

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Trabajo final integrador

Estudio de caso de una paciente recuperada de una fobia social cuyo trabajo es una institución de ansiedad.

Nombre: Paoletta Ignacio

Tutora: Ramos Mejía Gabriela

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	2
2.1. Objetivos específicos.....	3
3. Definición de ansiedad.....	3
3.1. Teorías clásicas de la ansiedad.....	4
3.2. Definición de la fobia social.....	5
3.3. Criterios diagnósticos.....	7
3.4. Exposiciones.....	8
3.5. Recuperación.....	9
4. Dimensión social.....	10
4.1. Las conductas ansiosas adaptativas.....	11
4.2. Habilidades sociales.....	14
4.3. Beneficios del rol del trabajo en pacientes con fobia social.....	16
5. Metodología.....	19
5.1. Participantes.....	19
5.2. Instrumentos.....	20
5.3. Procedimiento.....	21
6. Desarrollo.....	21
6.1. Desarrollo de objetivo 1.....	21
6.2. Desarrollo de objetivo 2.....	24
6.3. Desarrollo de objetivo 3.....	27
7. Conclusión.....	29
7.1. Resumen del caso.....	29
7.2. Limitaciones.....	30
7.3. Perspectiva crítica.....	31
7.4. Aporte personal.....	32
7.5. Nuevas líneas.....	33
8. Referencias bibliográficas.....	34

1. Introducción

El Trabajo Final de Integración se realizó en una institución privada que se especializa en atender pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos del espectro obsesivo compulsivo. Lo destacable de la misma es que realiza una primera evaluación del futuro paciente desde aspectos clínicos, cognitivos, neuropsicológicos, conductuales y de rasgos de la personalidad.

La práctica profesional fue de un total de 280 horas durante cinco meses. Durante el primer mes se realizaron tareas administrativas: ordenar legajos y prepararlos para el siguiente día de trabajo de los psicólogos; atender a los pacientes vía telefónica o cuando ingresaban en la institución; asistir en la transcripción de las respuestas de los tests, administrados en la computadora en conjunto con la secretaria de la institución. Durante este proceso, ella comentó que hace unos años había sufrido de fobia social, y que el trabajo junto con un acompañamiento psicoterapéutico-realizado fuera de la institución- le ayudó a afrontar su trastorno.

La secretaria realiza el primer contacto con los pacientes, habla con ellos mientras esperan a ser atendidos, luego de la entrevista de admisión, les administra los tests que deben realizar. Precisamente, la intención de este trabajo es mostrar el rol que ella cumple en la institución y cómo este la ha ayudado para afrontar su propio trastorno.

El tema fue seleccionado considerando que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia muy significativa en la actualidad. En el caso específico de la ansiedad social, es muy importante entender cómo las conductas ansiosas disfuncionales pueden llegar a dificultar la posibilidad de que un sujeto no pueda avanzar en su ciclo vital, debido a su incapacidad de ejercer relaciones interpersonales. Por esto, es interesante mostrar cómo la secretaria pudo recuperarse de dicho trastorno y de qué forma asiste a los pacientes con su misma dificultad.

2. Objetivo general

Describir las conductas ansiosas adaptativas, las habilidades sociales y los beneficios que una paciente recuperada de una fobia social ha desarrollado en su jornada laboral en una institución especializada en ansiedad desde la teoría cognitiva.

2.1. Objetivos específicos

Describir las conductas ansiosas adaptativas que la paciente recuperada ha desarrollado desde que ha comenzado a trabajar a la institución.

Describir las habilidades sociales que ha adquirido la paciente recuperada desde que ha empezado a trabajar en la institución como secretaria.

Describir los beneficios que el rol en su trabajo le ha brindado a la paciente recuperada para seguir afrontando la recuperación en su fobia social.

3. Definición de ansiedad

La ansiedad es una emoción adaptativa que ayuda a los sujetos a poder anticiparse y planificar posibles respuestas frente a una situación novedosa. Puede experimentarse en signos o síntomas como dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, temblores, taquicardia, frecuencia urinaria, hipertensión y transpiración excesiva. Estas características del organismo suelen categorizarlas como funciones del sistema de vigilancia. Este proceso de alerta también involucra patrones del sistema nervioso central y del periférico (Kaplan, Sadock & Grebb, 1999). La comunidad médica históricamente utilizó términos como *angina de pecho*, *angustia cardíaca* o *ansiedad precordial* refiriéndose a los síntomas de la ansiedad (Conti & Stagnaro, 2007).

Esta emoción puede entenderse como un *estado* ya que expresa emociones transitorias, sentimientos temporales, y toma en cuenta los síntomas periféricos autónomos. Por otro lado, esta puede entenderse como *rasgo* porque muestra características estables de la personalidad que se activan frente a estresores contextuales (Spielberger, 1972).

La clasificación que se usa tradicionalmente para entender la ansiedad es pensarla como positiva o patológica. La primera se encargará de los aspectos adaptativos o la respuesta funcional ante un estímulo desconocido (Carrión & Bustamante, 2012). A veces puede confundirse este proceso adaptativo con el miedo; la diferencia entre estas dos es que el miedo se activa frente a situaciones conocidas, vividas en el ciclo de vida de un sujeto. En cambio, la ansiedad aparece ante situaciones desconocidas o ambiguas que implican un conflicto. Esta emoción tiene funciones preventivas para que el sujeto pueda evaluar un posible afrontamiento (Kaplan et al.,

1999). Asimismo, corresponde diferenciar la ansiedad del estrés que es la respuesta no específica del organismo frente a un estresor, ya que suele confundirse en la práctica clínica. Una de estas posibles respuestas pueden ser la ansiedad, el miedo o los síntomas depresivos. Varios autores han desarrollado el concepto de estrés, pero no la consideran una emoción (Seyle, 1976 citado en Bulacio, 2011). Por otro lado, se entiende que la ansiedad negativa o patológica ocurre cuando la intensidad aumenta sin ninguna necesidad funcional (Carrión & Bustamante, 2012).

3.1 Teorías clásicas de la ansiedad

El primer autor en utilizar el concepto de ansiedad fue Cullen (1827), desde un enfoque biológico, mencionando que todas las enfermedades del ser humano podrían ser nerviosas. Llamó neurosis, o enfermedades nerviosas sin fiebre, a todas las alteraciones conductuales que se explican por la disfuncionalidad del sistema nervioso y no del periférico. Posteriormente desde la perspectiva psicoanalítica, Freud (1923) propuso que la ansiedad es una resultante conflictiva de dos componentes de la estructura psíquica a la que llamo *ello* y *yo*. Uno de los aportes de este último autor fue que este término se comenzó a pensar como un déficit psicológico y no algo fisiológico. A partir de él, se distinguió las neurosis de ansiedad y neurosis fóbicas.

Desde el modelo conductista, Watson y Rayner (1920) explicaron la generalización provocada por el condicionamiento clásico cuando una conducta es activada por un estímulo neutro y no por el estímulo original. Los estudios con el niño Albert y las investigaciones de niños abusados que reaccionaban negativamente frente a caras de adultos enojados, mostraron la validez teórica del condicionamiento (Pollak, Cicchetti, Hornung & Reed, 2000). Por otra parte, en la teoría del condicionamiento operante, los reforzadores implican el aumento o la reducción de la ansiedad como respuesta conductual. Estos aportes del modelo conductual comenzaron a ver a la ansiedad como respuesta funcional anticipatoria, estudiando su origen, su mantenimiento y su fin (Amparo, Bonifacio & Francisco, 1995). Finalmente, con el modelo cognitivo se integraron los mejores aportes de estas teorías sumando al procesamiento de información de la mente ya que investigaciones demostraron que un miedo puede ocurrir viendo videos, sin que el estímulo esté presente físicamente (Cook & Mineka, 1990).

Desde el enfoque nomotético y mono-taxonómico se ubica a Eysenck (1975) quien se refirió a la ansiedad como un estado emocional, pero que depende de diferentes

procesos cognitivos o fuentes de información. Dichos procesos se encargan de la interpretación de estímulos, evaluándolos teniendo en cuenta el contexto situacional y por otro el arousal que se activa en el organismo. Posterior a esto, se tienen en cuenta los pensamientos anticipatorios y la información del propio sujeto.

3.2 Definición de fobia social

La fobia social, llamada también trastorno de ansiedad social, son miedos excesivos a la humillación, a hablar en público, a interactuar con personas o realizar cualquier tarea que requiera el vínculo con otro sujeto (Kaplan et al., 1999). Según Bados (2001) es un miedo intenso, constante y persistente a ciertas situaciones sociales. Los sujetos tienen miedo a ser observados, miedo a ser humillados o a pasar una situación embarazosa, por ende, suelen evitar eventos sociales. La ansiedad social siempre interfiere en la vida anímica de los sujetos y en todas las áreas donde se desenvuelve.

Autores como Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun (1995) han estudiado a la ansiedad social y han tratado de explicar las particularidades de todos los pacientes. Se ha distinguido dos subtipos en base a las situaciones temidas: la *fobia social generalizada* es cuando un sujeto teme situaciones tales como asistir a eventos sociales, hablar con personas, empezar un diálogo, exposición, etc. El segundo subtipo es la *fobia social específica* la cual se caracteriza por temer solo algunas acciones sociales como escribir frente a alguien. Por su parte, Heimberg, Schneier, Spitzer y Liebowitz (1993) agregan un tercer subtipo: el *no generalizado*, definido como un constructo intermedio a los dos anteriormente mencionados.

Los subtipos de ansiedad social se clasificaron en base a las siguientes situaciones temidas:

- a) Intervención pública que implica actuar en público, hacer una presentación oral acerca de un tema en frente de un grupo de personas o dirigir un grupo profesional.
- b) Interacción informal (especialmente con desconocidos).
- c) Interacción asertiva es cuando se espera que otro cambie una conducta molesta o expresamos desacuerdos.
- d) Ser observados mientras realizamos cualquier tipo de tarea.

Es importante tener presente que entre todas estas situaciones la que más suele temerse es la de hablar en público. A medida que ha pasado el tiempo, estas situaciones se han simplificado clasificándolas en dos tipos de situaciones; una que implica la

interacción con otras personas e incluyen ajustar el propio comportamiento por otros, y otra que se caracteriza por tener conductas miedosas que ocurren por la observación de otros. Estas situaciones se estudiaron y los resultados se compararon según el sexo, pero no se encontraron diferencias con respecto a las situaciones temidas, solo se hallaron diferencias en base a la intensidad de miedo. Las mujeres y los hombres temían las mismas situaciones, pero en algunos eventos las mujeres tenían mayor nivel de miedo como hablar en público o ser observadas (Bados, 2001).

Considerando los tipos de fobias que pueden desarrollarse, así como las distintas situaciones que pueden provocar el miedo, es destacable mencionar las posibles explicaciones acerca del origen de las fobias. Hay que tener en cuenta que evolutivamente el miedo del ser humano ha sido funcional para poder sobrevivir, debido a esto se suele temer a ciertos animales o insectos. La funcionalidad comunicativa también es importante para transmitir el mensaje del miedo en las expresiones de ira, expresiones críticas o de rechazo. Por lo tanto, el condicionamiento clásico, modelo teórico psicológico, ha podido explicar cómo las conductas fóbicas se generan o se transfieren (Bados, 2001).

Desde la teoría de la preparación también se intentó explicar el origen y mantenimiento de las conductas fóbicas. Esta enfatizó cuatro propiedades: factor selectivo, característica de fácil adquisición (no cognitivo), alta resistencia a la extinción y miedo excesivo frente al evento u objeto temido. La primera implica que las fobias no son arbitrarias, eso quiere decir que hay algunos estímulos que tienen más preponderancias a producir fobias. La segunda refiere que una fobia se puede adquirir con un solo acto de exposición. La tercera habla de la resistencia a la extinción como aprendizaje que debe ejercerse y poner en práctica. Por último, se refieren al miedo intenso a un objeto u evento que carece de sentido, hay una sobrevalorización (Seligman, 1971).

Otra teoría psicológica que explica el origen de las conductas fóbicas se la llama ley de incubación. Esta se basa en factores de vulnerabilidad y filogenética las cuales generan respuestas conductuales disfuncionales. Las conductas se perpetúan por medio del condicionamiento clásico a partir de un estímulo neutro (Belloch, Ramos & Sandín, 2010).

3.3. Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) ha definido los siguientes criterios diagnósticos para la ansiedad social:

- Miedo o ansiedad a una o más situaciones sociales.
- Miedo a la humillación frente a otros como causa de ansiedad.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo y la ansiedad es desproporcionada con la situación real. El sujeto suele evitar la situación social.
- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

En los niños, el miedo o la ansiedad puede expresarse a través de conductas de llanto, rabietas, inmovilidad, aferramiento, encogimiento o incapacidad de hablar en situaciones sociales. Para que se pueda diagnosticar se debe esperar al menos 6 meses desde el comienzo de los síntomas, pero se debe tener ciertas flexibilidades en el rango de tiempo cuando se quiera hacer el diagnóstico. Este límite de duración ayuda a distinguir la enfermedad de los miedos sociales transitorios que son comunes en la sociedad, especialmente entre los niños (APA, 2014).

La sintomatología de los trastornos de ansiedad social puede observarse en la taquicardia, palpitaciones, temblor en manos o voz, el rubor, malestar gastrointestinal, boca seca, escalofríos, cefalea, dificultad para tragar o náuseas. Los síntomas menos frecuentes son la falta de respiración o dolor en el pecho, los que suelen identificarse en la gran mayoría de los casos son la boca seca y el enrojecimiento del rostro. En el área cognitiva ocurre déficit en la memoria, confusión, falta de concentración, pensamiento anticipatorio negativo, miedo a ser observado, puede aparecer miedo a tener una crisis de pánico, miedo a no saber cómo comportarse o no saber hacerlo adecuadamente, miedo a la crítica negativa o al rechazo (Bados, 1998).

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014) los sujetos con trastorno de ansiedad social pueden ser: poco asertivos o sumisos, muestran posturas rígidas, son tímidos, buscan empleo en puestos de trabajo donde no interactúen con personas, frecuentemente viven con sus familias por mucho tiempo, los hombres suelen casarse

mientras que las mujeres acostumbran a ser amas de casa y madres, también se auto-medican. El rubor es una respuesta física característica de la fobia social.

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

3.4. Exposición.

Las técnicas de exposición tienen como objetivo enfrentar, de manera sistemática y programada, situaciones o estímulos internos que ocasionan ansiedad o cualquier sintomatología. El sujeto tiene que mantenerse en la situación o afrontar esta hasta que los síntomas se reduzcan significativamente. Hay diferentes tipos de exposición: La *exposición en vivo* la cual consiste en exponerse de una manera programada a los estímulos temidos en la vida real. La segunda exposición es la *imaginativa* que tiene como fin pensar en cómo afrontar las situaciones fóbicas. Por otro lado, la *exposición interoceptiva* consiste en afrontar a las sensaciones corporales que teme el sujeto (mareo o taquicardia). Las *exposiciones mediante ayudas audiovisuales* son más contemporáneas y se usan con tecnología como cd o audios. Se encuentra también *la escritura o los juegos* (dibujos o jugos infantiles) y la *realidad virtual* que permite por medio de ordenadores, crear un ambiente artificial para que el sujeto se enfrente a una situación. Por último, la *exposición simulada* entendida como un ensayo conductual o role playing. Se ha comprobado que estas exposiciones, junto con técnicas de relajación o respiración, reestructuración cognitiva o entrenamientos de habilidades sociales, llegan a un tratamiento mucho más eficaz (Bados López & García Grau, 2011).

La exposición en vivo es sobre la que se hace foco en este trabajo, ya que la paciente recuperada se expone diariamente en su trabajo, tiene el fin de cumplir tres objetivos: aprender a reducir las situaciones temidas y las conductas ansiosas disfuncionales; tener presente que los pensamientos negativos anticipatorios no suceden y no hay justificación real para los miedos; y entender que alguien puede llegar a manejar la ansiedad (Bados, 2001).

Antes de realizar una exposición en vivo se sugiere que el sujeto inicie con la exposición simulada o exposición imaginativa, estas pueden ser útiles para pacientes muy evitadores o extremadamente ansiosos. La duración de un tratamiento de exposición puede variar según las situaciones sociales temidas, pero al menos el paciente debe cumplir con 10 sesiones, aunque estará atado al punto anteriormente mencionado. En la primera sesión se establece un acuerdo sobre la formalización del problema, los objetivos a lograr y la efectividad del tratamiento que va a seguir. En la segunda sesión, se concreta la jerarquía de exposición, se acuerda una o más metas no perfeccionistas. En las siguientes sesiones se verifican los refuerzos, los progresos y se buscan soluciones. La última sesión se encarga de la presentación del programa de mantenimiento (Bados, 2001).

3.5. Recuperación.

El 30 % de los pacientes con trastorno de ansiedad social vuelven a remitir los síntomas en 1 año, y el 50 % experimenta remisión en unos pocos años. Desde principios de los años 80 se ha prestado cada vez más atención a la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad social que han demostrado buenos resultados contra el placebo psicosocial o incluso con otras intervenciones psicoterapéuticas alternativas (APA, 2014).

Para que los sujetos puedan recuperarse es fundamental identificar la categorización que ya se ha mencionado, la ansiedad específica o circunscripta y la global o generalizada. Para la primera es muy útil la exposición ya que suele ser una técnica altamente eficaz y recomendable con la posibilidad que hasta llegue al 100% de eficacia (Turner et al., 1994). En cambio, los sujetos que padecen de una ansiedad social generalizada es conveniente combinar con la reestructuración cognitiva y el entrenamiento de las habilidades sociales (Echeburúa, 1995).

Dado que a veces el complemento de las habilidades sociales produce una reducción de la ansiedad, también hay que tener presente que para algunos tratamientos pueden utilizarse únicamente esta herramienta. Otro instrumento es la aplicación de las estrategias de relajación las cuales tienen el objetivo de centrar al sujeto y sacarlo del foco. Sin embargo, hay que destacar dentro de todas estas herramientas, la exposición contra las situaciones temidas de la vida real es un método muy eficaz para abordar y trabajar el miedo (Mattick, Page & Lampe, 1995).

Las intervenciones que abordan las percepciones y los pensamientos distorsionados pueden ser especialmente importantes para el tratamiento de la fobia social. Heimberg y Juster (1995) han revisado la eficacia de los procedimientos cognitivo-conductuales para el tratamiento de la fobia social. De sus revisiones se desprende que el procedimiento más frecuentemente utilizado era la exposición, seguida por el entrenamiento en habilidades sociales y algún tipo de reestructuración cognitiva (terapia racional-emotiva, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en auto-instrucciones).

4. Dimensión social

La dimensión social es un lugar complejo en donde un sujeto está atravesado por diferentes problemáticas y demandas, las cuales producen aprendizajes y desarrollo de conocimientos. El ser humano responde en base a su aspectos afectivos, racionales, patrones conductualmente automáticos y en base valores obtenidos en este mundo. La ansiedad es una emoción adaptativa que tiene una parte cognitiva, hereditaria, afectiva y que se va modificando en base a lo que el sujeto va absorbiendo de su entorno. (Kaplan, et al, 1999). Históricamente esta emoción se la tenido en cuenta como rótulos desde una perspectiva más fisiológica (Conti & Stagnaro, 2007).

Como se ha explicado anteriormente la ansiedad puede entenderse como un rasgo o un estado, pero es importante entender que la ansiedad es un constructo más complejo de lo que se lo suele pensar ya que esta emoción cumple un rol imprescindible en los sujetos en el contexto social (Spielberger, 1972).

Bergillos (2004) es uno de los autores que desarrolla la ansiedad como emoción positiva y destaca como ésta ayuda a que los sujetos puedan desenvolverlas en su entorno, aprendiendo nuevos conocimientos. Resalta las características anticipatorias y como herramienta para resolver demandas desconocidas.

Un sujeto siempre tiene características habilidosas, algunos tienen más intensificados este rasgo, otros carecen de este. Sujetos con una habilidad marcada se caracterizan por ser empáticos, tener amplia red de vínculos sociales, pueden adaptarse a cualquier contexto o conseguir un empleo sin dificultad. Algunos sujetos pueden tener menos marcada esta habilidad pero tampoco esto hace que sea una patología, personas con un rasgo introverso no representa ningún tipo de patología. Cada sujeto tiene

dificultades en algún tipo de exposición, en algún aspecto de su vida. Sin embargo, cuando esta característica se intensifica y obstaculiza su trabajo, su vida personal, familiar y la capacidad de aprender se puede clasificar con sintomatología, posibilidad de un síndrome o trastorno. Depende un diagnóstico para que se pueda identificar la problemática que permita realizar un pronóstico. Por eso, es de suma importancia verificar si la ansiedad es circunscripta o generalizadora. En base a esto se puede decidir qué tipo de tratamiento será más productivo y eficiente para la recuperación de los sujetos. Existen diferentes tipos de intervenciones que serán explicadas más adelante (Caballo, 1993).

4.1 Las conductas ansiosas adaptativas.

Las conductas ansiosas adaptativas se pueden pensar desde un triple sistema de respuesta: la cognitiva (pensamientos), somático (tensión motora, activación autónoma) y emocional (sentimientos). También este constructo puede clasificarse en categorías cognitivas y somáticas; la primera incluye pensamientos desagradables como miedos o preocupaciones, la segunda se refiere a signos orgánicos como palpitaciones, diarrea, temblor o sudoración (Sandín, Chorot, Germán, Jiménez & Romero, 1993; Schwartz, Davidson & Goldman, 1978). Siempre se suelen observar los aspectos negativos de estas conductas pero no así las cuestiones adaptativas. Cuando un sujeto se enfrenta a una situación desconocida, la ansiedad ayuda con su componente anticipatorio a poder planificar posibles respuestas para poder realizar. Estas conductas señalan posibles alertas o advierten amenazas para poder activar cuestiones auto-protectoras con la intención de poder prevenir o reducirlas. Por lo tanto, las conductas ansiosas adaptativas tienen dos aristas: la percepción fisiológica y las que respectan a la percepción cognitiva del miedo junto con otras interpretaciones sintomatológicas que pueden aparecer. La atención es selectiva ya que un sujeto determina que estímulos deja de lado para poner su foco en el amenazante (Kaplan et al, 1999).

Cuando se habla de ansiedad hay que entenderla como emoción adaptativa que puede clasificarse como positiva o facilitadora en el cual se destacan las cuestiones adaptativas. Existe también la ansiedad negativa o debilitadora, que es la que suele estudiarse cuando describen la angustia, dolor de pecho o palpitaciones. Debido al dominio hegemónico de este último concepto, se ha intentado definir una nueva perspectiva de ansiedad en la que la sale de esta postura negativista sintomatológica (Bergillos, 2004). Otra mirada es que la ansiedad positiva se ha definido como una

transición de ansiedad debilitante hacia la facilitadora mediante la motivación, disciplina y competencia. También se refiere a los niveles de ansiedad usando para lograr un rendimiento a través de estrategias motivantes. Por último, el facilitador de la ansiedad puede aparecer aplicando estrategias que incluyan competencia positiva, participación, la ausencia de síntomas de ansiedad negativa, preparación, motivación para tener éxito, trabajo en equipo y cooperación (Jahangiri & Rajab, 2014).

Ante estas situaciones descritas, Bergillos (2004) distingue tres tipos de factores que intervienen en la adquisición de conocimiento: factores internos (cuyos procesos cognitivos suman positiva o negativamente en la adquisición del conocimiento), factores situacionales (los cuales aparecen en el contexto de aprendizaje) y factores individuales (los cuales se dividen en características inalterables como la edad, sexo y lengua materna, y alterables como la actitud, motivación, ansiedad). Si bien este trabajo se focaliza en el ámbito de la salud de una institución privada, no se han encontrado investigaciones que aborden a la ansiedad como una emoción adaptativa y facilitadora como variable de mejora en el tratamiento. Las investigaciones que se han realizado, han trabajado con la ansiedad facilitadora en áreas educativas y deportivas. Por esto, se citarán trabajos que muestren como la ansiedad puede aportar a un buen rendimiento. Se ha verificado que la ansiedad juega un papel fundamental dentro del aprendizaje de segundas lenguas. Muchas investigaciones intentaron encontrar la relación entre las conductas ansiosas y el aprendizaje, algunas mostraron como la ansiedad favorecía a este último proceso mencionado. Scovel (1978) utilizó por primera vez el término de ansiedad facilitadora cuando estudió cómo la ansiedad ayuda a sujetos que están aprendiendo un nuevo idioma. Complementando con este estudio se han encontrado asociaciones fuertes en grupo de estudiantes en San Luis, en Argentina, entre la motivación de la tarea y la ansiedad facilitadora (Zárate, Muñoz & Fantin, 2017). Algunos autores piensan que en las tareas simples la ansiedad suele favorecer el rendimiento contrariamente a las problemáticas complejas. Igualmente, esta postura quedaría refutada con las investigaciones en las que la ansiedad ayuda al aprendizaje de una segunda lengua (Bertoglia, 2008).

Siguiendo los estudios de la relación entre el rendimiento y la ansiedad, se realizó una investigación de cómo afecta la ansiedad en el aprendizaje de inglés como segunda lengua. Este estudio se realizó en las instituciones educativas Liceo latino Francés y Colegio Mayor de Inglaterra ubicados en Colombia, se evaluó a niños de 8 a 15 años. Los resultados muestran que la ansiedad debilitadora aparece en los procesos

de aprendizaje, pero también la positiva. Esta última ayuda a la apropiación del sujeto del conocimiento para que pueda aprender el idioma. Con esto, contradice la gran mayoría de los estudios que muestran el factor negativo de la ansiedad debilitadora sobre el rendimiento educativo (Duarte Torres, Gordillo Rivera & Manrique Diago, 2017). También se visualiza en los niños en las tareas escolares explicando que los perfiles ansiosos moderados suelen tener un abordaje cauteloso, verifican y constatan lo que hacen, pero cuando se requiere flexibilidad e innovación estos rasgos no son funcionales (Mussen & Rosenzweig, 1981).

Las aptitudes que poseen los niños durante la escolaridad pueden categorizarse como bajas, medianas o altas. Las conductas ansiosas adaptativas suelen presentarse en niños con aptitudes bajas y medianas (Bertoglia, 2008). Se ha verificado también que la ansiedad positiva está relacionada con niños con buen rendimiento en la lectura antes que ejercicios aritméticos (Lynn, 1957). Se ha estudiado el rol de la ansiedad cuando los estudiantes toman nota, se ha distinguido las diferencias entre la ansiedad positiva y negativa en el procesamiento de la información. Los estudiantes con una ansiedad debilitadora presentaron un rendimiento deficiente en estas tareas (Carrier, Higson, Klimoski, & Peterson, 1984).

Comentario [u1]: Frase inconclusa.

Otras investigaciones que han analizado la relación entre la ansiedad con la autoeficacia, la auto percepción, la autoestima y la motivación. Los estudios que se han realizado con la autoeficacia, entendiéndola como creencia de sí mismo de poder alcanzar los objetivos pretendidos, muestra que la ansiedad facilita la posibilidad de poder predecir el rendimiento y de que este influya positivamente. Sin embargo, el rendimiento será exitoso siempre y cuando el sujeto ya haya experimentado una situación similar (Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polanía & Rodríguez, 2005). El desempeño en el ámbito educativo también es influenciado positivamente por la ansiedad y la autoestima personal, esta afirmación ha sido comprobada en una investigación acerca del aprendizaje mecánico para el ejercicio complejo de las matemáticas (Gairín, 1990). Por último, estudios sobre la ansiedad en ámbitos competitivos, dentro del ámbito educativo, muestran la importancia de la auto percepción. Esto quiere decir en como el sujeto se ve frente a los otros y como percibe su expertiz en la tarea (Leary, 1992).

Esta introspección junto con la autoestima y la ansiedad cognitiva en los factores motivacionales influenciaron los resultados del rendimiento de los sujetos (Eklund & Wilson, 1998; Hall, Kerr & Mattheus, 1998).

También se estudió el efecto de la tensión, ansiedad y relajación contra el rendimiento cognitivo de deportistas, se comprobó que la tensión y ansiedad moderada permiten una buena performance. La relajación también ayuda a reforzar este desenvolvimiento controlando que estas no aumenten su intensidad (Salas & Salazar, 2004). A su vez también la intensidad de la ansiedad y su funcionalidad como facilitadora ocurre cuando un sujeto verifica que ha podido realizar su propósito o verifica que está teniendo un buen desempeño (Jones & Swain, 1992).

4.2 Habilidades sociales

En el pasado el ser humano no estaba acostumbrado a interactuar en diferentes sistemas sociales, los roles eran rígidos y poco flexibles. Actualmente esto ha cambiado, hay interacciones más rápidas, complejas y las reglas se transforman a medida que pasa el tiempo. En esta época contemporánea el contexto es mucho más dinámico y requiere que los sujetos tengan mayor destreza social, ya que muchos carecen de la motivación para relacionarse con otros. Debido a esto es muy importante el rol de las habilidades sociales para que un sujeto pueda adaptarse a un medio social, pueda empatizar, comunicarse y responder efectivamente la demanda. Caballo (1993) entiende a la habilidad social como la unión entre el ambiente y el individuo.

No se ha desarrollado una definición universal de las habilidades sociales, pues se trata de un constructo que ha evolucionado en el tiempo. Salter (1949) menciona el concepto de personalidad excitatoria en su discurso positivista contra el psicoanálisis basándose en el condicionamiento. Luego Wolpe (1958) describe el constructo de asertividad en un ejemplo didáctico frente a lo que sucede a personas neuróticas. Los sujetos cuando expresan lo que quieren de una manera funcional, se los denominan personas con conductas asertivas.

A partir de Lazarus (1971) se desarrolla el concepto de libertad emocional y los tipos de evaluación que ocurren en los sujetos cuando interactúan con su medio ambiente. Más tarde, Edelstein y Eisler (1976) pensaron a las habilidades sociales como instrumentos de modelado para poder resolver el déficit de personas con diferentes problemáticas. Por último, Phillips (1978) menciona que las habilidades sociales son vínculos de conexión entre los sujetos. Posterior a estas construcciones teóricas, Meichenbaum, Butler y Grudson (1981) enfatizan la dificultad de unir todas estas definiciones históricas de las habilidades sociales y marcaron cómo impacta el contexto

cambiante en el desarrollo de las mismas. McFall (1982) además, describe que las habilidades son las capacidades para realizar funcionalmente una tarea.

Retomando estos diferentes enfoques, Caballo (1993) plantea que, se pueden entender a las habilidades sociales como conductas realizadas por sujetos en contextos de interacción en los que se manifiestan aspectos afectivos, comportamentales, ideológicos y legales. La finalidad de estas interacciones es la solución de demandas y la proyección de futuras respuestas a diferentes problemáticas. Se pueden distinguir sujetos que poseen habilidades sociales marcadas de otros que carecen de ellas, estas diferencias pueden describirse desde áreas conductuales, cognitivas y fisiológicas.

El aspecto conductual en personas con alta habilidad social se caracteriza por tener conductas asertivas, ser expresivas gestualmente, dan importancia a la utilización de la mirada o sonrisas, o realizar muchos cuestionamientos abiertos, y se destacan por tener amplias redes de contactos personales o profesionales. Por otro lado, los sujetos que carecen de habilidades no utilizan la mirada como gesto comunicacional, tienen niveles de ansiedad elevada, son silenciosos, no extienden una conversación, y no suelen sonreír como hábito (Caballo, 1993).

En el área cognitiva, los sujetos con alta habilidad interpretan a otras personas cuando están interactuando, tienen una virtud empática muy definida, tienen expectativas positivas, observan una problemática desde diferentes perspectivas, tienen paciencia frente al afrontamiento de conflictos. En cambio, las personas con baja habilidad en el aspecto cognitivo tienen menos autoestima, pensamientos negativos incluso, en la atribución de los éxitos y los fracasos. Por último, en el área fisiológica no se encuentran diferencias significativas entre ambos perfiles (Caballo, 1993).

Además de los perfiles de los sujetos, que definen si carecen o no de habilidades sociales, existen instrumentos de evaluación que son útiles para identificarlos. A medida que ha pasado el tiempo, las pruebas van cambiando de acuerdo a los diferentes aportes teóricos (Caballo & Salazar, 2017).

Estos instrumentos son utilizados en el diagnóstico de los trastornos que afectan las habilidades sociales, así como también durante el tratamiento. Por ejemplo, en el entrenamiento de las habilidades sociales se ayuda a afrontar las demandas psicológicas funcionales o patológicas, lo que produce mayor calidad de vida y efectividad interpersonal, ya que las relaciones interpersonales son imprescindibles para el progreso y el funcionamiento de la estructura cognitiva (Curran, 1985). Los factores psicopatológicos o socialmente disfuncionales que obstaculizan las habilidades, según

Caballo (1993) son la ausencia de respuestas funcionales aprendidas en el repertorio de un sujeto, la ansiedad condicionada, la autopercepción negativa, las conductas abúlicas, la institucionalización que desconecta al sujeto de su contexto social, el ambiente hostil.

Las conductas patológicas interrumpen el desarrollo de las habilidades sociales. El trastorno que describe especialmente la disfuncionalidad de las habilidades sociales es la fobia social, debido a esto muchos modelos abordan esta problemática desde un enfoque dimensional a diferencia del enfoque categorial. Se trabaja con el miedo, la ansiedad, la timidez, la auto-conciencia y la sumisión-agresión con la intención de crear tratamientos más eficaces (Hofmann, Heinrichs & Mosckovitch, 2004 citado en Rodríguez Biglieri et al., 2011).

Además existen tratamientos desde la teoría cognitiva conductual, perspectiva que ha demostrado mayor eficacia. Este enfoque se basa en el ejercicio de habilidades sociales a partir del modelado, la relajación, las exposiciones y terapia. El modelado se utiliza junto con otras herramientas para compensar o resolver el déficit del sujeto. Por otro lado, la relajación sirve para poder controlar los síntomas que aparecen en el sistema de alerta fisiológico que la gran mayoría de las veces desencadenan una respuesta de ansiedad. La exposición es una intervención gradual y sistémica para afrontar la dificultad del sujeto, la utiliza la terapia cognitiva con el objetivo de trabajar con los pensamientos que suelen reforzar los trastornos (Rodríguez Biglieri et al., 2011).

Estos abordajes en los tratamientos de la ansiedad social retroalimentan las investigaciones científicas. En este sentido, se encuentran relaciones con otros constructos, como por ejemplo, con la autoestima. Según Caballo y Salazar (2018) se comprobó que los sujetos con una abundante fobia social demuestran una autoestima más baja que aquellos con baja ansiedad social. En cambio a menor ansiedad social aumentan las habilidades sociales.

4.3 Beneficios del rol del trabajo en pacientes con fobia social

El trabajo es una *actividad forzada*, un acto organizado, una actividad productora de objetos y creencias (Meyerson, 1948).Friedman (1961) reflexionó desde el modelo sociológico sobre este concepto, mencionando que cualquier tarea observada en talleres, oficinas, agricultura, se observan cinco factores: técnico, psicológico, fisiológico, social y económico. Algo muy importante en la realización del trabajo es que depende del objetivo perseguido. El concepto de trabajo tiene según Blanch (1996) múltiples significados haciendo referencia a actividades humana que se caracterizan por

ser construcciones sociales componentes de sentido y valor. Este autor define el trabajo como un constructo consciente que muestra una cantidad de esfuerzo para la producción de bienes, la elaboración de productos o la realización de servicios con los que satisfacer algún tipo de necesidades humanas. Rodríguez (1992) aporta la existencia de un contrato legal, técnico o normativo que imponer restricciones a tal actividad.

En el ámbito laboral se puede describir una triada dinámica en la que los sujetos están inmersos, uno es las aptitudes y actitudes que poseen las personas, las tareas a cumplir y los medios de trabajo u objetivos de las organizaciones. Los mismos objetivos y medios delegados a personas diferentes lograran situaciones de trabajo diferentes y efectos. La disciplina que estudia esta dinámica es la ergonomía la cual se encarga de la adaptación de los medios de trabajo a los sujetos que realizan una tarea. Esta disciplina evita medios de trabajo que llevan a una exclusión de personas. El objetivo de esta disciplina es: tener en cuenta las diferencias de los sujetos en el medio de trabajo, introducir elementos para que ayuda a la flexibilidad de los trabajadores en el medio de trabajo, tener en cuenta las particularidades de cada trabajador (Daniellou, 1998).

No se han encontrado investigaciones que analicen a sujetos con fobia social que con la ayuda del trabajo han podido mejorar su situación. Este punto seria de suma importancia para que se tenga en cuenta en investigaciones futuras. Los estudios que se han realizado han sido sobre la ansiedad impacta negativamente en el trabajo, analizándolos pensamientos preocupantes y anticipatorios o la activación fisiológica que interrumpe el rendimiento. Una de las áreas en la que se ha investigado, es la educativa. En Canadá encontraron que la ansiedad impacta en la satisfacción laboral y aumenta el ausentismo ya que relacionan el estrés y esta emoción como enfermedades que provocan licencias laborales. Los profesionales que realizaron esta investigación tuvieron el objetivo de mejorarlas condiciones laborales de los docentes (Ferguson, Frost, & Hall, 2012). Por otro lado, en Nueva Jersey, se estudió a maestros de dos escuelas secundarias urbanas y cinco secundarias suburbanas. La intención de esta investigación fue identificar relaciones entre la ansiedad, estrés y el trabajo de los docentes. Se hallaron asociaciones significativas entre la relación entre el trabajo y factores estresantes para poder explicar la ansiedad. Se destacó que el apoyo de compañeros docentes se relacionaba negativamente con factores ansiógenos (Mahan, Mahan, Park, Shelton, Brown & Weaver, 2010). Contrariamente en el área de salud pública, también se ha realizado estudios relacionando el trabajo y la ansiedad en enfermeros que trabajan en turnos diferentes. Se corroboró que los profesionales

Comentario [u2]: Revisar redacción.

realizan sus actividades en todos los turnos con nivel de ansiedad moderada. Por lo tanto, la ansiedad no interfiere en su trabajo diario pero no mencionan que mejore su rendimiento (Oliveira & Pereira, 2012).

Teniendo en cuenta estas investigaciones, se infiere que la ansiedad puede interferir en trabajo de personas obstaculizando o no interfiriendo en el performance. Hay que tener en cuenta que la ansiedad social, se las suele estigmatizar y suelen excluir a las personas que la padecen. Esto ocurre porque se piensa al trastorno como responsable del bajo rendimiento, motivo de aumento de ausentismo, falta vínculos sociales, provocador de baja autoestima, se caracterizan a estas personas como poco asertivas teniendo en cuenta que esta cualidad es muy solicitada en la realización de un trabajo. Esto categoriza a las personas como perfiles de riesgo en cualquier área de trabajo (Sánchez, 2008). Según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014) los factores de riesgo de los sujetos se pueden clasificar en el área temperamental (rasgos subyacentes que predisponen a los sujetos al trastorno de ansiedad social), en el área ambiental se ha estudiado que el maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo pudiendo ocasionar un trastorno de ansiedad social. Con los avances de la neuroplasticidad se ha verificado que los estresores contextuales pueden influencias a la genética. Se ha verificado que la fobia social puede transferirse generacionalmente.

Debido a esto en España se crearon organizaciones que tienen como objetivo la reincorporación de sujetos con trastornos u otras problemáticas, lo que se llama reinserción laboral. Con este programa público se logra verificar la importancia del rol de trabajo como herramienta para que el sujeto pueda recuperarse. Las empresas son conocidas en ese país hace 25 años y está financiado por el ministerio de educación y ciencia: el programa se llama *Prácticas de intermediación laboral y fomento de la empleabilidad: La gestión de itinerarios de inserción de colectivos vulnerables*. Estas empresas brindan un primer empleo en el cual se desarrollan nuevos hábitos, destrezas, aprendizaje de nuevos conocimientos, oficios, experiencias profesionales innovadoras con el fin de que el sujeto logre conseguir un trabajo mejor por fuera de este programa público y pueda conseguir mejoras en su calidad con una autonomía que anteriormente no tenía. Por lo tanto, este programa es útil para aquellos sujetos que según el autor son perfiles de riesgo y no pueden conseguir un trabajo por su cuenta (Orantes, 2008).

Esta problemática se ha trabajado en un congreso acerca de la exclusión social de jóvenes con problemáticas, especialmente en niños con fracaso escolar o carecen de habilidades o competencias con las que medirse en el mercado laboral. Las

características de estos sujetos son: Carencias formativas importantes generando dificultad para un primer trabajo, fobia hacia todo lo relacionado con los estudios, el aprendizaje teórico a exposiciones, escasa motivación para seguir aprendiendo debido también a cuestiones fóbicas, sentimiento de fracaso como se mencionó reiteradas veces con los pensamientos negativos, menoscabo de su autoestima y del concepto sobre sí mismos muy pobre y estigma social como se destacó en otras ocasiones cuando la sociedad excluye a este tipo de personas que conviven con este trastorno de ansiedad (Fernández, 2011).

La inserción laboral es un papel fundamental para que el sujeto pueda adaptarse y logre pasar el episodio agudo y crónico de su trastorno. Algo que llama la atención es que en los sujetos con una fobia social sin hacer una terapia cognitiva, algunas veces logran por motivación personal auto exponerse a la situación temida. Logran hacer exposiciones en vivo sin tener conciencia de que es una intervención psicológica. Por esto, cuando un sujeto con fobia social que teme vincularse con gente desconocida comienza un trabajo que consistirá en atender personas, implícitamente está realizando un tipo de exposición que se llama auto-exposición en vivo. Por lo tanto, el trabajo estaría beneficiando al sujeto en su tratamiento ya que se ha comprobado que esta intervención es más efectiva que la exposición con imaginación, exposición interoceptiva, exposición mediante ayudas audiovisuales, exposición utilizando la escritura o los juegos, exposición mediante realidad virtual y exposición simulada (Fava, Savron, Zielezny, Grandi, Rafanelli & Conti, 1997). Las tareas de auto-exposiciones en vivo están dentro de la categoría de exposiciones en vivo pero resultan más ansiógenas que aquellas realizadas con compañía (Bados López & García Grau, 2011).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de caso.

5.2 Participantes

El sujeto elegido para este trabajo fue una mujer de 25 años diagnosticada con un trastorno de ansiedad social hace 7 años. Ella vive con su madre y su hermana en zona sur, una vez por semana suele visitar a su padre en Capital Federal. Sus padres se separaron cuando tenía 18 años y estaba cursando su último año de secundario. En la

primera entrevista la secretaria comentó que los síntomas comenzaron desde muy chica ya que interactuaba poco con los compañeros del colegio, a los 11 años empezó a hacer terapia porque le era difícil afrontar los cambios. En ese momento era porque no quería cambiarse de colegio. Posteriormente, en su adolescencia no le gustaba salir con gente desconocida, o ir a lugares masivos como bares o boliches. De a poco su red de amistades comenzó a reducirse y dejó de hacer salidas externas o cualquier tipo de exposición.

Hace tres años inició un proceso psicoterapéutico psicoanalítico, luego de 24 meses con avances en el tratamiento fue elegida para trabajar, de manera temporaria, en las vacaciones de la secretaria de la institución. Lo realizó por dos semanas de una manera muy eficiente - exponiéndose en la interacción con los pacientes, interactuando con los profesionales, administrando los test, exponiéndose en videos publicitarios de la institución- hasta que terminó el periodo de reemplazo. En la organización quedaron muy satisfechos con su desempeño, debido a esto decidieron contratarla de manera permanente.

Actualmente ella sigue trabajando en la institución, administra las pruebas de evaluación de todos los ingresos, participa de las campañas publicitarias de la institución, interactúa con los pasantes de las universidades y suele contener a los pacientes nuevos cuando realizan sus primeras consultas.

5.3 Instrumentos

En la Entrevista Semi-dirigida se indagó acerca de su historia personal desde su infancia hasta la actualidad para ubicar cuando iniciaron los síntomas de la ansiedad social. También se aprovechó para preguntar acerca de su composición familiar y verificar si hubo eventos que la hayan marcado en su ciclo vital. La segunda entrevista tuvo como eje preguntas acerca de los objetivos de este trabajo. La última entrevista fue a modo de cierre y retomar cuestiones significativas que había narrado y fueron pertinentes para el desarrollo de este trabajo. Toda la información recolectada por las entrevistas fue contrastada con una observación participante. Por último, durante la práctica la secretaria tuvo que participar en un video para la institución, actuando como una mujer enojada. Este evento fue útil para verificar su estado de recuperación.

5.4 Procedimiento

Durante la práctica profesional se efectuaron tres entrevistas semidirigidas de 1 hora con ejes diferentes. La primera tuvo la intención de recolectar información - sociodemográfica acerca de la secretaria, datos acerca del vínculo con familia y hechos que la han marcado, historia del desarrollo de su ciclo vital, se indagó acerca de los inicios de los síntomas, historia profesional y laboral. La segunda entrevista se enfocó en los objetivos específicos, en verificar qué conductas ansiosas adaptativas le ayudaron en el trabajo, acerca de las habilidades sociales o acerca del rol del trabajo. Por último, se realizó un cierre y se re-preguntaron **cuestiones** para aportar más información de los objetivos. Estas entrevistas se realizaron al final de cada jornada laboral cuando la gran mayoría de las tareas estaban finalizadas.

Comentario [u3]: Muy coloquial.

Luego de haber realizado las entrevistas en días diferentes, se realizó una observación participante durante el día de trabajo. Se visualizó cómo la secretaria planifica la semana, cómo controla los ingresos del día junto con los pagos a los profesionales. También verifica las agendas de los psicólogos y los psiquiatras analizando si hay cambios. O como se mencionó anteriormente, la interacción que tiene con los pacientes cuando están a la espera o cuando consultan por primera vez por vía telefónica.

6. **Desarrollo**

Comentario [u4]: La presentación del caso repite información de metodología.

6.1. Descripción las conductas ansiosas adaptativas que la paciente recuperada ha desarrollado desde que comenzó a trabajar en la institución.

Antes de describir la experiencia laboral en la institución para dar cuenta de las conductas ansiosas, es importante recuperar el estado del trastorno de la secretaria cuando recibió la propuesta de trabajo, al respecto ella expresó “*mi papá conoce al director de la institución. Un día le comentó que yo estaba buscando trabajo. Me llamó un día y me dijo de venir al instante para hacer una entrevista. Yo me descoloqué porque no estaba preparada, más porque en ese entonces sufría mucho por mi ansiedad social. Le tuve que decir de hacerla al siguiente día... Me costaba mucho encontrar trabajo, tenía mucho terror a las entrevistas, vi que cayó en el momento justo*”. En esta descripción ella narra cómo su ansiedad social repercutía en todas sus áreas de desenvolvimiento y cómo le costaba enfrentar una entrevista de trabajo de manera

espontánea. En el suceso narrado se observa la evitación, que puede remitirse a los síntomas evitativos descritos en el DSM-5 (APA, 2014), específicamente a la fobia social cuando el sujeto tiene miedo a la exposición.

En las conductas ansiosas adaptativas que más adelante se describirán, pueden observarse cambios producidos por los avances en la recuperación. Mientras, en un principio, la secretaria no podía afrontar la exposición ante gente desconocida o la demanda espontánea de una entrevista (APA, 2014). Paulatinamente va apareciendo la ansiedad adaptativa, en la posibilidad de planificación o la anticipación de un problema (Kaplan et al., 1999).

La secretaria resalta como una cuestión importante la posibilidad de trabajar en una institución privada que abordaba su problemática, respecto a ello, afirmó que *“en realidad no me hice tantos planteos porque cuando el director me brindó esta posibilidad lo tomé como una suplencia. Vine un par de veces para aprender y ver cómo era el trabajo, pero ¡precisaba ya! una experiencia laboral. Si no se hubiera dado esta oportunidad, no sé dónde estaría ahora. Estuve agradecida de esta posibilidad, de trabajar con gente que tiene la misma problemática que yo. Siento que puedo entenderlos y puedo ponerle en el lugar de ellos”*. En ese momento de la entrevista la secretaria expresó un fuerte deseo de conseguir un trabajo.

Por otro lado, cuando menciona que puede entender a los pacientes y ponerse en el lugar de ellos, se observan factores empáticos que muestran cómo la autopercepción de su problemática puede llevar a que la ansiedad, desde un enfoque adaptativo, sea funcional en cualquier tarea (Leary, 1992).

Volviendo a las conductas ansiosas adaptativas, es muy interesante observar como la secretaria describió en su relato la funcionalidad de la ansiedad al decir que *“la ansiedad es útil para anticiparse a posibles dificultades”*. Esta afirmación puede vincularse con el aspecto adaptativo de la ansiedad planteado por Amparo et al. (1995).

Luego, la secretaria relató una experiencia vivida recientemente en la institución *“Cómo toda persona ansiosa yo siempre estoy 10000 pasos adelante del resto. Un día estaba revisando las agendas, cómo venía la semana, hay días que son complicados y se juntan muchos pacientes. Hubo un viernes que vinieron todos a atender y había un rato que no había consultorios físico-libres. Todo inconveniente lo hago un drama, pero lo solucioné. Pude reubicar a un grupo terapéutico que suele usar la sala grande para que puedan hacer una actividad afuera de la institución con su coordinadora. Debido a esto, no tuvimos que cancelar ningún compromiso”*. En esta

descripción de hechos, la secretaria menciona el rol funcional de la ansiedad en su carácter anticipativo (Amparo et al., 1995). Esto muestra como la ansiedad negativa o debilitadora puede convertirse en una ansiedad positiva o facilitadora, la secretaria frente al evento novedoso se alarmó de una manera exagerada pero luego pudo solucionar la problemática (Jahangiri & Rajab, 2014).

La secretaria también dio cuenta de conductas ansiosas adaptativas en la realización de tareas administrativas *“Yo para las compras también soy ansiosa, pendiente de lo que falta y ver que compras puedo hacer, tengo una planificación constante. Cosas para la librería, fotocopia de las recetas, galletitas o bebida para merendar.”* Puede inferirse la presencia de una ansiedad facilitadora que mejora el rendimiento en las tareas descriptas, categorizadas como tareas simples, según Bertoglia (2008).

En su relato puede observarse la distinción entre los síntomas psicopatológicos, característicos del trastorno, y la emoción adaptativa: *“Me acordé que cuando empecé a ir a la psiquiatra, la ansiedad en cierto momento ve como algo amenazante lo que realmente no es. En la ansiedad ve las interacciones como mal pero no ameritan”*. Describe en este fragmento un aumento en la intensidad de la ansiedad sin ningún tipo de funcionalidad, ve cualquier objeto como amenazante (Carrión & Bustamante, 2012).

Es interesante destacar que el hecho de que pueda discriminar entre las emociones y la sintomatología de la ansiedad, verifica que está en un estado de recuperación. Identifica cuando los síntomas aparecen y se intensifican, y manifestó durante la entrevista el enojo con su ansiedad: *“Estoy enojada con mi ansiedad. Preferiría ser eficiente a un grado normal y no tener que controlar todo o estar preparada para todo. Dejar que suceda una situación y no hacerme problema. Es algo que trato de trabajar, tengo un rechazo muy fuerte a que las cosas no se den como quiero”*. Aquí podrían leerse señales de autopercepción de su trastorno y sus expectativas en torno a la recuperación. Sin embargo, también puede inferirse que tiene pensamientos negativos respecto de todo lo que ha avanzado (Hofmann et al., 2004 citado en Rodríguez Biglieri et al, 2011).

En la observación participante realizada se identificaron muchas conductas ansiosas adaptativas como la planificación, anticipación o conductas del sistema de alerta. La secretaria entra alrededor de las 14 horas todos los días a excepción de los martes. Cuando ingresa suele verificar si durante la mañana y el mediodía se ha desenvuelto todo bien. Corrobora la agenda y comienza a atender a los pacientes que

Comentario [u5]: Tiene que ver con el objetivo específico?
Ignacio: Se omitió la información

van llegando en sus respectivos horarios. Mientras van llegando suele cobrarles, les habla y les pregunta cómo están. Se observa particularmente la planificación y la anticipación cuando organiza la agenda: revisa la planilla de gastos y provisiones para verificar qué insumos debe comprar, realiza el pago de los profesionales y se comunica con los proveedores para que repongan productos en la institución. El nerviosismo o conductas del sistema de alerta, parecen manifestarse frente a situaciones o tareas nuevas, por ejemplo, hacer un video para publicar en la página de la institución (Kaplan et al., 1999).

El video consistía en una campaña contra el estigma social de los trastornos mentales y ella tenía que actuar representando a una chica enojada. Este momento de exposición muestra claramente aspectos de recuperación, ya que la tarea implica un nivel de alto involucramiento. Cualquier sujeto, aún sin haber padecido ansiedad social, puede estar nervioso frente a una filmación. Las conductas anteriormente descriptas muestran el aspecto facilitador de la ansiedad en la cual muestra preparación, motivación para tener éxito y un buen desenvolvimiento (Jahangiri & Rajab, 2014).

Respecto a los estudios preexistentes, la ansiedad como facilitador de un buen rendimiento solo se ha estudiado en ámbitos educativos como en el aprendizaje de una segunda lengua o en la comprensión de texto (Bertoglia, 2008; Duarte Torres et al., 2017; Lynn, 1957). Por otro lado, también se ha investigado en el deporte comprobando que la ansiedad moderada provoca una gran eficiencia (Jones & Swain, 1992; Salas & Salazar, 2004). Por último, en el ámbito de la salud se constató que los enfermeros con ansiedad moderada suelen desenvolverse de una manera eficaz en el trabajo (Oliveira & Pereira, 2012). En relación al ámbito laboral en el caso estudiado es importante destacar como la ansiedad, después de pasar su estadio disfuncional, ha ayudado a la secretaria a adaptarse a su primer trabajo¹.

6.2. Describir las habilidades sociales que ha adquirido la paciente recuperada desde que ha empezado a trabajar en la institución como secretaria.

Para dar cuenta de las habilidades sociales que ha adquirido la secretaria, dado que no es paciente de la institución, se comparó su estado al comenzar a trabajar y su estado actual en base a la información obtenida en las entrevistas. Durante la segunda entrevista se retomaron cuestiones respecto a cómo había llegado a la institución y ella

¹Este punto se volverá a destacar en el apartado *Perspectiva crítica*.

sola destacó que gracias al trabajo había adquirido habilidades sociales que antes no registraba. Al respecto explicitó *“Me doy cuenta que a veces tengo una facilidad para hablar con los pacientes. Hay un ida y vuelta agradable, me di cuenta que tenía habilidades sociales que antes no las reconocía”*. No se han encontrado investigaciones que demuestren esto pero se verifica en las intervenciones de exposición en vivo. Se ha comprobado que en tratamientos cognitivos realizar exposiciones produce mejoras en los sujetos. Por lo tanto, se puede afirmar que la secretaria al comenzar a trabajar en la institución efectuó una actividad de auto-exposición constante, que la ha llevado a estas mejoras, en conjunto con su proceso psicoterapéutico (Bados López & García Grau, 2011).

Estas habilidades, que la secretaria mencionó no haber notado hasta que comenzó a trabajar, pueden leerse como signos de su recuperación. Puede inferirse que de ello habla al decir *“este trabajo me da muchas satisfacciones ya que los pacientes me reconocen y me muestran cariño. A veces me traen regalos porque se sienten agradecidos por mi rol y me sorprende porque mi participación es mínima. A veces puedo tener un día muy malo pero pongo mi mejor predisposición...básicamente hablar con la gente me costaba un montón, tener conversaciones, a veces me cuesta llamar para pedir un médico. En el trabajo puedo hacerlo pero en mis cosas todavía me cuesta”*. Estos signos favorables que ella describe, muestran las conductas ansiosas recuperadas que aparecieron cuando empezó a realizar este trabajo y validan los aportes teóricos de la eficacia de la exposición con tratamiento psicológico (Caballo, 1993; Mattick et al., 1995).

A medida que se indagó acerca de las habilidades sociales apareció una temática importante que se relaciona con este constructo, que es la autoestima. En la primera entrevista narró que en su adolescencia tuvo muchas dificultades con respecto a su imagen, que nunca se visualizó como una mujer bella, y volvió a marcar esta idea en diferentes momentos de las demás entrevistas. Por lo tanto, en su pasado y en la actualidad, la autoestima sigue siendo una dificultad que puede ser un aspecto vulnerable en su recuperación. Caballo y Salazar (2018) han marcado en sus investigaciones esta problemática en sujetos con ansiedad social.

La secretaria muestra una evolución en su recuperación contra la ansiedad social, ya que no padece períodos agudos en los que tenga miedo de interactuar con personas o de tema a la exposición. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la importancia

del rol de la autoestima y de la imagen de sí misma, ya que muestra síntomas que todavía están latentes (Caballo, 1993).

Más allá de la problemática con la autoestima que permanece vigente, no se puede negar la importancia de los grandes avances que ha obtenido, ya que la ansiedad social afecta a todas las áreas (familiares, amistades o laborales) en las que el sujeto se desenvuelve (APA, 2014). Se puede observar que antes de ingresar al trabajo ella carecía de las habilidades sociales descritas y ha estado en un tratamiento psicoanalítico desde ese entonces hasta actualidad. Lo menciona *“no me gustaba ir a lugares donde no conocía a la gente...una vez una amiga cumplió años pero no conocía a sus amigos. Estar en la fiesta y no conocer a nadie me puso mal. Decí que empecé a hablar con una chica y pude pasar el momento...en el colegio me juntaba con una amiga, éramos muy unidas y solíamos aislarnos de todos. No nos gustaba salir a bailar o hacer lo que la gran mayoría hacía. Sin embargo, ella un día cambió, empezó a salir a bailar, a juntarse con las chicas que antes no hablábamos. Eso de a poco nos fue distanciando y alejando ya que no compartíamos más lo que nos gustaba”*. Todos estos síntomas la hacían una persona con pocas redes sociales, con miedo a la exposición así como también a los vínculos con otros sujetos. Actualmente, se la puede considerar como una paciente recuperada de esa etapa aguda del trastorno ya que en la entrevistas mencionó *“estoy en algo con un chico que trabaja en un kiosco cerca de acá, igual él no quiere una relación, fue el que me buscó...capaz vaya a la casa, él vive en Hurlingham (...) Tengo ganas de estudiar programación, si bien estudié psicología no me gustó”*. Estos hechos y proyecciones de su futuro muestran que tiene intenciones de formar una relación y que quiere hacer una carrera profesional, por lo que se la puede caracterizar como una persona con una habilidad social más marcada que en su pasado (Caballo, 1993).

Todas estas cuestiones marcadas en las entrevistas fueron vistas en la observación participante, las habilidades sociales se observan cuando los pacientes llegan a la institución y los atiende, algunos de ellos siempre inician una conversación y ella se interesa por el tema sobre el cual hablan. También mantiene un vínculo empático con los profesionales de la institución, se percibe el compromiso y la responsabilidad que tiene con la institución. Suele interactuar con proveedores cuando ciertas provisiones para la institución se acaban y se tienen que reponer. A veces tiene que enfrentar a pacientes conflictivos cuando tienen un problema con la institución o le cancelaron el turno. Ella afronta esa situación y trata de apaciguar al paciente. Suele

ocurrir que algunos pacientes llaman para averiguar acerca de la institución y, la gran mayoría de las veces, la conversación se extiende porque le hablan de sus problemas. Esto suele complicar las tareas de la secretaria ya que paralelamente tiene que controlar el acceso de los pacientes que llegan, cobrarles y dirigirlos con el profesional. Sin embargo, se observa que es muy eficiente en las multitareas y su atención dividida. Esto demuestra proactividad y algo mucho más importante que se llama asertividad, característica significativa de las habilidades sociales (Caballo, 1993).

Con respecto a la autoestima, se verificó como impacta en las habilidades sociales, ya que se observó que la secretaria siente a veces desconfianza en sí misma. Algo que suele ocurrir a los pacientes con un trastorno de ansiedad social (Eklund & Wilson, 1998; Hall, Kerr & Mattheus, 1998). Suele dudar de sus propias aptitudes, tal vez desconoce sus grandes fortalezas en el área personal. Sin embargo, en sus tareas laborales se la observa con confianza y con seguridad en lo que hace, organiza la agenda de todos profesionales que hay en la institución. Como ha dicho en las entrevistas, ella desea trasladar la seguridad que ha obtenido en el trabajo a su vida personal y profesional.

Por lo tanto, el papel de las habilidades sociales en la recuperación ha sido esencial para que la secretaria haya podido avanzar en su ciclo vital (Echeburúa, 1995), para que las conductas ansiosas disfuncionales se hayan convertido en adaptativas. Se pueden atribuir esto a su experiencia laboral, dado que ha aprendido habilidades sociales que no había desarrollado en su historia personal.

6.3 Describir los beneficios que el rol en su trabajo le ha brindado a la paciente recuperada para seguir afrontando la recuperación en su fobia social.

En la segunda entrevista, cuando se indagó acerca de estos objetivos, nuevamente se identificaron las dificultades con su autoestima y como afecta ésta a sus habilidades sociales. Mencionó que el trabajo *“Me abrió los ojos a la percepción que tengo de mí misma, a veces te hablan los pacientes con cierta simpatía. A veces, pensaba que ciertos pacientes no me podían hablar porque no les parecía una persona interesante. No tenía la confianza de que una persona podía llegar a interesarse en mí. Hay un paciente, un señor grande, dice que yo hago un café bárbaro y yo le hago un café común y corriente. Antes no aplicaba buenos elogios en mí, estaba en mi casa todo el día y claramente no tenía conexión”*. Puede verse claramente como el rol del trabajo le ayudó a descubrir sus habilidades sociales, a mantener su recuperación, a conocerse

mejor y sobre todo a la superación de la fobia social (Eklund & Wilson, 1998; Hall et al., 1998; Caballo & Salazar, 2018).

El trabajo funciona para la secretaria como dispositivo facilitador de adquisición de habilidades. Ella menciona que ha construido un lugar que le ha brindado confianza *“en este trabajo me siento segura y siento que tengo control acá. Igual siento un cambio, antes pensaba que no era una persona interesante o eficiente pero hoy por suerte cambié en parte mi pensamiento”*. En esta experiencia laboral, la secretaria se auto-expuso y produjo mejoras en sus habilidades sociales pero también puede verificarse en esta cita que pudo re-significar ciertos pensamientos negativos que antes tenía o que alguna vez aparecen de manera latente. A este proceso se lo llama reestructuración cognitiva que acompañado con exposición logran mejoras en una psicoterapia (Bados López & García Grau, 2011).

Más allá de que este trabajo le ha dado muchos beneficios, ella en algunos momentos suele minimizar estos avances *“en mi vida personal a veces suelo retrotraerme. Más cuando son de mi edad y pueden gustarme...Siento que no estoy del todo recuperada...”*. Se verifica que estos pensamientos negativos pueden ocurrir porque estas mejoras que ha logrado, todavía no las ve en su vida personal. Sin embargo, en la primera entrevista afirmó *“Me gustaría llevar esta mujer profesional a muchos ámbitos de mi vida personal”*. El trabajo es un punto de inflexión en su vida, comenzó a vincularse con un chico y está teniendo sus primeras experiencias afectivas. Esto también es un gran paso para alguien que evitaba exposiciones o no inicia vínculos con personas desconocidas, todos estos cambios se efectuaron en aspectos conductuales, afectivos y cognitivos como suele ocurrir con las habilidades sociales (Caballo, 1993).

Por lo tanto, en las entrevistas la secretaria muestra como el trabajo la ha ayudado para mejorar su etapa aguda con el trastorno de ansiedad. En la entrevista mencionó que *“si no llevas a la práctica estos cambios, no pasa nada. Hacer bien las cosas me dio una cierta confianza para llevar esto a otros aspectos de mi vida, a veces me cuesta ver todo lo que avance y valorar eso”*. Estos cambios se vieron en el área afectiva, al tratar de vincularse con un chico, queriendo formar una relación con él. En el área conductual se registran interacciones más asertivas, así como también en el área cognitiva los pensamientos negativos siguen estando latentes pero ha re-significado algunos (Caballo, 1993).

En la observación participante la secretaria se mostraba con mucha seguridad y compromiso, no parecía ser su primera experiencia laboral, así como tampoco se

Comentario [N6]: Se omitió lo repetido

percibía que había tenido dificultades sociales. Esto se verificaba cuando organizaba la agenda de todos los profesionales de la institución, cuando manejaba la caja de ingresos para pagar a los profesionales, cuando administraba las pruebas psicométricas y pasaba las respuestas, o al enfrentar a pacientes que estaban disconformes con la institución.

No se han realizado estudios acerca de cómo el trabajo puede beneficiar a sujetos con ansiedad social, sólo se ha analizado cómo este deteriora el rendimiento y aumenta los síntomas de los trastornos (Ferguson et al., 2012; Mahan et al., 2010). Sin embargo, hay un estudio que muestra que la ansiedad moderada no dificulta el rendimiento en las tareas cotidianas del trabajo, esta investigación se realiza a enfermeros en el ámbito de la salud (Oliveira & Pereira, 2012). Por ende, se puede relacionar con el rol de la secretaria ya que la ansiedad le ayuda a anticiparse en la organización de la agenda de los profesionales, así como también en la planificación de eventos de la institución.

Más allá de los beneficios que esta experiencia laboral le ha otorgado a la secretaria o como la ansiedad influyó en el buen rendimiento de sus tareas, planificando o anticipándose, es significativo destacar que el trabajo ha funcionado como una exposición en vivo pero sin supervisión psicológica. Muchos autores han estudiado esta intervención y han comprobado que es eficaz para sujetos con fobia social (Bados López & García Grau, 2011).

7. Conclusión

7.1 Resumen del caso

El eje de este trabajo describe la evolución en el tratamiento de una paciente recuperada de un trastorno de ansiedad, que estaba en una etapa aguda de una fobia social al momento de empezar a trabajar en una institución especializada en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Esta recuperación puede atribuirse a su proceso terapéutico inicial, y sobre todo a su contacto, por su rol laboral, con un abordaje diferente, como es el tratamiento cognitivo conductual con el que la institución trata a pacientes con su misma problemática.

La recopilación de información de las entrevistas y de la observación participante, mostró el rol adaptativo de la ansiedad para la realización de tareas cotidianas como parte de su trabajo de secretaria. Es decir se pasó de una ansiedad

disfuncional a la utilización de esta emoción como signo que ayuda a la planificación de la agenda de la institución y a la anticipación de posibles problemáticas (Carrión & Bustamante, 2012).

Por otro lado, reconoce que esta experiencia laboral le ha brindado habilidades sociales que antes no tenía, ya que, tiene que interactuar con los pacientes, tiene que atender a demandas espontáneas y a veces problemáticas de personas que consultan, incluso suele mantener conversaciones extensas con pacientes que le narran sus historias. Ha desarrollado, en los últimos años, habilidades sociales con conductas más asertivas y no evitativas como realizaba en el pasado (Caballo, 1993).

Por último, este trabajo es un punto de inflexión en su vida, ella misma lo reconoce, en algunos momentos, por los cambios personales y profesionales que ha tenido. Esta experiencia laboral le ayuda a que sus conductas ansiosas sean adaptativas, a entrenar sus habilidades sociales, a exponerse a situaciones desconocidas que antes evitaba. Por lo tanto, se puede pensar a esta experiencia laboral como una auto-exposición (Fava et al., 1997) que junto con su proceso terapéutico ha logrado que los síntomas agudos desaparezcan.

Un elemento importante de este trabajo fue la posibilidad de observar en un caso concreto, como la ansiedad puede ser un dispositivo facilitador para mejorar el rendimiento de los sujetos (Bergillos, 2004; Bertoglia, 2008; Jones & Swain, 1992; Scovel, 1978; Zárata et al., 2017). La mayoría de los artículos científicos encontrados analizan esta emoción como perturbadora u obstaculizadora para que un sujeto pueda desenvolverse. Esta perspectiva no toma en cuenta el aspecto adaptativo de la ansiedad, y se enfoca principalmente en su característica sintomática. Este estudio de caso permite demostrar como el tratamiento de esta emoción puede tener una transformación de un estado disfuncional a un funcionamiento adaptativo.

7.2 Limitaciones

Durante el desarrollo de este trabajo se presentaron limitaciones en la exploración de artículos científicos ya que no se encontraron abordajes similares. La visión de la ansiedad como facilitador o como emoción que ayuda al rendimiento de tareas fue encontrada en el ámbito educativo y en algunos casos también en relación con el deporte. La mayoría de los estudios toman a la ansiedad como síntoma o como emoción que impacta negativamente en el desenvolvimiento de las personas. Solo recortan los pensamientos negativos y la activación fisiológica que generan o enfatizan

Comentario [u7]: Orden alfabético.

Comentario [N8]: Se corrigió el orden

el sistema de alerta como algo disfuncional. El abordaje de este caso retoma el concepto de ansiedad como emoción adaptativa que facilita a un sujeto la posibilidad de poder desenvolverse y de anticiparse a cualquier problemática desconocida (Bertoglia, 2008). Esta funcionalidad ayuda a planificar, a realizar proyecciones para pensar en posibles respuestas que puede realizar. Sólo si estas conductas se intensifican y se mantienen constantes sin un objetivo o evento real problemático, se produce una transición de lo adaptativo a lo sintomático.

Otra limitación fue que no se encontraron estudios acerca de la recuperación de sujetos con ansiedad social que expliquen como las conductas ansiosas disfuncionales se pueden volver funcionales en el ámbito de salud, sólo enfatizan si la ansiedad afecta negativamente el rendimiento. Sería muy útil un estudio longitudinal de tratamientos psicoterapéuticos que describan el paso de la ansiedad disfuncional a la ansiedad facilitadora. Sería útil también que se estudie más a la ansiedad facilitadora o que se creen herramientas para su medición (Bertoglia, 2008).

Acerca del rol del trabajo como dispositivo de recuperación para pacientes con ansiedad social tampoco se encontraron muchas fuentes de información. Este trastorno afecta todas las áreas en donde se desenvuelven (APA, 2014), por lo tanto, exponerse a un trabajo no solo ayuda en la inserción laboral sino que también ayuda a los sujetos para que puedan desarrollar habilidades sociales y conductas más asertivas (Fernández, 2011). Se entiende que el trabajo es un medio de exposición, en este estudio de caso, la paciente actualmente recuperada, adquirió recursos para mejorar su condición clínica a partir de una auto-exposición. Se ha comprobado que las auto-exposiciones son efectivas en el tratamiento contra las fobias sociales y el trabajo puede ser un contexto ideal para efectivizarlas (Bados López & García Grau, 2011; Fava et al., 1997).

Comentario [u9]: Sinónimos.

Comentario [u10]: Orden alfabético.

Comentario [N11]: Corrigió orden

7.3 Perspectiva crítica

Durante el desarrollo de este trabajo se confirmaron ciertas dudas como la falta de fuentes de información acerca del estudio de la ansiedad como facilitadora y surgieron otras perspectivas como la posibilidad de estudiar más esta emoción en su carácter facilitador y motivador.

En este estudio de caso la terapia psicoanalítica realizada por tres años, ha ayudado a la paciente con la etapa aguda del trastorno y le ha dado las herramientas para aceptar el trabajo en la institución, esta experiencia laboral le ha ayudado a desarrollar habilidades sociales, a responder de una manera más asertiva y a que sus conductas

ansiosas sean adaptativas (Orantes, 2008). Estos cambios se reflejan más en su trabajo, pero no así en su vida personal, se podría avanzar hacia una psicoterapia cognitiva que permita trasladar estos avances hacia su área no laboral. La utilización de la reestructuración cognitiva ayudaría a resignificar los pensamientos negativos que siguen latentes. La terapia de exposición supervisada por un psicólogo cognitivo sería útil para lograrlo.

Debido a las tareas que realiza la paciente en la institución puede ser enriquecedor ofrecerle un espacio de capacitación acerca de los trastornos de ansiedad, **contribuiría** en su formación académica y a su trabajo diario, dado que interactúa constantemente con los pacientes en cualquier etapa del tratamiento.

Comentario [u12]: Suavizar tono.

Comentario [N13]: Reemplace con "contribuiría"

Esto en lo que respecta al caso puntual. Por otro lado se hace necesario un aporte constructivo para entender más la ansiedad en los aspectos clínicos que estudie los factores adaptativos de la ansiedad y no sólo se aborde como síntoma que obstaculiza el aprendizaje o el rendimiento (Kaplan et al., 1999). Por eso la propuesta es entender más a la ansiedad facilitadora y analizar los contrastes entre las conductas ansiosas disfuncionales y las adaptativas (Bertoglia, 2008).

Si bien la autoestima en su relación con la ansiedad social (Gairín, 1990) no es una variable tomada en cuenta como eje del trabajo, tiene suma importancia en la etapa de recuperación. En la paciente se identificaron pensamientos negativos que no permiten que los avances que ha logrado en el trabajo puedan trasladarse a su vida personal. Los sesgos que dificultan a veces el proceso de recuperación también habría sido pertinente considerarlos **para los objetivos de este trabajo.**

Comentario [u14]: Confuso. Para el trabajo del TFI hubiera sido útil tener un objetivo sobre eso o para el trabajo de secretaria?

7.4 Aporte personal

La ansiedad debería analizarse como una emoción además de como un síntoma, más estudios acerca de sus funcionalidades pueden contribuir al respecto para aportar y retroalimentar al ámbito clínico y favorecer mejores prácticas. Distinguir las particularidades de la ansiedad como emoción o como síntoma permite que no se confunda una respuesta adaptativa con una disfuncional (Kaplan et al., 1999; APA, 2014). Al tener clara esta diferencia, se pueden realizar aportes a las intervenciones en el proceso de recuperación de la ansiedad social.

Algunas investigaciones demostraron que la terapia de exposición, junto con el entrenamiento de las habilidades sociales y la estructuración cognitiva logra que sujetos puedan recuperarse de una fobia social (Echeburúa, 1995; Heimberg & Juster, 1995;

Mattick et al., 1995). Sin embargo, no se ha estudiado al trabajo como medio de exposición o como un espacio en el cual se pueden desarrollar recursos sociales y dónde ocurren aprendizajes. El rol del trabajo también puede ayudar a los sujetos a adaptarse a sus contextos, dar herramientas para la inserción social, para la interacción con otros, como también, para la formación profesional (Orantes, 2008). En la experiencia laboral suele darse un contexto de desarrollo y aprendizaje de habilidades, por lo tanto, utilizar este instrumento como medio de exposición es eficaz en las fobias sociales (Fava et al., 1997).

Comentario [u15]: Orden alfabético.

Comentario [N16]: Cambié orden

Como se mencionó, la autoestima tiene relaciones significativas con la ansiedad social, Gairín (1990) como parte de su estudio muestra una correlación entre estas dos variables, ya que si una aumenta, la otra disminuye. Por lo tanto, al ser una variable significativa es importante tenerla en cuenta en investigaciones o estudios de caso relacionados con la ansiedad social. En este caso la paciente ha mejorado su condición en esta variable en el área laboral ya que se siente segura y confiada en las tareas que realiza lo que además la motiva a buscar una mejora en su vida personal.

7.5 Nuevas líneas

Para seguir fortaleciendo las conductas adaptativas funcionales y las habilidades sociales que se refuerzan en esta etapa de recuperación, podría ayudar que, en este caso, la paciente realice una reestructuración cognitiva contra los pensamientos negativos sobre su imagen y autoestima para que no retroceda frente a los avances que ha tenido. Estos aspectos son de suma importancia para que las habilidades sociales sigan desarrollándose (Caballo, 1993).

Comentario [u17]: Suavizar tono.

Comentario [N18]: "podría ayudar"

Es importante que se siga investigando la ansiedad como dispositivo facilitador, como emoción adaptativa. Además se puede estudiar de manera específica en qué ámbitos laborales y de qué manera la ansiedad puede beneficiar el rendimiento o al aprendizaje (Bertoglia, 2008; Bergillos, 2004).

Explorar la relación entre el rol del trabajo y el tratamiento terapéutico en pacientes con trastornos de ansiedad social ya que estas variables pueden contribuir a la recuperación de pacientes. Por otro lado, realizar indagaciones acerca de diferentes intervenciones que ayudan a generar o desarrollar habilidades sociales (Echeburúa, 1995; Heimberg & Juster, 1995; Mattick et al., 1995) en ámbitos laborales.

8. Bibliografía

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). 5. ed. Madrid: Panamericana, 2014
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Barcelona: Síntesis.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barlow, D. H., Craske, M., & O'Leary, T. (1992). *Psychological Treatment/anxiety Disorder*. New York: Guilford Press.
- Belloch, A., Ramos, F., & Sandín, B. (2010). *Manual de psicopatología*. España: McGraw-Hill.
- Bertoglia Richards, L. (2008). La ansiedad y su relación con el aprendizaje. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 4(1), 13-18.
- Blanch, J.M. (1996): Psicología Social del Trabajo. En Alvaro, J.L., Garrido, A. y Torregrosa, J. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw Hill.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos aires: Librería Akadia Editorial.
- Brown, EJ, Heimberg, RG, & Juster, HR (1995). Subtipo de fobia social y trastorno de personalidad evitativo: Efecto sobre la gravedad de la fobia social, el deterioro y el resultado del tratamiento cognitivo conductual. *Behavior Therapy*, 26 (3), 467-486. doi/10.1016/S0005-7894(05)80095-4
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., & Salazar, I. C. (2017). Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: "El cuestionario de habilidades sociales" (Chaso). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 5-24.

- Caballo, V. E., & Salazar, I. C. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 26(1), 23-53.
- Carrier, C., Higson, V., Klimoski, V., y Peterson, E. (1984). Los efectos de la ansiedad de logro facilitador y deficiente en la toma de notas. *The Journal of Educational Research*, 77(3), 133-138. doi: 10.1080 / 00220671.1984.10885512
- Carrión, O., & Bustamante, G. (2009). Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos aires: Galerna.
- Conti, N. A., & Stagnaro, J. C. (2007). *Historia de la Ansiedad*. Buenos aires: Polemos.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 1(2), 183-194.
- Cook, M., & Mineka, S. (1990). Selective associations in the observational conditioning of fear in rhesus monkeys. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 16(4), 372. doi: 0097-7403/90/500.75
- Cullen, W. (1827). *Las obras de William Cullen. Profesor de la práctica de medicina en la universidad de Edinburgh. Contienen su fisiología, nosología y primeras líneas de la práctica de la física: con numerosos extractos de sus manuscritos y de su tratado de la materia médica (Vol. 2)*. Londres: Madera negra.
- Curran, J. P. (1985). Social skills therapy: A model and a treatment. *Evaluating behavior therapy outcome*, 1(2) 122-123.
- Daniellou, F. (1998). *El análisis del trabajo: criterios de salud, criterios de eficacia económica. En Ergonomía: conceptos y métodos*. España: Editorial Complutense.
- Duarte Torres, J., Gordillo Rivera, J., & Manrique Diago, D. (2017). *La ansiedad en estudiantes durante el aprendizaje del inglés en los colegios Liceo Latino Francés y Campestre Mayor de Inglaterra*. Bogota: Universidad de Lasalle.

- Echeburúa, E., & Botella, C. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Edelstein, BA, y Eisler, RM (1976). Efectos del modelado y modelado con instrucciones y comentarios sobre los componentes del comportamiento de las habilidades sociales. *Behavior Therapy*, 7 (3), 382-389. doi:10.1016/S0005-7894(76)80068-8
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and adult)*. United Kingdom: Hodder and Stoughton.
- Fava, G.A., Savron, G., Zielezny, M., Grandi, S., Rafanelli, C. y Conti, S. (1997). Overcoming resistance to exposure in panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 306-12. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb09636
- Ferguson, K., Frost, L., & Hall, D. (2012). Predicting teacher anxiety, depression, and job satisfaction. *Journal of teaching and learning*, 8(1). doi: 10.22329/JTL.V8I1.2896
- Fernández, M (2011). La inserción laboral de jóvenes en exclusión social y con grave fracaso escolar. Propuestas metodológicas frente a un mercado laboral en crisis. Póster presentado en el III congreso anual de la reps, Pamplona, España.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Obras Completas, 19, 1-66.
- Friedman, G. (1961). *¿A dónde va el trabajo humano?* Buenos aires: Sudamericana.
- Gairín, J. (1990). *Ámbito Institucional en el desarrollo curricular*. Medina, A. y Sevillano, ML, *Didáctica-Adaptación*. Madrid: UNED.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 249-269. doi:10.1016/0887-6185(93)90006-7
- Jahangiri, M., & Rajab, A. B. (2014). Defining Facilitative Anxiety in Strategic Terms: A Delphi Study. *Journal of American Science*, 10(1), 74-80. doi: 1545-1003

- Jones, G., Hanton, S., y Swain, A. (1994). Intensidad e interpretación de los síntomas de ansiedad en deportistas de élite y no de élite. *Personalidad y diferencias individuales*, 17(5), 657-663. doi: 10.1016/0191-8869(94)90138-4
- Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1999). Sinopsis de psiquiatría. Buenos aires: Medica.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy & beyond*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Lynn, R. (1957). Características del temperamento relacionadas con la disparidad de logros en lectura y aritmética. *British Journal of Educational Psychology*, 27 (1), 62-67. doi: 10.1111/j.2044-8279.1957.tb01392.x
- Lorenzo Bergillos, F. J. (2004). La motivación y el aprendizaje de una L2/LE. *Vademécum para la formación de profesores*, Madrid: Sgel.
- Mahan, P. L., Mahan, M. P., Park, N. J., Shelton, C., Brown, K. C., & Weaver, M. T. (2010). Work environment stressors, social support, anxiety, and depression among secondary school teachers. *AAOHN Journal*, 58(5), 197-205. doi: 10.1177/216507991005800504
- Mattick, R. P., Page, A., & Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioral aspects. *Social phobia: clinical and research perspectives*, 189-227. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80115-7
- Meichenbaum, D. H., Butler, L. & Grudson, L. (1981). Toward a conceptual model of social skills. En J.Wine & M. Smye (Comps.): *Social competence*. Nueva York: Guilford Press.
- Meyerson, L. (1948). La discapacidad física como un problema psicológico social. *Journal of Social Issues*, 4 (4), 2-10. doi: 10.1111/j.1540-4560.1948.tb01513.x
- Mussen, P. H., & Rosenzweig, M. R. (1981). Introducción a la psicología. México: Continental.

- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 43-54.
- Phillips, E. L. (1978). *Las bases de habilidades sociales de la psicopatología*. Londres: Grune Y Stratton. doi: 10.12707/RIII1175
- Piéron, H., Pichot, P., Faverge, J. M., & Stoetzel, J. (1955). *Metodología psicotécnica*. Buenos aires: Editorial Kapelusz.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, 36(5), 679. doi: 10.1037//0012-1649.36.5.679
- Rodríguez, A. (1992). *Psicología de las Organizaciones: Teoría y Método*. Barcelona: PPU.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Beck, A. T., Baños, R. M., Botella Arbona, C., Bunge & Rothbaum, B. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos aires: Polemos.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy, the direct approach to the reconstruction of personality*. Oxford: Creative Age Press
- Sandín, B., Chorot, P., Germán, M. A. S., Jiménez, P., & Romero, M. (1993). Ansiedad cognitiva y somática: relación con otras variables de ansiedad y psicósomáticas. *Revista de psicología general y aplicada. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 46(3), 313-320.
- Scovel, T. (1978). The effect of affect on foreign language learning: A review of the anxiety research. *Language learning*, 28(1), 129-142. doi:10.1111/j.1467-1770.1978.tb00309.x
- Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2(3), 307-320. doi:10.1016/S0005-7894(71)80064-3
- Spielberger, C. D. (1972). Needed research on stress and Anxiety. A special report of the USO-Esponsored grant study: Critical appraisal of research in the

personality-emotions motivation domain. *IBR Report No. 72-10*. Washington, DC: Office of Education.

Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 526. doi: 10.1037//0021-843X.104.3.526

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of experimental psychology, 3*(1), 1. doi:10.1037/h0069608

Wilson, P., & Eklund, R. C. (1998). The relationship between competitive anxiety and self-presentational concerns. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 20*(1), 81-97. doi:10.1016/j.jshs.2012.06.002

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional réflex: a Pavlovian journal of research & therapy, 3*(4), 234-240. doi:10.1007/BF03000093

Zamora, J. y Salazar, W. (2004). Efectos de la tensión, ansiedad y relajación con respecto al rendimiento cognitivo en deportistas. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 4*(1-2), 91-100.