semana propondría a su familia ir almorzar a ese lugar.

Finalizada la instrucción de las técnicas de control de la activación, se les pidió a los pacientes que para el próximo encuentro, trajeran una lista de situaciones que les provocaran mucha ansiedad jerarquizándolas del 1 al 10, siendo 1 la menor intensidad y 10 el mayor grado (Labrador, 2008).

7.5 Desensibilización sistemática

Luego de las jornadas donde se realizó con Charo un proceso de aprendizaje y entrenamiento de técnicas de relajación y respiración para el control de la actividad, se dio inicio al proceso de desensibilización sistemática a las evaluaciones orales. Esta técnica tiene como objetivo que la persona se sienta tranquila cuando tiene que enfrentarse en vivo a la situación que le genera el bloqueo (Neria, 2017). Se les explicó a los pacientes que la técnica consistía en asociar una respuesta como la relajación, absolutamente incompatible con lo que ellos sienten al ser evaluados oralmente, con la exposición a las evaluaciones. Se les explicó que la desensibilización sistemática consta de tres etapas, y que, de forma gradual y progresiva, iban a ir modificando respuestas de miedo por otras de relajación cada vez que se tuvieran que exponer a situaciones ansiógenas (Vallejo-Slocker, & Vallejo, 2016).

El proceso de desensibilización sistemática elegido para el grupo fue desde una modalidad imaginaria, dada la imposibilidad de desarrollar una desensibilización real (Labrador, 2008). La paciente construyó antes de comenzar a imaginar, una jerarquía de situaciones ansiógenas (ver Tabla 1), desde el menor nivel de ansiedad hasta llegar a la situación de exámenes orales que tiene la mayor carga ansiógena. Se le explicó la relación que hay entre el temor, los sentimientos y pensamientos sugiriéndole que informara qué sensaciones experimentaba en el cuerpo. Fue de importancia aclarar, que se debía avanzar de forma gradual por cada ítem de la

jerarquización de ansiedad que había hecho en su casa, empezando por aquellas situaciones de menor nivel de ansiedad e ir avanzando hacia aquellas de mayor intensidad.

Para realizar esta actividad, se le pidió a Charo y al resto del grupo que se relajen y respiren cómodamente en una silla tal como se les había enseñado, hasta llegar a un estado de relajación placentera. Una vez logrado esto, se les indicó que al igual que en las técnicas de visualización, imaginen las situaciones que les provocan mucha ansiedad con tanto detalle y tan vividas que puedan lograr los síntomas de ansiedad. Se les aclaró que es un tanto difícil porque es sólo imaginarlo, pero que cuando logren imaginarlo y enfrentar con tranquilidad la situación de examen, muy probablemente conseguirían los mismos resultados en la situación real (Kaplan & Sadock, 2009).

Tabla 1.

Jerarquía de situaciones ansiógenas y grados de intensidad.

Situación ansiógena	Grado de intensidad(1 a 10)
Pedir la cuenta en un restaurante	8
Salir en fotografías	8
Hablar por teléfono delante de la gente	9
Hablar o leer en público	10
Examen oral de la facultad	10

Se le indicó a Charo y al resto de sus compañeros que cuando se encuentren en total estado de relajación para poder comenzar con la desensibilización, realicen un gesto con la mano izquierda para así poder comenzar. Tras la señal de estar cómoda y relajada, el psiquiatra dio inicio a la presentación de los primeros ítems de la lista. Ante cada escenario propuesto, el psiquiatra guiaba a Charo con el objetivo de que ésta, imagine con la mayor nitidez posible cada situación registrada y en el caso de hacerse manifiesto síntomas de ansiedad, el procedimiento se interrumpía y se daba lugar a la implementación de las técnicas de relajación. Si la paciente no experimentaba síntomas de ansiedad, el psiquiatra

seguíamanteniéndola desde la imaginación en el mismo ítem durante un rato largo y luego se repetían los ejercicios de relajación muscular progresiva. De esta manera el esquema de la sesión estaba compuesto por: relajación, presentación de ítem, pausa /relajación, presentación de ítem (Wolitzky -Taylor, Horowitz, Powers, &Telch, 2010).

Charo empezó a practicar con los ítems de menor intensidad ansiógena, avanzando así hasta las situaciones de mayor nivel dentro de la jerarquía que ella misma elaboró. Durante cada escenario registrado, el psiquiatra guiaba sistemáticamente a la paciente con el objetivo de que visualice cada situación, como si estuviera realmente viviéndola. Es así como se indujo a la paciente a que se imagine la situación de estar ingresando a un restaurante lleno de gente, donde tenga que pedir una mesa para sentarse, la comida y luego la cuenta, haciendo hincapié en la focalización sensorial de diversos detalles como la entrada al restaurante y el recibimiento de la recepcionista, los mozos, los otros comensales, la situación de tener que pedir algo que la moza se haya olvidado de llevar a la mesa, etc. Como ya fue explicado, ante toda aparición de síntomas de ansiedad, Charo se disponía a realizar los ejercicios de relajación aprendidos en la terapia.

De esta forma se le fueron presentando los otros escenarios temidos que había puesto en la lista. Se continuó por imaginar que le estaban sacando una fotografía junto a sus compañeros de facultad, por hablar en público, hasta llegar finalmente al estado que más ansiedad le provoca, la situación de examen oral. Cuando se llegó al punto de la situación de examen, se le pidió a Charo que haga lo mismo que con las demás situaciones, pero que intente lograr un grado de concentración superior. Empezó la imaginería, imaginando que se levantaba de la cama para ir a rendir el examen oral de Morfología I que tenía pendiente para poder rendir otras correlativas. Luego se imaginó entrando al aula de la Universidad, esperando con el resto de sus compañeros para entrar a rendir individualmente, hasta llegar a imaginar la situación de estar parada frente al profesor, cuando éste le empezara a hacer preguntas.

Al igual que en el resto de los ítems ansiógenos, el psiquiatra remarcó la importancia de que Charo intente figurarse dicha situación de la forma más nítida y vivida posible, centrándose en los diferentes detalles sensoriales y registrando al mismo tiempo sus propias sensaciones corporales y emocionales. Ante dicho escenario, la paciente manifestó síntomas de ansiedad que identificó con una intensidad de 7. Como consecuencia el equipo frenó el ejercicio y guiaron a Charo hacia las prácticas de relajación y respiración. Luego se volvió a

retomar el mismo ítem y se llevó a cabo el mismo procedimiento de imaginación. Pasados unos minutos, se dio lugar a la visualización de Charo levantándose para ir a rendir el examen, situación que Charo clasificó con un puntaje de 6, en cuanto a la intensidad de ansiedad experimentada. Se continuó con los ejercicios de relajación y posteriormente se volvió a retomar el mismo ítem.

Para finalizar luego de visualizar los pasos anteriores al momento más aterrador, Charo se introdujo en la visualización de ella dando el examen, exponiendo oralmente su conocimiento ante la profesora de Morfología I, quien no examina de otra forma que no sea de manera oral. En este escenario, fue donde Charo experimentó mayores niveles de ansiedad, con sudoración de manos y palpitations aceleradas, al cual le adjudicó un puntaje de 10. Las situaciones en las cuales se pusieron en ejecución los ejercicios control de la activación fueron variadas, con el fin de inhibir los estados fisiológicos de ansiedad y lograr un estado de relajación ante la exposición imaginaria a dichas situaciones (Labrador, 2008).

Para finalizar el encuentro, el psiquiatra asignó a la paciente que, como tarea para el hogar, debía entrenar las técnicas de relajación junto con la jerarquización de las situaciones de ansiedad, porque como se les había explicado anteriormente, hay que convertir estos ejercicios en un hábito y esto trae aparejado una intensa práctica y compromiso.

En la siguiente sesión, se le preguntó a la paciente si había practicado los ejercicios aprendidos en su casa, y ésta muy contenta expresó que sí, porque a pesar de generarle un malestar significativo en un principio, sabía que la relajación muscular progresiva y la correcta respiración podían aliviarla bastante. Se procedió a practicar nuevamente la desensibilización sistemática de imaginación y la paciente tuvo un cambio significativo ya que atravesó las situaciones con un grado bastante menor de intensidad. Puntuó las situaciones previas a exponer un punto menor que la primera vez, pero la situación de examen todavía la puntuaba como la más amenazante, con un 10 (Bulacio, 2011).

Sintomatología final

En el último encuentro de la terapia grupal, se volvieron a administrar los test utilizados en el primer encuentro para comparar y resaltar cambios en caso de que existieran. Se pudo observar que Charo, durante el transcurso del tratamiento consiguió cambios significativos tanto a nivel cognitivo como fisiológico que son importantes de resaltar.

De acuerdo a los datos arrojados por el IVA (Leivobich de Figueroa, 1999) en la toma final, se puede destacar que la paciente es capaz de valorar las situaciones ansiógenas de un modo menos amenazante que al comienzo del tratamiento (Ver Anexos). La diferencia principal, radica en que ahora el afrontamiento evitativo es mucho menos habitual que antes, y ahora la paciente tiene más habilidades sociales y se esfuerza significativamente por conseguir resultados positivos. El tipo de afrontamiento registrado en Charo fue la acción motora dirigida a modificar la situación. Aumentaron los afrontamientos cognitivos tanto dirigidos a la situación misma como a la emoción que ésta provoca, y esto estaría indicando que aumentó la tendencia de la paciente a realizar acciones motoras y cognitivas para disminuir sus tensiones ante situaciones que le generan ansiedad, para lograr mejores estados de relajación.

En la segunda toma del STAI (Spielberg, 1983), se registró un estado de ansiedad de 61 puntos (Ver Anexos), lo cual no es significativa, y se puede inferir que es porque la paciente ya conocía la mecánica del test y eso ya no le generaba tanta ansiedad como al principio. Por otra parte, la ansiedad como rasgo, fue de 75 puntos y si bien marca que Charo tiene una base significativamente ansiosa, se nota una mejora indiscutible respecto de la sintomatología inicial (Spielberg, 1980). Como la ansiedad como rasgo disminuyó, se puede inferir que Charo ya no siente una activación fisiológica y cognitiva tan alta como antes, y que ya no valora tan negativamente las situaciones que le generaban ansiedad.

Los datos arrojados por el STAI (Spielberg, 1999) complementados con los del IVA (Leivobich de Figueroa, 1999) permiten constatar que la paciente presenta una mejoría importante respecto de la sintomatología inicial y que hay una reducción interesante de la amenaza ante las situaciones que anteriormente le generaban mucha ansiedad.

El haber empleado estas técnicas de sencillo aprendizaje, no solo aumentó la sensación de control sobre la situación, sino que también permitió disminuir la activación emocional. En el último encuentro de la terapia, Charo contó al resto de sus compañeros y al equipo de terapeutas que se había podido presentar a rendir el final de Morfología I (el cuál le trababa el poder seguir rindiendo materias correlativas), y que a pesar de haber sentido ansiedad y que no fue totalmente tranquila, pudo levantarse con optimismo considerando que era una mesa auxiliar, y que no iba a haber tanta gente que la pueda estar mirando mientras rendía. Contó que llegó, y que el mayor pico de ansiedad lo sintió cuando sabía que la próxima en pasar era ella, pero que fue bastante más tranquila que otras veces, y que lo que rescataba como maravilloso, era que en ningún momento pensó en la posibilidad de irse o de no presentarse.

Cuando la profesora la llamó de buena manera y la trató amablemente, su nivel de ansiedad disminuyó aún más, y complementó la situación con la técnica de respiración aprendida en los encuentros. Si bien le costó expresarse al principio, la profesora le decía frases como “Tranquila, vas bien”, o “No te preocupes, aprobada ya estás pero te sigo preguntando para subir la nota”, cosa que le generaba empatía y tranquilidad con la situación, López de la Llave y Pérez Llantada, (2010), expresan que es de suma importancia para este tipo de pacientes que del otro lado haya empatía y un ambiente relajado que permita la comodidad del paciente.

Cuando Charo contó esta situación, no solo se pudo registrar como el tratamiento fue muy efectivo y cumplió sus objetivos básicos, sino que también demostró haber mejorado sus habilidades sociales, ya que al principio de la terapia manifestó que uno de sus grandes problemas era hablar y exponerse en público, y luego pudo contar como fue su situación de examen ante sus compañeros y los terapeutas. El psiquiatra quiso indagar más acerca del tema, y le preguntó a Charo si notaba cambios a nivel social aunque sea dentro de la facultad, a lo que la paciente respondió que ya no le causaba tanta vergüenza preguntar una duda o charlar con sus compañeros de curso en clase.

La puesta en marcha de las técnicas aprendidas en el tratamiento tuvo un efecto muy positivo en Charo, ya que en el último encuentro contó que, con mucha práctica en su casa, se comprometió para poder implementarlas de modo natural, y lo logró con imaginación y luego en la situación real en el caso de la desensibilización sistemática (Herrerías, 2005).

Finalizado el tratamiento, se pudo destacar que la paciente puede ahora reconocer cuales son los pensamientos automáticos distorsionados, las creencias irracionales y la activación fisiológica que se produce en su organismo para así poder hacer uso de las técnicas trabajadas en la terapia correctamente y en el momento justo (Labrador, 2008; Bulacio, 2011).

8. Conclusiones

En el presente trabajo se describió y analizó el caso clínico de una paciente de 24 años con diagnóstico de Ansiedad Social y temor a exámenes. El abordaje se realizó desde el modelo Cognitivo-Conductual en el marco de una terapia grupal, a lo largo de 8 sesiones que

brindaron la posibilidad de cambio tanto en la paciente analizada como en el resto de sus compañeros. Se buscó intervenir de forma focalizada y personalizada con cada paciente, la extinción o la mejoría de los síntomas que le provocaban este problema (Bulacio, 2011).

Finalizando el tratamiento de este grupo de pacientes con Ansiedad Social y temor a exámenes, se puede concluir que los objetivos específicos de este trabajo fueron conformemente cumplidos. Reuniendo la información brindada por la entrevista semi dirigida con la paciente y con su madre, los datos arrojados de los test utilizados en la primer y segunda toma, la visión del equipo interdisciplinario y la observación participante de la pasante de la universidad, se pudieron comprender cuales son los síntomas de Ansiedad Social especialmente referidos al temor a exámenes, y cuáles son los mecanismos de afrontamiento más frecuentes en pacientes que padecen este trastorno de ansiedad.

Se trabajó mucho la importancia de incorporar de a poco mayores habilidades sociales, y principalmente con la psico educación sobre estrés y ansiedad, la cual le permitió a la paciente incorporar información útil acerca de su problemática, e indagar más en profundidad cuales eran las cuestiones a mejorar y los ejercicios a realizar para alivianar la activación fisiológica y emocional que le generaba la situación de examen. En casi todos los encuentros se trabajó mucho con las técnicas de modificación de la conducta, para que de esta forma los pacientes puedan practicar e introyectar las estrategias en sus hogares y así convertirlas en un hábito útil para ellos (Labrador, 2008).

La paciente durante todo el tratamiento entendió que la evitación era el peor mecanismo de afrontamiento que podía tomar, ya que el cuerpo una vez que evitaba una situación temida, aprendía que esa actitud era la que le generaba el mayor placer y le bajaba los niveles de activación fisiológica, pero que a su vez nunca la iba a llevar a los resultados deseados (Lazarus & Folkman, 1986). Aprendió que lo que había que trabajar era la ansiedad ante esas situaciones estresantes y no evitarlas porque no se llegaba a ningún fin. Cada vez que Charo evitaba una situación evaluativa, afectaba el progreso de su carrera y generaba un aumento de ansiedad progresiva en futuras situaciones, es por esto que pudo comprender la importancia de comprometerse seriamente con el tratamiento. Se resaltó mucho la importancia de tener un objetivo realista a la hora de estudiar, cosa que implicaba un adecuado plan de estudios y una correcta planificación del cronograma con días, horarios y temario para cada ocasión.

Charo aprendió a identificar con el correr de las sesiones, cuáles eran los pensamientos automáticos que se le venían a la mente en cada situación ansiógena y cuáles eran los síntomas fisiológicos que acompañaban estas distorsiones cognitivas. Aprendió consecuentemente a modificar su conducta identificando las señales de ansiedad y a no interpretarlas como amenazantes o de forma negativa. Saber que puede controlar las señales aplicando las técnicas de desensibilización sistemática, relajación muscular y respiración, le permitió a la paciente tener más confianza en sí misma y evaluar estas situaciones como cotidianas y normales (Beck, 1979).

Las técnicas de evaluación que utilizaron los terapeutas para evaluar a los pacientes se puede decir que fueron pertinentes y eficaces, ya que permitieron evaluar sintomatología inicial y luego cambios manifiestos al finalizar el tratamiento. La terapia grupal de miedo a exámenes le brindó a Charo un ambiente de confianza donde de a poco fue logrando abrirse con sus compañeros y contar sus avances y limitaciones, el saber que no es la única persona que tiene este problema a la hora de rendir, la hizo sentir cómoda y le permitió compartir su experiencia personal lejos de pensar que alguno podría juzgarla.

En cuanto a las limitaciones de la pasante, se pudo observar su poca experiencia dentro de una dinámica grupal, principalmente por el hecho de desconocer este tipo de terapia, y pretender cuestiones más subjetivas con cada paciente. Otra limitación importante, fue la falta de práctica de las técnicas enseñadas por los terapeutas por parte de la pasante, quien luego cuando en cada sesión se retomaban los ejercicios, no recordaba cómo hacerlos en detalle, y si algún paciente le hacía alguna pregunta que no sabía responder, era una situación tensa. Por último, otra cuestión importante a destacar como una posible limitación, fue la falta de experiencia al indagar sobre la problemática de la paciente en las primeras sesiones, ya que se desconocía el grado de ansiedad que le podían generar algunas preguntas de la entrevista.

Hablando de las limitaciones de la paciente, se puede decir que presentó algunas dificultades a la hora de aprender a respirar, ya que le costaba poder concentrarse escuchando al psiquiatra y siguiendo los pasos respetando las secuencias. También presentó algunas dificultades en la sesión de desensibilización sistemática llegando a la situación ansiógena con mayor puntuación, el miedo a exámenes. Se le dificultaba poder imaginar la situación de estar siendo evaluada por otro, pero con práctica luego lo pudo ir logrando hasta llegar a la activación.

Respecto al taller de temor a exámenes, una posible limitación podría ser el hecho de no tener intervenciones más personalizadas con los miembros de la terapia, a pesar de ser una terapia grupal, ya que se observó que no todos los participantes tenían los mismos tiempos de asimilación. Y otro punto a observar, fue el hecho de que, finalizadas las sesiones, no se pida una entrevista individual con cada miembro para evaluar eficacia y debilidades percibidas del equipo de terapeutas. El trabajo fue enriquecedor en muchos aspectos, principalmente referidos a la teoría empleada. Se pudo ahondar en el tratamiento, y en la aplicación de técnicas para tratar este tipo de problemáticas. Permitió una visión personal más amplia, acerca de la terapia cognitiva conductual, y de cómo se trabaja con un grupo con características en común.

Entre las nuevas líneas de investigación, se destaca la realidad virtual. Según Labrador (2008), este método consiste en una nueva tecnología a medio camino entre la consulta del profesional y el mundo real. La experiencia de la realidad virtual genera en la persona las mismas reacciones y emociones, que las que experimenta en una situación similar en el mundo real. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, las personas sienten y expresan el mismo temor e inquietud ante el peligro virtual que en el caso del peligro real.

Uno de los grandes aportes de la realidad virtual como tecnología es su capacidad de inmersión y de interacción. Con inmersión se refiere a que la persona logra sentir que tiene frente a sí el estímulo ansiógeno, y con interacción, a que la persona puede interactuar con el estímulo de forma virtual en tiempo real. Hay que tener en cuenta, que para algunas personas puede ser muy aversivo enfrentarse con el objeto temido tan directamente.

Este método ofrece también una serie de ventajas interesantes cuando se la compara con la exposición real. Por empezar, el mundo virtual puede controlarse de forma total por el psicólogo o psiquiatra que lleve a cabo la actividad a través de una computadora. Es importante también, el hecho de que las situaciones al no ser situaciones reales favorece que los pacientes acepten más tranquilos la exposición (Botella et al., 2006). Algo importante a destacar también, es que permite repetir la misma tarea de exposición una y otra vez sin cambiar sus parámetros. También es una ventaja que no sea necesario salir de la consulta para realizar tareas de exposición, lo que lleva a la persona a ahorrar importante cantidad 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, sino en la tranquilidad de las sesiones (Botella et al., 2006).

Otra línea de investigación interesante son las nuevas tecnologías como internet y otros dispositivos. El uso de la web o la terapia online se ha incrementado con éxito en muchos países del mundo, y podría ser muy beneficiosa en casos como los trabajados en este taller. Cabe resaltar la importancia de la modalidad presencial en el caso de la ansiedad social, ya que no solo se trabajó con los aspectos relevantes de una situación ansiógena particular sino que también se trabajaron otros aspectos de la personalidad donde se pueden aprovechar beneficios extras (Bulacio, 2011).

Desde el punto de vista personal, resulta interesante resaltar que la pasantía fue realizada en una Fundación donde se aceptan todo tipo de ideas e intervenciones positivas que ayuden y colaboren en el proceso de cada paciente, incentivando la creatividad y el trabajo en equipo.

Cada propuesta, idea, intervención y sugerencia fueron aceptadas con total naturalidad y escucha, y esto es lo que hace de la experiencia, una experiencia positiva. Es inabarcable la cantidad de información que se brindó todo este tiempo de parte de todo el equipo interdisciplinario, y con una mirada objetiva, se puede afirmar que hubo absoluta coherencia entre lo teórico y lo práctico, y que fueron muy bien aplicadas todas las estrategias. El desarrollo de este trabajo demandó mucho tiempo y dedicación, pero es indiscutible la satisfacción que da culminar esta etapa de tantos años y esfuerzo con un trabajo bien hecho, vivido, analizado y estudiado.

9.Referencias Bibliográficas

- Abadi, J. E., Herscovici, C. R., & Alvarez, H. F. (1999). *El bienestar que buscamos: tres enfoques terapéuticos*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.
- Álvarez, J., Aguilar, J.M., & Lorenzo, J.J. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26), 333-354.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Allington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barona, E. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. *Campo abierto*, 13, 49-69.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G.(1979). *Terapia Cognitiva de la depresión* (19 ed). Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Biglieri, R. R. & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Botella, C., Baños, R.M & Perpiñá, C.(2003), *Fobia Social*, Barcelona: Paidós.
- 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.
- Brannon, L. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo
- Bulacio, J. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.
- Calle, R. (1992). *El Libro de la relajación, la respiración y el estiramiento*. Madrid: Alianza.
- Castellano, M. J. (2011). La respiración consciente como factor principal de la relajación en la educación física escolar. EmásF: *Revista Digital de Educación Física*, 13, 19-31.
- Casullo, M.M., Figueroa, N.B.L. de & Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* [Theory and techniques of psychological assessment] . Buenos Aires: Psicoteca Editorial.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Furlan, L., Kohan Cortada, A., Piemontesi, S. E., & Heredia, D. E. (2008). Autorregulación de la Atención, Afrontamiento y Ansiedad ante los Exámenes en estudiantes universitarios. In *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Gallego, M. J. (2010). Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale Straightforward Items (BFNE-S): Psychometric properties in a Spanish population. *Jornada Española de Psicología*, 13(2), 981-989. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/172/17217376042.pdf>
- Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. (2008). Terapia Cognitivo Conductual en formato Grupal para Trastornos De Ansiedad y Trastornos del Estado de Ánimo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (12).
- Herrerias, E.B.(2005). *Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica*. Educere, 9(31), 553-558.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins Press.
- Keegan, E. (2008). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba
- La Greca, A. M., & López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94. Recuperado de https://www.psy.miami.edu/media/college-of-arts-and-sciences/psychology/documents/faculty/alagreca/lagreca_lopez_1998.pdf
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- López de la Llave, A., Pérez Llantada, M.C.(2010). El estrés y la activación: su control en la competición deportiva. *Canarias Medica y Quirúrgica*, 8(23),49-55.
- Martínez Saldaña, A. (2012). Efecto de la técnica de relajación muscular de Jacobson sobre la percepción de calidad de vida y el control de estrés en pacientes con IRC en hemodiálisis (Tesis de Maestría inédita) Universidad Autónoma San Luis Potosí, San Luis Potosí.

- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Que es la Terapia Cognitivo Conductual?. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 1-6. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>.
- Navas Orozco, W., Vargas Baldares, M.J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centramérica*, 604, 497-507. Recuperado de : <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
- Neria, M. O. (2017). Desensibilización Sistemática y su aplicación para reducir la Ansiedad. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Atotonilco de Tula*, 4(7).
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Buenos Aires: Paidós.
- Piemontesi, S. E., & Heredia, D. E. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de psicología*, 25(1).
- Portillo, I. D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax.
- Rey, C.A., Aldana, D.R., & Hernandez, S. (2006). Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social. *Terapia Psicológica*, 24(2), 191-200.
- Ries, F., Castañeda Vasquez, C., Campos Mesa, M.C., & Del Castillo Andres, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSF*, 10(2), 132-155.
- Sierra, J.C., Ortega., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividades*, 3(1), 10-59.
- Spielberger, C. D. (1980). *Tensión y Ansiedad*. México: Harla
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/256523591>
- Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2).
- Velasco, C.B. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(2), 127-138.

10. Anexos

10.1 Anexo A: Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI), primera toma:

Resultados e interpretación del material:

La ansiedad rasgo es de 80 puntos (puntaje bruto de 43), mientras que la ansiedad estado es de 59(puntaje bruto de 36). Basándose en el puntaje obtenido en la ansiedad como rasgo, es pertinente afirmar que se evidencia una personalidad de base significativamente ansiosa. Con respecto a la ansiedad como estado, se puede decir que el puntaje obtenido no es significativo.

10.2 Anexo B: Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI), segunda toma:

Resultados e interpretación del material:

La ansiedad rasgo es de 75 puntos (puntaje bruto de 42), mientras que la ansiedad estado es de 61(puntaje bruto de 37). En base al puntaje obtenido en la ansiedad como rasgo, es posible afirmar que si bien sigue siendo un puntaje significativo, el mismo ha disminuido notoriamente respecto de la primera toma. En cuanto a la ansiedad estado se puede inferir que si bien ha aumentado con respecto a la primera toma, sigue siendo poco o casi nada significativo.

Validez y Confiabilidad STAI: en su adaptación argentina (Casullo, 1991) consta de 40 ítems que evalúan el nivel de ansiedad que sufre el sujeto como rasgo y estado. Es una escala tipo likert de cuatro opciones de respuesta: 1 -casi nunca- a 4 -casi siempre-. La prueba ha demostrado poseer propiedades psicométricas que le otorgan alta validez convergente, divergente y de constructo, y confiabilidad interna y test-retest adecuados (Casullo, 1991).

10.3 Anexo C: Inventario de Valoración y Afrontamiento, primera toma:

Resultados del material explicado en el desarrollo:

Dimensión	Puntaje Bruto	Promedio
VSA Valoración de la situación como amenazante	14	2,34
VSD Valoración de la	15	2,50

situación como desafío		
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
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

10.4 Anexo D: Inventario de Valoración y Afrontamiento, segunda toma:

Resultados del material explicado en el desarrollo:

Dimensión	Puntaje Bruto	Promedio
VSA Valoración de la situación como amenazante	13	2,16
VSD Valoración de la situación como desafío	18	3
VSI Valoración de la situación como irrelevante	6	2
ACS Afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación	18	3
ACE Afrontamiento cognitivo dirigido a reducir	14	2,33
AC-MS Afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación	15	2,5
AC-ME Afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción	12	2

AP Afrontamiento pasivo	3	1,5
AE Afrontamiento evitativo	1	1

El Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), basado en la adaptación de Leibovich de Figueroa (1999), evalúa la valoración y el afrontamiento que tienen los sujetos frente a determinadas situaciones. El inventario consta de tres escalas para evaluar la valoración de la situación, y seis escalas para evaluar el afrontamiento.