

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Análisis de un grupo de tratamiento de ansiedad social desde una perspectiva
cognitivo – conductual

Alumna: Villarreal, Giuliana Micaela

Legajo: 88598

E – mail: mica.villarreal@gmail.com

Tutora: Lic. Ramos Mejía, Gabriela

Buenos Aires, Marzo de 2019

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos Específicos.....	3
3. Marco Teórico	3
3.1. Trastornos de Ansiedad.....	3
3.1.1. Tipos de Trastornos de Ansiedad	6
3.2. Trastorno de Ansiedad Social	8
3.3. Tratamientos	11
3.3.1. Farmacología	11
3.3.2. Psicoterapia Individual desde la Terapia Cognitivo – Conductual.....	13
3.3.3. Terapia Grupal.....	14
3.3.4. Técnicas: Exposición y Reestructuración Cognitiva	16
3.4. Eficacia de las técnicas utilizadas	18
4. Metodología	20
4.1. Tipo de estudio.....	20
4.2. Participantes.....	20
4.3. Instrumentos.....	20
4.4. Procedimientos.....	21
5. Desarrollo	22
5.1. Introducción	22
5.2. La dinámica del grupo de tratamiento de Ansiedad Social desde el modelo cognitivo – conductual.....	23
5.3. La técnica de exposición en los y las pacientes con Ansiedad Social	29
5.4. La técnica de Reestructuración Cognitiva en los y las pacientes con Ansiedad Social..	32
5.5. La eficacia del empleo de la técnica de exposición y de la técnica de Reestructuración Cognitiva en el grupo de tratamiento de Ansiedad Social desde la perspectiva de la coordinadora y los y las participantes	37
6. Conclusiones	41
7. Referencias Bibliográficas	47

1. Introducción

La práctica profesional fue llevada a cabo en un centro especializado en terapia cognitiva – comportamental ubicado en Buenos Aires, Argentina, donde los objetivos institucionales varían desde la investigación hasta la docencia y el tratamiento de personas con Trastornos de Ansiedad, tales como Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Ansiedad Social (TAS), Fobias específicas (como Agorafobia, Claustrofobia, entre otras), Trastorno de Pánico y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

El equipo profesional trabaja de manera interdisciplinaria y está compuesto por psicólogas/os, médicos/as psiquiatras y coordinadoras de grupos (pacientes recuperadas), las cuales son personas especializadas en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. Por lo tanto, se ayuda a pacientes a superar el trastorno trabajando de manera individual y/o grupal, y en ocasiones utilizando medicación, siempre atendiendo la particularidad de cada paciente.

Durante la práctica, se realizaron diferentes actividades: tareas organizativas en la secretaría de la institución, salidas con pacientes con TAS y otras patologías a los espacios públicos, asistencia a los grupos, siendo una participante más que sigue con las consignas propuestas por la persona a cargo del equipo.

En cuanto a los grupos, al día de hoy, existen tres: el grupo de TOC, que se está conformando, con el objetivo de que las personas obsesivo – compulsivas realicen tareas que logren disminuir los rituales que vuelven su vida disfuncional; el de Claustrofobia – Agorafobia, en el cual se realizan salidas cortas y largas, utilizando medios de transporte públicos como colectivos, trenes, barcos y, con mayor frecuencia subterráneos; y el de TAS, donde se realizan tareas de exposición social en diversos espacios públicos y privados, con una posterior reunión y charla sobre los sentires de los/as pacientes antes, durante y post actividad.

Luego de la participación en los diferentes espacios, surge un notorio interés en el grupo de Ansiedad Social, principalmente, por apreciar, en el poco tiempo transcurrido de la práctica, la evolución de los/as pacientes, quienes logran trasladar las conductas aprendidas en el grupo a las actividades de la vida diaria.

2. Objetivos

Los objetivos de este trabajo son los que aparecen a continuación.

2.1. General

Describir la dinámica del grupo de tratamiento de Ansiedad Social, la técnica de exposición y la reestructuración cognitiva, analizando los efectos de éstas intervenciones desde un abordaje cognitivo – conductual.

2.2. Específicos

A continuación, se describen los tres objetivos específicos.

Objetivo específico 1. Describir la dinámica del grupo de tratamiento de Ansiedad Social desde el modelo cognitivo – conductual.

Objetivo específico 2. Describir la terapia de exposición en los/as pacientes con Ansiedad Social desde el modelo cognitivo – conductual.

Objetivo específico 3. Describir la técnica de reestructuración cognitiva en los/as pacientes con Ansiedad Social desde el modelo cognitivo – conductual.

Objetivo específico 4. Analizar la eficacia del empleo de la técnica de exposición y de la técnica de reestructuración cognitiva en el grupo tratamiento de Ansiedad Social desde la perspectiva de la coordinadora del grupo y los/as participantes.

3. Marco teórico

3.1. Trastornos de Ansiedad

El término ansiedad deriva del latín *anxietas*, que refiere a un estado prolongado de temor. Comienza su curso con la activación del sistema nervioso central (SNC) debido a la existencia de una situación externa al individuo que se caracteriza por ser novedosa, amenazante o intensa. Esto organiza y prepara al organismo para brindar una respuesta lo más idónea posible para hacerle frente a este nuevo evento, buscando siempre un alto valor adaptativo (Cupul & Hinojosa, 2006).

Para Gasull Molinera (2012), la ansiedad es una forma de expresión emocional, donde una sensación excesiva de inquietud, preocupación y temor invaden al estado de una persona, sin que, en muchas ocasiones, ella misma pueda identificar el desencadenante de esa situación. Resulta de un estado de activación total del organismo frente a respuestas estresantes con la intención de adaptarse y compensar situaciones vividas como altamente amenazantes por el individuo.

Barlow (2002) sostiene que la experiencia subjetiva de la ansiedad se relaciona a expresiones lingüísticas como miedo, susto, terror, nervios, preocupación. El miedo es definido

como una alarma instintiva en respuesta a una señal de peligro presente, caracterizado por una marcada activación que tiende a la acción. Mientras que, la ansiedad es una emoción que está orientada al futuro, caracterizada por sensaciones de incontrolabilidad, impredecibilidad, incertidumbre y vulnerabilidad con respecto a eventos dañinos y, que supone un cambio en el foco de atención a estos sucesos peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva (American Psychiatric Association, 2013; Barlow, 2002). Ya en 1985, Beck, Emery y Greenberg refieren al miedo como un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo. Beck (1985) y Barlow (2002) coinciden en que la ansiedad es un sistema complejo de respuesta fisiológica, conductual, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de las personas.

El término ansiedad forma parte del lenguaje coloquial, utilizándose frecuentemente de un modo inapropiado. La ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal, todas las personas tenemos características ansiosas “normales”, como consecuencia de los diversos trances de la vida cotidiana. Es una reacción natural de adaptación al estrés. En su justa medida, es un condimento necesario para buscar alternativas o soluciones a diferentes circunstancias. Es importante reconocer si responde a un estado emocional esperable o alarmante (Cupul & Hinojosa, 2006; Gasull Molinera, 2012).

Dicho esto, se puede distinguir la ansiedad normal de la ansiedad patológica. La primera, constituye un mecanismo adaptativo frente a situaciones que generan estrés y permite resolver problemas cotidianos. Por el contrario, la ansiedad se vuelve patológica cuando hay una ausencia de la identificación de un desencadenante concreto, da lugar a una inadecuación al estímulo externo y la duración de la respuesta no es proporcional al evento ocurrido, es decir, se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, o cuando éstos existen o son adecuados, pero la intensidad y/o la duración de la respuesta supera los límites adaptativos. A su vez, tiene una afectación negativa en la vida de la persona y sus relaciones, impidiendo la propia libertad y presentando múltiples síntomas somáticos que, con frecuencia, aparecen, tales como palpitaciones, sudoración, dolor abdominal, diarrea, mareos, vértigos, cefaleas, aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, tensión muscular, hipervigilancia, insomnio, temblor, etc. El dolor inespecífico es un síntoma muy habitual en personas con altos grados de ansiedad (Gasull Molinera, 2012).

Continuando con el desarrollo de la ansiedad normal frente a la anormal, Beck y Clark (2012) sugieren cinco criterios para la detección de estados anormales de ansiedad y miedo, de los cuales no es necesario que estén todos presentes: a) Cognición disfuncional: el miedo y la ansiedad anormales derivan de una percepción errónea de una situación que es valorada como peligrosa pero que no se confirma por la observación directa, b) Deterioro del funcionamiento: la ansiedad patológica afecta directamente al manejo adaptativo y afectivo y, de manera más general en el ámbito social y el funcionamiento laboral de la persona. En consecuencia, el miedo y la ansiedad clínica obstaculizan su capacidad de disfrute para una vida satisfactoria; c) Persistencia: la ansiedad incita una perspectiva orientada hacia el futuro que conlleva la anticipación subjetiva de un peligro. Por eso, las personas que son propensas a la ansiedad la padecen a diario y durante muchos años; d) Falsas alarmas: se observan en los trastornos de ansiedad y, es lo que Barlow (2002) define como pánico visible que ocurre en ausencia de señales de amenaza o peligrosas, ya sean aprendidas o no; e) Hipersensibilidad a los estímulos: en los estados clínicos, el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos en donde existe una intensa sensación de amenaza y, que, en individuos no afectados por este miedo anormal podría percibirse como inofensivo. Los individuos con trastornos de ansiedad interpretarían una serie más amplia de eventos como peligrosos que las personas sin trastornos de ansiedad.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013) y en concordancia con los autores anteriores, los trastornos de ansiedad comparten las características de miedo y ansiedad en un grado excesivo, seguido de alteraciones conductuales, y una persistencia en el tiempo más allá de los períodos apropiados, distinguiéndose así de la ansiedad transitoria, muchas veces provocada por el estrés. Suelen tener una duración de seis meses o más, pero, en niños y niñas, este criterio se flexibiliza ya que puede ser menor el tiempo. Otro dato está ligado al género, dado que aparece más en mujeres que en hombres. Posadas Escudero (2015) recalca que, a pesar de que los trastornos de ansiedad están presentes en un elevado porcentaje de la población a nivel mundial, es necesaria la búsqueda de ayuda temprana, más aún en individuos con un medio ambiente patológico y con una tendencia genética agregada. Si no se trata la ansiedad patológica en la infancia, puede perdurar hasta la vida adulta.

De esta manera, la ansiedad excesiva, además de ser desagradable para la persona afectada, genera un malestar significativo que altera las funciones cognitivas (flexibilidad cognitiva, planificación, solución de problemas, la fluidez verbal, memoria declarativa verbal, memoria de trabajo, razonamiento, comprensión, mantenimiento y disponibilidad de

informaciones recientes, atención sostenida, etc.) que son sustanciales para llevar a cabo diferentes actividades que requieren de habilidades intelectuales, tales como solucionar problemas, relacionarse con sus pares, manejar situaciones cotidianas, entre otras (Cupul & Hinojosa, 2006).

Los trastornos de ansiedad se distinguen entre sí por el tipo de situaciones, circunstancias u objetos que inducen a la ansiedad y a las conductas evitativas y, según el contenido de los pensamientos o creencias asociados (American Psychiatric Association, 2013). Gasull Molinera (2012) puntualiza en que su diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física, exploraciones complementarias (principalmente, para descartar causas orgánicas) y escalas de evaluación diagnóstica (Escala de Depresión de Golberg, Escala de Ansiedad de Hamilton, etc). Luego de arribar a un correcto diagnóstico, es ineludible disminuir la ansiedad con tratamientos acertados, modificando los estilos de vida, para apostar al bienestar personal y a la salud (Cupul & Hinojosa, 2006).

3.1.1. Tipos de Trastornos de Ansiedad

En muchos casos, las preocupaciones de tipo extremas tienen como destino diferentes objetos o situaciones que terminan caracterizando diversos trastornos, como por ejemplo, además del Trastorno de Fobia Social, el Trastorno de Pánico y la Agorafobia, que se distinguen por el miedo a experimentar una crisis, de distanciarse de un lugar que le proporcione seguridad o temor a quedarse solo/a. En el Trastorno Obsesivo – Compulsivo, el miedo se relaciona con los pensamientos parásitos que resultan en rituales, como ser verificaciones, lavados en exceso, etc. En el caso del Trastorno de Estrés Postraumático el temor se asocia con revivir la situación donde hay riesgo de vida. Por último, la Fobia Específica se vincula a la preocupación por encontrarse nuevamente con el objeto o situación fóbica. Según el DSM – IV – TR, las clasificaciones mencionadas anteriormente pertenecen al grupo de los Trastornos de Ansiedad, que tienen como denominador común una reacción de ansiedad descontextualizada y desproporcionada en relación al objeto temido (Marzucco & Gómez, 2009).

Para hablar de la existencia de algún Trastorno de Ansiedad, en la vida del individuo se debe producir un malestar clínicamente significativo o un claro deterioro del rendimiento social, académico, laboral o de otros ámbitos importantes. A continuación, se van a describir las características esenciales de los Trastornos de Ansiedad, según la clasificación del DSM – 5 (American Psychiatric Association, 2013):

1. Trastorno de Ansiedad por Separación: miedo o ansiedad excesivos y persistentes en relación al hecho de tener que separarse de la persona con la que la une un vínculo estrecho,

- su figura de mayor apego. Se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en la preocupación, malestar psicológico subjetivo, miedo a quedarse solo/a en la casa o desplazarse a otros lugares, como la escuela o el trabajo, y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de seis meses en personas adultas, y de cuatro semanas en niños, niñas y adolescentes.
2. Mutismo Selectivo: refiere a la incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en contextos. Tiene una duración mínima de un mes.
 3. Fobia Específica: es la aparición de miedo o ansiedad intensos y persistentes, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de un desmedido miedo o ansiedad. En relación al tipo, puede ser: tipo animal (arañas, ratones, cucarachas, gatos, serpientes, etc.), tipo ambiental (oscuridad, tormentas, alturas, agua, relámpagos, etc.), tipo situacional (ascensores, aviones, lugares cerrados, túneles, puentes, etc.), tipo sangre – herida – inyecciones, otros tipos (sonidos intensos, personas disfrazadas, etc.). El temor es reconocido como excesivo e irracional. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de seis meses.
 4. Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social): se caracteriza por un miedo o ansiedad intensos que, aparecen, prácticamente, siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a la posible evaluación por parte del resto. La persona afectada teme de actuar de determinada manera o de mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente. Tiene una duración mínima de seis meses.
 5. Trastorno de Pánico: son ataques de pánico imprevistos recurrentes, es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen algunos de los siguientes síntomas: palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, despersonalización (separarse de uno/a mismo/a), miedo a perder el control o de “volverse loco/a”, miedo a morir.
 6. Agorafobia: es el miedo o ansiedad acusados que aparecen en dos o más situaciones agorafóbicas (transporte público, lugares cerrados o abiertos, rodeado/a de una multitud, etc.), requiere la presencia de un/a acompañante o lo soportan con mucho miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir

ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. Los síntomas deben estar presentes seis meses como mínimo.

7. Trastorno de Ansiedad Generalizada: abarca la ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica. La ansiedad o preocupación tienen que estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de seis meses.
8. Otros.

Como primer paso, se debe establecer un diagnóstico diferencial entre los distintos Trastornos de Ansiedad. Para esto, hay que excluir la existencia de una patología orgánica que pueda ser la causante de los síntomas de ansiedad (Bulacio, 2004; Gasull Molinera, 2012).

Gasull Molinera (2012) enumera las enfermedades médicas que pueden cursar con la ansiedad: patología tumoral diversa, patología endocrinológica (tiroidea, suprarrenal), patología neurológica (Parkinson, epilepsia), infecciones diversas, patología cardiaca crónica (insuficiencia cardiaca, arritmias), patología pulmonar crónica (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), conectivopatías (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico). Por otro lado, los tóxicos y fármacos que pueden provocar síntomas ansiosos son:

- Tóxicos: tabaco, alcohol, anfetaminas, cafeína, cocaína, etc.
- Medicamentos: digoxina, corticoides, teofilina, hormona tiroidea, etc.
- Síndrome de abstinencia por retirada de: alcohol, benzodiazepinas, hipnóticos, entre otros.

Bulacio (2004) y Gasull Molinera (2012) aseguran que para llegar a un tratamiento adecuado es imprescindible hacer un buen diagnóstico.

3.2. Trastorno de Ansiedad Social

La ansiedad o fobia social tiene como principal característica la presencia de un miedo persistente e irracional a las exposiciones sociales por temor a que resultasen vergonzosas, lo que produce un incremento inmediato en los síntomas de ansiedad (sudor, palpitaciones, tensión muscular, temblores, rosácea, etc.) que, para diagnosticarla tienen que tener una duración mínima de seis meses (American Psychiatric Association, 2013).

La fobia social no es reconocida habitualmente por el médico de familia que etiqueta al/la paciente de introvertido/a o tímido/a. Sin embargo, el sufrimiento personal, las limitaciones en las actividades sociales y laborales o la comorbilidad asociadas a este trastorno,

como depresión, ansiedad, conductas de evitación y/o uso de sustancias, deben alertarnos sobre su presencia y la necesidad de abordarlo (Téllez Lapeira et al., 2007).

La persona que padece Trastorno de Ansiedad Social (TAS) opta por el camino de la evitación y ésta conducta interfiere marcadamente en diversos ámbitos de su vida, como el laboral, académico o personal, lo que le produce un malestar marcadamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

Stein y Kean (2000) señalaron que el diagnóstico de ansiedad o fobia social trae aparejado una disfunción significativamente mayor en las diferentes áreas de la vida de las personas y, no sólo en las principales actividades de la vida diaria. También, se sostiene que el temor intenso y persistente a situaciones de índole social o a ser el centro de atención del público, por comer, hablar, escribir, usar baños públicos, asistir a fiestas o entrevistas, no se limita a determinadas situaciones o lugares específicos, sino a cualquier sitio (Cárdenas, Feria, Palacios & De la Peña, 2010).

Etiológicamente, la causa exacta de las fobias aún es desconocida, pero se acepta la propuesta en la que interaccionan factores biológicos, genéticos y psicosociales: en relación a lo primero, la vulnerabilidad biológica sumada a altos niveles de estrés tiene como resultado una manifestación sintomatológica; en cuanto a la fobia social, se ha observado un patrón familiar y la existencia de un componente genético llamado inhibición conductual, considerado de alto riesgo para desarrollar este tipo de fobia. Las personas conductualmente inhibidas se molestan fácilmente o le temen a circunstancias no familiares. Además, estudios de imagen cerebral demuestran una mayor activación de la amígdala (caracterizada por controlar respuestas de miedo) y menor actividad en las regiones frontales de la corteza cerebral; con respecto a los factores psicosociales, puede tratarse de una conducta aprendida por observación directa o por interacción con otros individuos que experimentan la misma ansiedad. También, se puede asociar a padres y/o madres controladores/as y sobreprotectores/as. Por otro lado, hay personas que han desarrollado la fobia social luego de pasar por un evento o situación vergonzosa públicamente. Otros factores psicosociales son problemas en el lenguaje, presencia de abusos, conflictos familiares, etc. (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone & Rosenbaum, 1997).

Por otra parte, la manera en que los padres, madres u otras personas significativas afrontan diferentes situaciones, van a ser percibidas por el niño/a, influyendo en sus conductas a futuro (Cía, 2004). Drentea (2000) plantea el no estar casado/a también es un factor de riesgo para la ansiedad debido al menor ingreso de recursos económicos. Se podría decir que el escaso ingreso de recursos financieros aumenta la vulnerabilidad de sufrir altos niveles de ansiedad.

También, una investigación de Czernik, Dabski, Canteros y Almirón (2006), señala que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en personas sin pareja estable, ya que la pareja debería significar un apoyo social, y un factor protector ante la expresión de los rasgos ansiosos.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México, realizada en el año 2003, el Trastorno de Ansiedad Social afecta a un 4,7% de la población. Alrededor del 85% de las personas que presentan este trastorno tienen un inicio en la adolescencia, con una edad promedio de inicio de 13 años para ambos sexos. Se ha reportado que este padecimiento se presenta más en las mujeres (5,4%) que en los hombres (3,8%) y en personas jóvenes de 18 a 29 años (Medina et al., 2003).

En Colombia, en el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental, llevado a cabo en Medellín entre 2011 y 2012, con una muestra de 4.179 personas, la población afectada por la ansiedad social fue un 4,07%; para el sexo femenino fue de 4,45% y para el masculino de 3,47% (Torres et al., 2011 – 2012).

Otro estudio, realizado en Brasil en el 2005, donde comparan la prevalencia de este trastorno según los criterios del CIE-10 y del DSMIII R, dio como resultado de un 4,7% y 7,9%, respectivamente (Lopes, Vorcaro, Uchoa & Lima – Costa, 2005).

En un estudio llevado a cabo en España en el año 2008 sobre factores asociados a la ansiedad social, Zubeidat concluye que las mujeres mostraron una probabilidad de padecer ansiedad social significativamente mayor que los hombres. También se informaron diferencias en la ansiedad social relativas al nivel de estudios, relacionándose ésta con bajos niveles educativos (Zubeidat, Fernández Parra, Sierra & Salinas, 2008).

En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente del año 2009, donde participaron 3.005 adolescentes entre 12 y 17 años, la prevalencia fue de 10% y 12,4% en hombres y mujeres respectivamente, siendo la fobia social, la segunda patología psiquiátrica en frecuencia, después de las fobias específicas (Benjet, 2009).

En la comunidad, aproximadamente el 30% de las personas que tienen ansiedad social experimenta remisión de los síntomas en un año y, alrededor del 50% experimenta remisión en unos pocos años. Para el 60% de las personas que no recibe un tratamiento acorde para este trastorno, el curso va a ser de varios años o más (American Psychiatric Association, 2013).

Además, Bellock, Sandín y Ramos (1995), sostienen que existen factores sociodemográficos como nivel educativo y socioeconómico bajos y el estatus de empleo bajo aumentan la probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno de ansiedad.

3.3. Tratamientos

Para el abordaje de estos trastornos se precisa haber realizado previamente el diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, trastornos asociados al uso de sustancias y/o enfermedades orgánicas. Todos estos pueden manifestar ansiedad clínicamente significativa secundaria a la patología de base y su presencia modificará tanto la intervención como el curso del trastorno (Téllez Lapeira et al., 2007).

Para Téllez Lapeira et al. (2007), la importancia y el alcance de los trastornos de ansiedad viene dada fundamentalmente por el impacto que tienen o tendrán en la morbilidad del paciente: en su calidad de vida, en el deterioro funcional (laboral, familiar y social) y en el uso de los servicios sanitarios, consecuencias fundamentalmente del sufrimiento psicológico y las conductas de evitación. En este sentido, los objetivos del tratamiento deben incidir en: a) efectividad en el control y prevención de las crisis, ansiedad anticipatoria y conductas disfuncionales; b) control de las preocupaciones y sus consecuencias clínicas o disfuncionales; c) abordar y prevenir la comorbilidad; d) prevención de recurrencias; e) maximizar la seguridad de las intervenciones; f) evitar fenómenos de dependencia farmacológica.

Los tratamientos más utilizados para el trastorno de ansiedad social son los farmacológicos y los tratamientos cognitivo – conductuales (Cottraux, 2005).

Los tratamientos cognitivo – conductuales más estudiados son el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y la combinación de exposición y reestructuración cognitiva (Moreno Gil, Méndez Carrillo & Sánchez Meca, 2000).

El programa desarrollado por Heimberg (1990) señala que, para que el tratamiento sea efectivo, se precisan dos técnicas mencionadas más arriba: la exposición y la reestructuración cognitiva. En este dispositivo se trabaja de manera grupal y se distinguen cinco fases: educativa, de automonitoreo, de reestructuración cognitiva, de exposición en el ámbito del grupo terapéutico y, finalmente, de exposición fuera de las sesiones.

3.3.1. Farmacología

El tratamiento de la ansiedad social es importante, ya que esta patología se asocia directamente con comorbilidad psiquiátrica, abuso y dependencia de sustancias, una mayor incidencia de intentos suicidas y, también dependencia financiera (Ontiveros Sánchez de la Barquera, 2008).

La eficacia de este tipo de tratamiento para la fobia social ha recibido una gran atención en los últimos años. Los objetivos del tratamiento psicofarmacológico para el TAS incluyen:

reducir los síntomas de activación autónoma; disminuir la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas; bloquear las crisis de pánico situacionales; y tratar las condiciones comórbidas (Cía, 2004).

Entre los tratamientos farmacológicos para este trastorno se cuenta con antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y benzodiacepinas (Barlow, 2002; Ontiveros Sánchez de la Barquera, 2008).

Las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam, bromacepan), utilizadas con los trastornos de ansiedad, tienen un efecto similar al de los beta – bloqueantes adrenérgicos (atenolol, propanolol, pindolol, oxprenolol), suprimen los síntomas periféricos de activación autónoma, como la sudoración, la aceleración cardíaca y la hiperventilación, aumentando así la confianza del/la paciente para afrontar las situaciones sociales fóbicas, pero pueden generar dependencia y, los beta – bloqueantes no parecen ser efectivos para disminuir la ansiedad anticipatoria. Además, según los autores Ontiveros Sánchez de la Barquera (2008) y Scott y Heimberg (2000), pueden generar diversos efectos secundarios, como síntomas de abstinencia, sedación excesiva, dificultad para concentrarse, problemas sexuales (disminución de la libido y anorgasmia), de coordinación motora fina y de memoria. Por estas razones, no se recomienda emplearlas en pacientes con historia de abuso o adicción al alcohol o las drogas.

Un estudio doble – ciego (en donde ni el/la paciente ni el/la médico/a saben qué droga está recibiendo el/la primero/a) de 24 semanas sobre la efectividad y tolerancia del clonazepam en pacientes con fobia social mostró que el grupo de pacientes a quienes se les administraba esta droga mejoró más que aquellos en placebo y el inicio del efecto terapéutico fue detectado desde la segunda semana. Esto refleja que el clonazepam es rápido y eficaz en el tratamiento de la fobia social. Sin embargo, se advierte la prevalencia de efectos adversos, síntomas de supresión y recaídas tempranas al retirar el clonazepam, lo que fue observado en el 25% de los/as pacientes estudiados/as (Ontiveros Sánchez de la Barquera, 2008).

Los antidepresivos que se han utilizado para la fobia social son los IMAO (tranilcipromina, fenelzina) y los ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram). La administración de los IMAO es limitado puesto que supone restricciones en la dieta de alimentos que contienen tiroxina y pueden conllevar a crisis de hipertensión. Por otra parte, suelen tener varios efectos secundarios, como el aumento de peso, vértigos e disfunciones sexuales y trastornos en el sueño (Scott & Heimberg, 2000). En cambio, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, por su parte, tiene efectos secundarios

escasos (Barlow, 2002) fueron considerados, según Scott y Heimberg (2000), como primera opción para el tratamiento de la fobia social por su eficacia y tolerancia.

Gelernter (1991) concluye que tanto la terapia cognitivo – conductual y los psicofármacos son tratamientos efectivos cuando se combina con la exposición para los/as pacientes que sufren este trastorno. Ambos, la farmacoterapia y la psicoterapia se asocian con cambios cognitivos y de comportamientos marcados, pero un único tratamiento no puede ser designado como el más efectivo.

3.3.2. Psicoterapia Individual desde la Terapia Cognitivo – Conductual

El tratamiento psicológico más eficiente y estudiado para personas adultas con trastorno de ansiedad es la conocida Terapia Cognitiva – Conductual (TCC). La TCC se caracteriza por ser limitada en el tiempo, es una terapia breve, con una orientación en el presente, en el hoy, que psicoeduca a los/as pacientes para modificar sus conductas y sus cogniciones; para así poder funcionar más adecuadamente en su mundo intra e interpersonal (Heimberg, 2002).

La terapia cognitiva fue desarrollada por Beck (1963) como un tratamiento a corto plazo, centrado en los síntomas de la depresión. Con el tiempo, la terapia cognitiva ha evolucionado hacia una mayor teoría general de los trastornos emocionales, que establece que las emociones están mediadas por valoraciones cognitivas continuas y que los sesgos en el procesamiento de la información son fundamentales para la comprensión de la psicopatología. La terapia cognitiva tiene como objetivo discernir cómo las personas interpretan eventos en sus vidas y qué suposiciones y esquemas (creencias centrales) tienen sobre su entorno, ellos/as mismos/as y otros/as. La premisa de la terapia cognitiva es que si el/la terapeuta puede ayudar a los/as pacientes a cambiar estas interpretaciones que toman la forma de pensamientos e imágenes sesgadas, luego, la mala adaptación que la acompaña, los estados y comportamientos emocionales, también mejorarán.

Específicamente, para McGinn y Sanderson (2001) la TCC maximiza la eficiencia del tratamiento porque:

- Utiliza un tratamiento empírico basado en un manual de estrategias.
- Define metas específicas, mensurables y alcanzables.
- Utiliza estrategias para mejorar la generalización de los efectos positivos del tratamiento.
- Previene las recaídas.
- Empodera a los/as pacientes, proporcionándoles habilidades que puedan usar fuera de las sesiones de terapia.

Las intervenciones cognitivos – comportamentales de la ansiedad social más implementados abarcan el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de exposición en vivo, y la combinación de dos o más de éstas. Otras técnicas, como la relajación, el entrenamiento en manejo de la ansiedad y la desensibilización sistemática, se han estudiado también, pero en menor medida. La terapia de exposición es considerada la más eficiente en el tratamiento de personas con fobias (Echeburúa & Salaberría, 1991).

Volviendo al dispositivo desarrollado por Heimberg (1990), en la primer etapa educativa, se enseña a los/as pacientes el mecanismo de la ansiedad; en la fase de automonitoreo, se enseña a identificar las manifestaciones de las situaciones ansiosas; en la reestructuración cognitiva, se apunta a que identifique los pensamientos negativos y que deriven en pensamientos alternativos racionales; en la fase de exposición durante las sesiones, se procura una exposición a las situaciones sociales fóbicas a través de juegos de roles; y, en la última etapa, las habilidades aprendidas previamente se ponen en juego en la vida real, concluyendo así con la exposición fuera de las sesiones.

Las intervenciones psicológicas y farmacológicas por separado se mostraron efectivas en el tratamiento agudo. Sin embargo, la terapia cognitiva (grupal o individual) se asocia con la reducción del riesgo de recaídas sintomáticas en mayor medida que otros tratamientos (Téllez Lapeira et al., 2007).

3.3.3. Terapia Grupal

Bulacio (2003) indica que con un abordaje grupal de psicoeducación y autoayuda en los Trastornos de Ansiedad se consigue: facilitar e intercambiar información; contención afectiva; experiencia emocional correctiva; organización de redes sociales; y aprendizaje vicario.

Siguiendo la misma línea, otro aporte es el de Velasco (2007), quien también señala que la intervención de formato grupal agrega más eficacia al tratamiento de personas con ansiedad social, destacando ciertos beneficios, como los siguientes: bajo costo económico, trabajar con pares implica una exposición con gente desconocida, aprendizaje vicario y realizar técnicas de role play (Heimberg & Juster ,1995 citado en Velasco, 2007).

Los grupos son homogéneos en relación a la patología ansiosa, para que así los/as pacientes puedan reconocerse en otros/as y explotar mejor sus recursos potenciales. De esta manera, los/as participantes se educan entre ellos/as, se prestan un apoyo mutuo y, también alivian el sentimiento de alienación que normalmente sienten sabiendo que no están solos/as en su experiencia de sufrimiento (Bulacio, 2003).

Se llevó a cabo un estudio en España sobre la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo – conductual en pacientes con trastornos de ansiedad (Sánchez García, 2003) impulsado por la necesidad de una economía de tiempo empleado por el/la profesional y el beneficio de una intervención colectiva. Los resultados de esta experiencia de intervención grupal han sido positivos, teniendo en cuenta que los sujetos atendidos por la Unidad de Salud Mental en las primeras sesiones de tratamiento individual no han notado una mejoría evidente.

Por otro lado, en su trabajo, Masia – Warner, Storch, Fisher y Klein (2003) señalan que combinar las sesiones individuales y las sesiones grupales, es un camino que mejora el tratamiento. La intervención individual le da la posibilidad a los/as pacientes de trabajar con sus necesidades particulares, mientras que la sesión grupal los/as expone en mayor grado a las situaciones fóbicas. Estas estrategias suponen una disminución significativa en los niveles de ansiedad de las personas.

La fase de exposición con la situación u objeto fóbigeno en vivo, se realiza, primero, en forma grupal, ya que es un lugar seguro, se aplica sistemáticamente, en presencia de dos terapeutas y sin que tengan espacio los pensamientos negativos. La terapia de grupo debería conformarse por aproximadamente siete pacientes que se reúnan una vez por semana y la sesión debería tener una duración de dos horas y media cada una (Luterek, Eng & Heimberg 2003).

La terapia cognitiva – conductual, ya sea de forma individual o grupal, está asociada directamente con la disminución del riesgo de recaídas, en comparación con otros tratamientos. Incluso, con la técnica de exposición en vivo los/as pacientes responden de manera superior que con exposiciones no reales (Téllez Lapeira et al., 2007).

Esta TCC grupal realizada en un Área Servicio de Salud Mental de Madrid, consta de ocho sesiones de 90 minutos aproximadamente de duración, con una frecuencia semanal de aplicación, desarrollada con un mismo formato para las diferentes patologías ansiosas. Las sesiones eran predominantemente psicoeducativas, buscando aportar información y que los/as usuarios/as supieran identificar su problema y conocieran diferentes maneras de manejar sus síntomas. Siempre se reservaba algún tiempo para que expresaran sus inquietudes, manifestaran sus dudas y pudieran recibir apoyo del resto de los/as participantes. Desde la sesión uno a la siete se practica durante los últimos 20 minutos técnicas de relajación progresiva y en las últimas sesiones se practica la relajación por evocación y la relajación diferencial. Las diferentes sesiones atraviesan temáticas como: psicoeducación sobre la ansiedad, relajación y uso de la respiración profunda y lenta, conocer y reconocer pensamientos catastróficos, y cómo intentar refutarlos, técnica de distracción de pensamiento y la necesidad de su uso dentro del círculo del pánico como modo de combatir la focalización sensorial, importancia de no

fomentar conductas de evitación, exposición a estímulos ansiógenos internos o externos, valoración de causas y mantenedores, aportación de información y discusión del manejo de algunas de ellas como la organización del tiempo para combatir el estrés, cómo favorecer el sueño apropiado y consejos dietéticos básicos, la presión social como causa y mantenedor específico, habilidades asertivas básicas de afrontamiento de crítica, repaso de conceptos básicos y su utilidad, cada sujeto expone lo que considera más necesario practicar y dudas. Además, cada usuario/a se propone una meta de práctica para los siguientes 6 meses (Sánchez García, 2003).

Para Sánchez García (2003) queda claro que es efectivo el uso de terapia cognitivo-conductual y, su aplicación en un encuadre grupal es rentable. El formato de tratamiento es parecido en los diversos tratamientos de ansiedad (relajación, reestructuración cognitiva, terapia de exposición, etc.).

3.3.4. Técnicas: Terapia de Exposición y Reestructuración Cognitiva

Entre los componentes psicológicos más empleados se encuentran la exposición y la reestructuración cognitiva. Ambos presentan una base teórica bien establecida, basándose, respectivamente, en la habituación de los síntomas de activación y extinción de las respuestas de ansiedad, y en la modificación de la forma y/o el contenido de las cogniciones (Antona & García – López, 2008).

Las técnicas de confrontación con el estímulo fóbico parten de la base de que la fobia social es adquirida por condicionamiento clásico y buscan la extinción de la respuesta condicionada, a través de la exposición directa o gradual a la situación fóbica por medio de la imaginación o por la realidad. La exposición ha demostrado ser tan efectiva como la TCC para el tratamiento de la ansiedad social (Rey, Derly & Hernández, 2006).

La exposición es el momento en que se introduce al paciente en situaciones temidas o que evita de manera progresiva, donde, previamente, paciente y terapeuta elaboran en forma conjunta una lista jerarquizada de situaciones que le producen ansiedad, de menor a mayor; siendo el objetivo que se exponga a momentos progresivamente más difíciles para sí. Esto implica tolerar cierta cantidad de ansiedad y malestar mientras dure la exposición (Luterek, Eng & Heimberg 2003).

En la exposición sistemática, las personas se enfrentan a los estímulos fóbicos que desencadenan su ansiedad y/o ataques de pánico durante un período prolongado de tiempo hasta que los niveles de ansiedad disminuyen. La exposición proporciona una experiencia correctiva, que permite al/la paciente descartar la evaluación amenazante al enfrentar experiencias

progresivamente más amenazantes y mejorar la atención de los pacientes a la ausencia de las consecuencias temidas. La exposición en vivo implica confrontación real con el estímulo fóbico tanto dentro como fuera de las sesiones de terapia. Generalmente, ésta es la forma más efectiva de exposición cuando está indicada. Por otro lado, está la exposición imaginaria, que implica visualizar los estímulos fóbicos, puede usarse junto con la exposición en vivo o en lugar de la exposición en vivo. Cuando ambos están indicados para el mismo estímulo fóbico, a menudo es clínicamente útil realizar una exposición imaginaria antes de la exposición en vivo para inocular el/la paciente contra los niveles más altos de ansiedad que mayormente se experimentan en vivo (McGinn & Sanderson, 2001).

Los resultados de un meta – análisis señalan que la terapia de elección para la fobia social es la exposición en vivo, siendo posible mejorar las intervenciones si se combina con estrategias cognitivas (Sánchez, Rosa & Olivares, 2004).

La técnica de reestructuración cognitiva se analiza como un proceso de condicionamiento verbal en el cual la conducta verbal del/la terapeuta en sesión tiene una determinada función (discriminativa, reforzante, de castigo, motivadora, etc.) y va moldeando el comportamiento del cliente (Froján – Parga & Calero, 2011).

Para Clark y Beck (2012) es de gran importancia empezar el tratamiento enseñando el mecanismo de la reestructuración cognitiva que contribuye a mermar la idea sesgada de amenaza ante una situación social, que es la que provoca el aumento de la ansiedad. Principalmente, porque las personas con ansiedad social experimentan una penetrante ansiedad anticipatoria que culmina con la evitación del evento o situación social. Éste tipo de intervención se basa en la suposición de que el TAS se origina en creencias o ideas desadaptativas acerca de su entorno y de sí mismo/a, que en la mayoría de los casos se obtienen a edades tempranas. Por eso, ésta técnica colaborará con el paciente ayudándolo a cuestionar sus creencias irracionales, derribar y transformar estos esquemas que hacen su vida disfuncional, percibiendo de un modo más preciso las situaciones sociales (Heimberg, 2002).

Según Fresco y Heimberg (2001), la reestructuración cognoscitiva en individuos con fobia social apunta a que los/as pacientes busquen lo siguiente: registrar los pensamientos automáticos negativos que invaden su mente antes y durante un evento social fóbico, evalúen con precisión estas creencias sometiéndolas a una corroboración por medio de datos objetivos, y, por último, que culminen en pensamientos lógicos y racionales para disminuir los efectos de los pensamientos irracionales. La utilización efectiva de esta técnica cognitiva requiere de la realización de ejercicios de exposición en vivo ante la situación social fóbica (Rey, Derly & Hernández, 2006).

3.4. Eficacia de las técnicas utilizadas

Un meta – análisis de Sánchez, Rosa y Olivares (2004) compuesto por 35 estudios europeos independientes, de los cuales 28 eran grupos de tratamiento y siete de control, sobre el tratamiento farmacológico y psicológico de la fobia social, señaló una clara efectividad de las intervenciones. Además, indican que la técnica de exposición en vivo, sola o combinada con la reestructuración cognitiva brindan los resultados más eficaces, motivo por que tienen que ser la primera opción como tratamiento. Pero, otro de los resultados arrojados, refirió a que la implementación de la técnica de reestructuración cognitiva por sí sola no es recomendable para los grupos de ansiedad social (Sánchez, Rosa & Olivares, 2004).

En un estudio sobre la repercusión de la exposición y la reestructuración cognitiva, Antona y García – López (2008) verificaron la eficacia de éstas dos intervenciones, tanto aplicadas por separado como en combinación, aludiendo a la reducción de síntomas psicopatológicos de la ansiedad social y al aumento de la autoestima y la asertividad tras el tratamiento en los/as pacientes. Cabe destacar, que en la terapia existió una mejoría entre la sesión cinco y diez.

Taylor (1996) encontró que las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición en vivo y exposición combinada con reestructuración cognitiva fueron superiores a la lista de pacientes que no recibieron estas intervenciones. Además, la valoración de efecto para estos tratamientos, aumentó significativamente después de un periodo de 3 meses (post tratamiento) sugiriendo una mejoría adicional al final del tratamiento. Por otro lado, no hubo diferencias significativas entre los diferentes tipos de TCC.

Para Olivares et al. (2003) la TCC es la terapia que la mayoría de las investigaciones indica como más efectiva para el tratamiento de personas con trastornos de ansiedad social, incluyendo la exposición y la reestructuración cognitiva, acompañadas del manejo de habilidades sociales, de las técnicas de relajación y de la terapia de grupo cognitivo – conductual. Diversos estudios aconsejan la intervención en el ámbito educativo, combinando sesiones individuales y grupales, es necesaria la formación específica de docentes para que puedan detectar tempranamente los síntomas del TAS, el uso de manuales de tratamiento que incluyan a madres y/o padres y como último ítem, la elaboración de un programa preventivo. Todos estos componentes para promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento en diferentes situaciones sociales y modificar los factores ambientales de riesgo.

Los estudios que contrastan la eficacia de intervenciones terapéuticas, como las técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de reestructuración cognitiva,

no resultan superiores a los estudios que emplean únicamente técnicas de exposición. Una posible hipótesis alternativa podría residir en la existencia de múltiples mecanismos de acción por los cuales resultan eficaces tanto las técnicas de exposición como las técnicas de reestructuración cognitiva, actuando cada una sobre diferentes aspectos de la fobia social (la exposición actúa sobre la conducta de evitación y la activación autónoma elevada, mientras que la reestructuración cognitiva actúa sobre los contenidos cognitivos disfuncionales). En los/as pacientes que recibieron técnicas de reestructuración cognitiva sin tareas de exposición explícita se observa una mejoría adicional en el seguimiento, que resultaría difícil de explicar desde la hipótesis de mecanismos de acción con base en la exposición (Moreno Gil, Méndez Carrillo & Sánchez Meca, 2000).

En relación a si la exposición es suficiente para producir buenos resultados clínicos o si es necesaria la reestructuración cognitiva para maximizar los beneficios del tratamiento, Feske y Chambless (1995) dirigieron esta pregunta a una revisión meta – analítica para comparar tratamientos que usaron sólo la exposición, con tratamientos que combinaron la exposición con la reestructuración cognitiva. En base a 21 estudios, la exposición sola y la exposición combinada con reestructuración cognitiva produjeron un efecto equivalente en el pre, post – tratamiento y seguimiento en auto informes de resultados.

Los tratamientos que usaron sólo la reestructuración cognitiva o sólo el entrenamiento en habilidades sociales fueron menos efectivos, produciendo efectos levemente moderados. Esto sugiere la importancia de incluir la exposición en el tratamiento de la ansiedad social. Existe una considerable evidencia que apoya la idea de que la exposición usada sola o en combinación con la reestructuración cognitiva es una manera altamente efectiva para el tratamiento de este padecimiento (Velasco, 2007).

Teniendo en cuenta la bibliografía utilizada para el cumplimiento de los objetivos planteados, se han recorrido diferentes aspectos que forman parte de los Trastornos de Ansiedad, en especial al Trastorno de Ansiedad Social. Muchos autores concuerdan en que la ansiedad es una forma de responder adaptativamente a situaciones estresantes de la vida, cuando ésta vuelve disfuncional la vida de la persona estamos frente a una patología ansiosa (Trastorno de Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, entre otras) que merece ser tratada eficazmente. Este trabajo se enfocó, específicamente, en la Fobia Social, que refiere a un temor intenso y persistente de atravesar situaciones sociales que resultasen vergonzosas para el individuo afectado. Diversos estudios desembocan en la hipótesis de que el tratamiento más efectivo para estos trastornos es la Terapia Cognitivo – Conductual, que,

justamente, con ésta se trabaja para modificar los comportamientos humanos y las cogniciones distorsionadas. Además, la TCC se caracteriza por ser una terapia breve temporalmente. Las técnicas más estudiadas, usadas y recomendadas son: exposición en vivo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, y en combinación. La primera supone el enfrentamiento real con el estímulo, situación u objeto fóbico; la reestructuración cognitiva, refiere a distinguir los pensamientos automáticos negativos y transformarlos en pensamientos lógicos y reales. Por otro lado, también puede acompañar a estas intervenciones un tratamiento farmacológico, que fluctúa entre los antidepresivos de tipo ISRS o IMAO y las benzodicepinas, como el clonazepam. Otra forma de abordar los Trastornos de Ansiedad, es la participación de un dispositivo grupal, ya que otorga muchos beneficios para el/la paciente, como facilitar e intercambiar información, brindar contención afectiva y una experiencia emocional correctiva, organizar las redes sociales, interacción con personas desconocidas y aprendizaje vicario.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Estudio de caso.

4.2. Participantes

Se trabajó con personas que presentan el Trastorno de Ansiedad Social y acuden a un grupo específico para trabajar esta patología. Asisten alrededor de 11 personas que tienen entre 15 y 27 años.

El grupo es coordinado por una paciente recuperada de 53 años quien dirige al grupo desde el año 2014.

La asistencia de pacientes fue constante aunque nunca durante la práctica estuvieron todos y en más de tres oportunidades asistieron solo 2 participantes. Por lo menos una vez al mes se incorpora un nuevo integrante pero no modifica la cantidad total.

4.3. Instrumentos

Se realizaron observaciones no participantes en el grupo de tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social, sobre diferentes temas que involucraron el modo de funcionamiento y estructura grupal, las técnicas implementadas por la coordinadora, principalmente la exposición en vivo, las interacciones sociales con personas desconocidas, y la reestructuración cognitiva.

En las sesiones semanales, la observadora fue una participante más que realizó todas las actividades propuestas por el grupo.

Como parte de la observación se utilizaron las notas de campo, tomando apuntes de lo más relevante de la pasantía, desde las reacciones ante determinadas tareas o expresiones corporales hasta las experiencias habladas por ellos/as mismos/as.

Por otro lado, se tomaron entrevistas semi – estructuradas a la coordinadora y a algunas personas participantes, que se iban adecuando al desarrollo del trabajo grupal y que a la vez estaban relacionadas con los objetivos planteados en este trabajo. Las entrevistas tuvieron los siguientes ejes: ansiedad, timidez, vergüenza, evitación, críticas, fracaso, miedo a hablar en público, miedo a la evaluación negativa, cambios a nivel fisiológico y psíquico antes y después de una situación fóbica, duración de éstos síntomas, diferencia entre la interacción con personas desconocidas y amigos/as o familiares, pensamientos automáticos negativos, situaciones dificultosas, la disfuncionalidad de su vida previa a la exposición, y a la reestructuración cognitiva y las modificaciones de su rutina diaria después del tratamiento.

Las entrevistas a la coordinadora del grupo, quien es paciente recuperada, abarcaron los mismos ejes de los pacientes pero además temas como: la composición del grupo en relación a las edades y los géneros, la evolución de las redes sociales de los/as pacientes, la valoración que se da cada persona respecto a su trastorno, la magnificación o no de los síntomas desde la mirada de la o el paciente, la ayuda que brinda siendo ex paciente.

4.4. Procedimiento

Para la realización de este trabajo, las observaciones se llevaron a cabo en una institución de asistencia psicológica que se dedica al tratamiento de los trastornos de ansiedad, que además de los espacios físicos de la fundación utiliza salidas externas a sitios públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde también se lleva a cabo el tratamiento grupal.

La mirada estuvo puesta en las tareas de exposición y las reacciones de los/as pacientes, tomando notas de los diferentes comportamientos y las actividades que se llevaron a cabo.

Paralelamente, se tomaron entrevistas individuales de aproximadamente 30 minutos a algunos pacientes, y a la coordinadora con una duración aproximada de una hora, además de las sesiones grupales que duraron tres horas, generalmente.

La práctica tuvo una duración de cinco meses, tiempo en el que se recolectó toda la información necesaria para este trabajo y el análisis de sus objetivos.

5. Desarrollo

5.1. Introducción

Antes de empezar cualquier tratamiento de los diferentes Trastornos de Ansiedad, el director de la institución realiza una entrevista de admisión para establecer un diagnóstico presuntivo y, posteriormente, derivar a la persona consultante con la profesional que tenga el perfil más adecuado para trabajar en el caso. La psicóloga elegida le administra una serie de tests psicométricos para poder llegar a un diagnóstico más certero.

Esta institución tiene un protocolo de estudios de salud que empieza con un mapeo cerebral y puede llegar a solicitar a sus pacientes análisis clínicos para excluir la posible presencia de enfermedades orgánicas. Sus profesionales consideran que es fundamental, tanto realizar estos pedidos, como hacer un diagnóstico diferencial (Bulacio, 2004; Gasull Molinera, 2012), para que el abordaje del trastorno sea adecuado.

En algunas oportunidades, es necesaria la participación de psiquiatras y/o, también, la asistencia a los grupos terapéuticos. Estos últimos son coordinados por pacientes recuperadas, quienes han sido formadas asistiendo a cursos universitarios de Coordinación de Grupos y Acompañamiento Terapéutico.

El siguiente trabajo procura describir el Grupo de Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social, que hay en la institución. Las personas que lo integran son pacientes que padecen TAS, TAG, ataque de pánico o varios de estos trastornos simultáneamente. La coordinadora grupal, es una paciente recuperada de Fobia Social y Agorafobia, está medicada con psicofármacos para mantenimiento y la evitación de posibles recaídas, y asiste a sus sesiones de terapia psicológica, semanalmente en la Fundación.

Las sesiones grupales se realizan con una asistencia semanal de aproximadamente tres a cuatro horas, dependiendo la temática y el formato que propone la orientadora. Existen variaciones de espacio (dentro o fuera de la institución) y de las técnicas implementadas (relajación, exposición, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, planificación de objetivos, planteamientos personales, etc.). Otro factor influyente en el desarrollo del encuentro terapéutico es la asistencia, ya que al no ser obligatoria la participación en el grupo, la cantidad de individuos puede variar notablemente.

Cabe señalar, que las personas nombradas en el desarrollo del presente trabajo han sido observadas y entrevistadas, solamente, en el tiempo que duró la práctica profesional (marzo 2018 – julio 2018). Por lo tanto, no se garantiza que sigan o no con el tratamiento en la Fundación.

5.2. La dinámica del grupo de tratamiento de Ansiedad Social desde el modelo cognitivo – conductual

La Fundación trabaja con tratamientos cognitivos – comportamentales por considerarlos más efectivos para emplearlos en los Trastornos de Ansiedad, coincidiendo con Cottraux (2005) quien asegura que son los más utilizados por los buenos resultados.

Para empezar con la descripción de la dinámica de este grupo en particular, se precisa retomar la caracterización de la ansiedad como un estado persistente de miedo que se ve reflejado en sensaciones aumentadas de intranquilidad y desasosiego, y que al mismo tiempo sirve para organizarse frente a las situaciones que podrían resultar amenazantes (Cupul & Hinojosa, 2006; Gasull Molinera, 2012). En las entrevistas todas las personas manifestaron sentir miedo, intranquilidad y desasosiego frente a situaciones de vulnerabilidad debido a su trastorno.

En todas las sesiones se realiza un saludo inicial donde la coordinadora y los/as participantes cuentan cómo están y las novedades de la semana, cada uno expone lo que considera más necesario practicar. Este tiempo tal como propone Sánchez García (2003) brinda la oportunidad de expresar inquietudes, manifestar dudas y recibir apoyo de sus compañeros. Y además, como ya se señaló, Bulacio (2003) indica que con un abordaje grupal de psicoeducación y autoayuda en este tipo de trastornos se consigue facilitar e intercambiar información. Luego se desarrolla la actividad programada, aunque si surge una temática especial en la instancia del saludo es incorporada en el trabajo como forma de permitir la participación de los/as pacientes e incorporar el factor sorpresa. Finalmente, se hace una puesta en común donde cada persona tiene que hacer su reflexión sobre lo trabajado.

En uno de los encuentros, la coordinadora solicitó una descripción sobre lo que era la ansiedad. Entre otras, se escucharon frases como: *es cuando te dan muchos nervios o miedo y no sabés qué hacer; a mí me pasa que me da vergüenza que me vean bailar porque no lo hago bien; a veces, me dan ganas de llorar de la impotencia; es como una preocupación extrema y sin fundamento*, y así, enunciados similares se repetían en los discursos. Barlow (2002) afirma, que las expresiones de la experiencia subjetiva de la ansiedad rondan las palabras de miedo, preocupación, nervios, terror.

En esta sesión y muchas otras, se comparten y trabajan estas expresiones. Al estar conformado el grupo por pacientes con TAS, en estas dinámicas pueden reconocerse en sus pares y, siguiendo a Bulacio (2003), aprovechar sus potenciales, porque en este espacio se apoyan mutuamente, se abren a las posibilidades de aprender de sus compañeros/as, y pueden

disminuir los sentimientos de alienación propios de su patología ya que descubren que no están solos/as en su experiencia de sufrimiento.

Una paciente de 25 años con diagnóstico de Fobia Social, Claustrofobia y fobia a vomitar, en esa oportunidad manifestó *es cuando te dan muchos nervios o miedo y no sabés qué hacer*, esto evidencia el nivel de sensaciones de incertidumbre, incontrolabilidad y vulnerabilidad que describe la American Psychiatric Association (2013) y Barlow (2002). Dentro de la dinámica de grupo, frases como la de esta paciente, permiten abordar conceptos pero además generar relaciones de identificación y trabajar de manera conjunta compartiendo experiencias y estrategias para afrontar estas situaciones (Bulacio, 2003).

A partir de las charlas con los/as participantes, se extrajeron pensamientos puestos en palabras sobre las sesiones individuales y grupales. Un paciente comenta que con su psicóloga puede abrirse totalmente como con nadie más y, que a esta relación de uno a uno la necesita para trabajar exclusivamente con lo que él precisa en ese momento, y no con lo que propone una tercera persona, quien en este caso sería la coordinadora que tiene a cargo el rol de orientadora de grupo. El papel que dice otorgar a su terapeuta, es el de atender sus requerimientos personales. Sin embargo, recalca que, compartir momentos, padecimientos, experiencias y exposiciones con las personas que integran el grupo complementa a su terapia psicológica individual. Masia – Warner, Storch, Fisher y Klein (2003), han señalado que la combinación de ambos formatos (sesiones psicológicas individuales más terapia con un encuadre grupal) mejora la calidad del tratamiento. Otro ejemplo de esto, es el caso de una paciente que empezó el tratamiento psicológico individual y dos meses después le solicitó a su psicóloga unirse al grupo que trata la Ansiedad Social porque *sentía que le faltaba algo, sumado a un deseo desesperado por curarse para poder sentirse bien y no limitarse*. Es así que comienza a asistir todos los viernes a los encuentros grupales.

Cuando ingresa un/a paciente al grupo, tiene que presentarse y contar porqué y para qué está ahí, qué es lo que espera del tratamiento grupal. Después la coordinadora cuenta, acotadamente, sobre los malestares por los que ha tenido que pasar desde los 23 años, y como en un momento dejó de creer en la medicina porque nadie había podido brindarle un diagnóstico acertado, en palabras de Téllez Lapeira et al. (2007), un diagnóstico diferenciado de otros trastornos, que permitan un tratamiento adecuado para contrarrestar la disfuncionalidad. El resto de los/as participantes también le hacen preguntas y se muestran interesados por su situación, en las actividades de ese día se busca que la persona nueva se integre a las dinámicas respetando su decisión de no realizar actividades de exposición, incluso en las dos primeras sesiones.

La coordinadora para la preparación de las actividades tiene en cuenta las particularidades de cada patología y las necesidades y procesos de cada participante. Una paciente, expresaba que, en algunos instantes de exposición, sentía como su corazón se aceleraba, su ritmo respiratorio también aumentaba y el nivel de alerta era mayor debido a presuntos eventos amenazadores, ejemplo de las caracterizaciones planteadas por Gasull Molinera (2012) sobre la ansiedad patológica en relación a las diversas formas de manifestación de los síntomas fisiológicos en los sujetos con esta patología. Frente a esa situación la coordinadora reforzaba herramientas de control de las situaciones a partir de técnicas como la relajación. Estas técnicas que procuran alcanzar una respiración lenta y profunda, y la planificación de objetivos a corto plazo, son frecuentemente utilizadas como parte de las actividades. Estas herramientas son muy valoradas en varias instituciones como en el caso ya reseñado de un Área de Salud Mental de Madrid que las utilizan en las sesiones con el fin de hacer un reconocimiento consciente de los pensamientos catastróficos, y cómo intentar refutarlos, también proponiendo a los pacientes establecer objetivos individuales en un lapso menor a seis meses (Sánchez García, 2003).

A dos pacientes en particular, en una de las sesiones de relajación, se les notó el nivel de entrega y de serenidad, teniendo en cuenta que son personas que suelen andar a las apuradas y con nerviosismo, pero calladas. Respaldaron su accionar con sus comentarios, ella dijo *a mí me gusta hacer este tipo de sesiones porque me encuentro conmigo misma*, mientras que él comentó que *está bueno bajar un cambio*. En otra oportunidad, la coordinadora les envió un mail a los sujetos describiendo el ejercicio de la siguiente sesión, el mismo consistía en plantearse tres objetivos sencillos que puedan ser cumplidos en los siguientes tres meses, detallando la meta, qué se puede hacer y qué se tiene que evitar para alcanzarla y cuáles son todos los pasos que se tienen que realizar para conseguirla, en este sentido se ve reflejada la propuesta de una meta de práctica como la planteada por Sánchez García (2003).

En varias oportunidades, un paciente de 24 años, ha manifestado diferentes síntomas que, según su relato, van desde el *dolor abdominal y de cabeza, mareos, palpitaciones y pocas horas de sueño*, también se observaron en él síntomas como sudoración, rosácea y, esporádicamente, temblores. Beck (1985), Barlow (2002), Cupul y Hinojosa (2006) agregaron que no sólo existe una respuesta fisiológica, sino también, cognitiva, tal como sucede en este caso particular, pues además de esta sintomatología, se observó al paciente desatento y con dificultades al momento de comprender las actividades propuestas por la coordinadora quien intentaba reforzar el trabajo con él, repitiéndole las consignas y dándole explicaciones personalizadas.

Tanto en las entrevistas como en la observación se ponen en manifiesto, además, el impacto de la patología sobre el funcionamiento en las diferentes áreas de la vida de los sujetos (American Psychiatric Association, 2013; Beck & Clak, 2012; Cárdenas, Feria, Palacios & De la Peña, 2010; Stein & Kean, 2000). Se evidenció el deterioro en las relaciones interpersonales, en ámbito laboral, educativo, familiar y social en general.

Por ejemplo, está el caso de un adolescente de 16 años, quien en su presentación comentó que no puede entablar vínculos socioafectivos con sus pares en clases, y que la ansiedad lo deja paralizado, además, comenta que para evitar estas situaciones, termina faltando a la escuela o llegando tarde, con consecuencias negativas en la asistencia. En palabras de Marzucco y Gómez (2009) se vincula a una preocupación extrema de reencontrarse con la situación fóbica.

Siguiendo la dinámica de la identificación, en esa oportunidad, una paciente de 26 años compartió que también experimenta este tipo de sensaciones. Realizó una petición de ayuda al grupo, comentando que, al momento de asistir a las entrevistas laborales se encontraba limitada por dos caminos: o no asistir, o asistir y no poder desenvolverse correctamente por los nervios que la invadían; todo esto produjo que se realizara una actividad específica que consistía en preparar un tema y presentarlo con sus palabras.

En la reflexión final, los comentarios giraban en torno a la importancia que le habían otorgado a la actividad y cómo les había servido a varios y varias pacientes que no se animaban a expresar directamente las consecuencias de esa dificultad, en consonancia con lo propuesto por Bulacio (2003), para quien el abordaje grupal además de facilitar el intercambio de información, permite una contención afectiva.

El grupo utiliza el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva y la combinación de las dos últimas (Heimberg, 1990, 2002; Moreno Gil, Méndez Carrillo & Sánchez Meca, 2000). En la segunda parte de la sesión, la fase de la actividad programada, una de las consignas tenía como tarea vender un producto corporal telefónicamente, donde una de las personas hacía de vendedora y la otra de potencial compradora y, luego cambiaban los roles, en palabras de Heimberg y Juster (1995 citado en Velasco, 2007), se implementó la técnica de dinámica de grupo *role play*. Este ejercicio se realizaba una y otra vez con el objetivo de exponerse, modificar ciertas cogniciones y para poder hacerlo cada vez más fluido y espontáneo.

Otro caso, es el de un paciente de 26 años que lleva tres años en la Fundación y una de sus complicaciones era no poder iniciar una carrera universitaria. Declaró en una entrevista que siempre se sintió extremadamente observado, y le daba terror pasar vergüenza frente a una

multitud. Lo que declara esta persona concuerda con lo expuesto por Cupul y Hinojosa (2006) sobre la ansiedad excesiva, que genera un malestar que incluso altera funciones cognitivas indispensables para llevar a cabo actividades que requieran habilidades intelectuales.

Otro paciente con el mismo período de tratamiento en la institución, quien a los 18 años se encerró en su casa durante tres años porque le producía fobia ver a personas inusuales, manifestó en una de las reuniones que enfrentarse a la terapia grupal le resultó embarazoso y desagradable en el día a día, que con la terapia individual y los encuentros grupales ha podido ir superando, ya que como afirma Velasco (2007) la intervención grupal entre otros beneficios está el de la exposición frente a personas desconocidas.

Por otra parte, para la coordinadora es importante que los/as participantes puedan ubicar en qué momento se originó su patología y que intenten identificar la situación que más les impactó para que lo puedan compartir en la reflexión grupal. En relación a una posible génesis del TAS, Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone y Rosenbaum (1997) apuntaban a que se podía originar luego de atravesar una situación vergonzosa frente a un público considerado. En una ocasión, una paciente manifestó que en su infancia, había vomitado en un colectivo y sintió como todas las personas no le sacaban la mirada de encima. Lo que ella misma presume es que, por eso, hoy en día padece de Fobia a los vómitos, Claustrofobia y Fobia Social.

En la puesta en común, surgió además la necesidad de establecer la edad de inicio del trastorno, por lo que esta pregunta se incorporó en posteriores entrevistas. Con este instrumento se recabó información donde se pudo establecer que la mayoría inició en la adolescencia, entre los 13 y 15 años, y que para todos y todas fue una etapa muy difícil. Medina et al. (2003) afirman, basándose en una encuesta nacional, que el TAS, en el 85% de personas, parte en la adolescencia.

Otro de los aspectos encontrados en las respuestas, es que la mayoría no consultó a ningún especialista ni accedió a tratamientos, por lo que la patología se acentuó cada vez más, como lo demuestra Posadas Escudero (2015) quien afirma que la ansiedad patológica, si no se trata, perdura hasta la adultez.

Las principales metas del tratamiento grupal y psicofarmacológico, comenta la coordinadora, varían de acuerdo a cada paciente, pero tienen en común prevenir posibles crisis en la vida diaria, disminuir la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas para que los sujetos no se limiten en sus deseos y esto, pueda repercutir directamente mermando también la disfuncionalidad en los ámbitos más frecuentados por la persona, empoderar a los sujetos otorgándoles las herramientas necesarias para utilizarlas fuera de las sesiones. Estas metas

guardan relación con los objetivos desarrollados por Cía (2004) y Téllez Lapeira et al. (2007) que ponderan este tipo de tratamiento para reducir el riesgo de recaídas.

En relación a los fármacos, la orientadora del grupo, declaró que, por lo general están con la medicación de antidepresivos o antipsicóticos o benzodiazepinas (Barlow, 2002; Ontiveros Sánchez de la Banquera 2008). Al consultarle por la importancia de los fármacos, respondió que la institución considera que el trabajo interdisciplinario es más efectivo y, que, si bien no todas las personas están medicadas, es necesaria su aplicación en determinados casos para observar cambios cognitivos y de conductas marcados, así como plantea Gelernter (1991), la utilización de varios tratamientos que se complementen y no uno como el más efectivo.

Como ya se mencionó, el desarrollo de las sesiones grupales tiene diferentes fases, además la coordinadora y las personas que están más avanzadas en el tratamiento funcionan como ayudantes de quienes tienen mayor dificultad para poder identificar situaciones ansiosas, creando un ambiente de confianza y reciprocidad y, así se escuchan frases como *gracias, no me había dado cuenta; lo que me dijiste la vez pasada me re sirvió*. No sólo se tiene que lograr distinguir las situaciones ansiosas, sino también, modificar los pensamientos negativos en alternativos lo que representaría una reestructuración cognitiva (Heimberg, 1990)

Un paciente de 32 años, que ingresó la final de las prácticas, relató, en la primera sesión, que *había intentado diferentes tipos de terapias y cambios de hábitos en su vida, pero que no había tenido los resultados esperados y, posterior a los intentos fallidos, eligió ser lo más racional posible, llevar una vida más tranquila teniendo a la ansiedad como una amiga eterna pero controlada*, que correspondería con lo que propone Heimberg (1990) como automonitoreo, y por eso decide empezar una terapia Cognitivo – Conductual.

En este tipo de terapia los pacientes adquieren conciencia de sus padecimientos y logran modificar las interpretaciones sesgadas y posteriormente sus conductas (Beck, 1963), un participante del grupo en una oportunidad dijo: *todo está en la cabeza porque una vez que se tiene conciencia de lo que está ocurriendo, se puede cambiar el pensamiento y, así llegar a cambiar tus comportamientos*.

Una característica observada y que tienen en común todas las personas participantes del grupo es que aprenden una de otra en cada sesión. La coordinadora cuando se da cuenta de que alguien tiene cierta dificultad o se siente desorientado/a para algunas tareas le brinda su propia experiencia y es lo que hace que el sujeto pueda llevar a cabo la actividad, permitiendo también, el intercambio de información y la contención emocional. Otra cualidad, es el crear nuevas redes sociales, es muy común, que algunos pacientes salgan los fines de semana y realicen actividades recreativas que antes no se permitían hacer, exponiéndose con gente desconocida

en estas salidas. Estas experiencias favorecen el apoyo mutuo, el aprendizaje vicario y el alivio de saber que no se encuentran solos/as, gracias a un enfoque desde la psicoeducación, la autoayuda, la experiencia emocional correctiva (Bulacio, 2003; Velasco, 2007).

Otra etapa, como se describió anteriormente y correspondiente a la *fase de desempeño y labor* -en palabras de la coordinadora-, es la de exposición dentro y fuera de Fundación. Las exposiciones en espacios públicos se realizan una vez al mes y se asisten a museos, centros comerciales, centros culturales, bares, recitales, desfiles y se realizan actividades en la calle, enfrentando situaciones vergonzosas para sus participantes y siempre con el fin de adquirir estrategias para superarlas.

5.3. La técnica de exposición en los y las pacientes con Ansiedad Social

Es estratégico combinar la Terapia Cognitivo – Conductual y la toma de fármacos con la técnica de exposición (Heimberg, 1990). En una entrevista, la coordinadora hizo hincapié en la necesidad de trabajar de manera complementaria con esta técnica, ya sea dentro o fuera de la Fundación.

Como describen Luterek, Eng y Heimberg (2003), el momento de la exposición se trata de introducir sistemáticamente a los sujetos en un contexto de situaciones temidas que siempre están buscando evitar. Además, que implica soportar dosis de ansiedad y un malestar marcado durante el tiempo que perdure la exposición y que, principalmente, busca que la conducta de evitación vaya desapareciendo poco a poco.

Dentro de la terapia de grupo estos momentos de exposición son programados, ya que la fobia social al ser adquirida por condicionamiento, necesita cambiar la respuesta condicionada a través de una exposición directa o gradual a la situación fóbica. Esta exposición puede ser a través de ejercicios que la recreen en la imaginación o de actividades que la confronten en el mundo real (Rey, Derly & Hernández, 2006).

En una oportunidad, en las instalaciones de la Fundación se realizó una actividad que consistía en reproducir unas imágenes de revistas permaneciendo varios minutos imitando la postura, gestos y sentimientos de las modelos y tolerando la mirada del resto de compañeros/as que tenían como objetivo incomodar al/la paciente. En la puesta en común, surgieron las diferentes sensaciones de incomodidad, la vergüenza e incluso el deseo de abandonar la actividad o de que terminara lo más pronto posible.

Por otro lado, en una actividad realizada en el exterior, una paciente de 25 años que fue observada en una sola oportunidad durante el período de la pasantía, se mostraba evitativa frente a las propuestas de la coordinadora en esta salida de exposición. La actividad consistía en bajar

por unas escalinatas a modo de modelaje frente a las personas que se encontraban en la vía pública, con unas paradas para poder tomarse fotografías. Como segunda instancia de la sesión, se solicitó a los y las pacientes cruzar la calle en fila y cuando la persona que iba a la cabecera gritara *stop* debían detenerse y continuar cuando se les diera la orden de hacerlo. Esta participante se mostró y se mantuvo distante, no tuvo intercambio con el resto de los individuos, se negó a participar activamente de los ejercicios propuestos por la coordinadora.

En las actividades que incluyen esta técnica los y las pacientes nuevos/as tienen un nivel de exigencia diferente. La coordinadora no exige demasiada participación. En el caso de una paciente joven que ingresó cuando se realizaba una exposición la coordinadora optó por lo que llaman McGinn y Sanderson (2001), la exposición sistemática, en donde las exposiciones se realizan de forma gradual y escalonada.

La coordinadora, en el acompañamiento a esta paciente, le brinda contención y hace énfasis en que es fundamental para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social la técnica de exposición, siguiendo los postulados, en este último punto, planteados por Rey, Derly y Hernández (2006) y McGinn y Sanderson (2001) sobre la efectividad de esta técnica en los tratamientos de este tipo de trastorno. No sólo se lo recalca a esta paciente, sino que, durante las observaciones de la práctica se pudo constatar que la coordinadora recurre con frecuencia a la explicación sobre la importancia del uso de este tipo de intervención, enfatizando que es la base para poder salir de este padecimiento. Desde otro lado, además, aclara que ella misma tuvo que enfrentarse a las situaciones fóbicas, para poder recuperarse y estar presente hablando con los y las pacientes.

Durante la pasantía, se ha observado de manera particular a una de las pacientes a la que más le cuesta lo social, que se caracteriza por tener un tono de voz muy bajo, y a la que es común tener que preguntarle *¿cómo?* o *no entendí, ¿me lo repetís?*, es de tez blanca, lo que hace más evidente cuando la cara cuando se pone colorada, tiene una postura encorvada y su largo cabello lacio le cubre los laterales de su rostro. Cuando se pone intranquila, tiende a taparse la nariz y la boca con su pelo. En la mayoría de las sesiones de terapia grupal que se realizaron tanto dentro como fuera de la Fundación, siempre se notó en esta integrante una sensación de malestar e incomodidad general, lo que da cuenta de que estas exposiciones implican en ella tolerar una elevada cantidad de ansiedad que no le resulta nada agradable, tal como lo planteó en varios encuentros. Estas reacciones son comunes en este tipo de pacientes que evidencian lo desagradable que puede llegar a ser confrontar diversos eventos fóbicos (Luterek, Eng y Heimberg, 2003).

Con el avance en la terapia grupal y la participación más activa en las exposiciones, la paciente relata después, que su mamá ha estado notando los cambios positivos que realiza, porque ella le comenta sobre todo a lo que se está exponiendo en las sesiones y cómo su nivel de ansiedad va disminuyendo gradualmente, ya que cada vez le cuesta menos trabajo y nerviosismo cumplir con las labores designadas, reflejando una disminución significativa de las escalas de ansiedad en los individuos con TAS (Masia – Warner, Storch, Fisher y Klein, 2003).

Una persona con características similares a las de la paciente anterior, es un chico de 26 años, a quien se lo observa apacible pero al mismo tiempo tiene unos movimientos, una postura y un andar rígidos y firmes. Es introvertido y, por momentos, le resulta difícil iniciar una conversación o participar acotando comentarios en el grupo sin que se le pida en los encuentros y especialmente en las actividades de exposición. Realiza todas las propuestas y sigue las consignas de la coordinadora, pero relata que después de enfrentarse a la situación fóbica siempre le queda un poco de tensión, nerviosismo e incertidumbre (Luterek, Eng & Heimberg, 2003).

Estas peculiaridades se evidenciaron, claramente, en un ejercicio propuesto por él. La coordinadora suele dejar a cargo algunas tareas a los y las pacientes y, ésta vez, le tocó a él, con la única regla de que el espacio iba a ser en un centro comercial muy concurrido y conocido de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El paciente propuso que todas las personas presentes del grupo se dirigieran a los locales de ropa y realizaran de dos a cinco preguntas que les resultasen vergonzosas. Mediante un sorteo se seleccionaron la cantidad de consultas que tenían que hacer a las vendedoras. En esta ocasión, al momento de posicionarse en un lugar de dirigir o liderar la actividad se observaron acentuadas sus características físicas y, confesó que tuvo miedo de que la actividad no se realizase como la había planeado desde que se le informó que debía conducir y crear el ejercicio de la próxima sesión. Nuevamente, se hicieron presentes sentires negativos y orientados al futuro, que demuestran lo que Luterek, Eng y Heimberg (2003) argumentan sobre lo difícil que es resistir durante la exposición.

Otra de las actividades realizadas tuvo como eje la expresión de las emociones. Se llevó a cabo en las inmediaciones de un bar y en las aceras de éste. Mientras se esperaba el arribo de las personas, se fue charlando sobre el modo de expresar los sentimientos con personas desconocidas. Si bien, las personas presentes en el momento se mostraron negadas, evitativas, distantes y frías al imaginarse consolando o demostrando afecto a alguien no familiar, cuando se tuvo que salir a la vereda con un cartel que decía *Abrazos Gratis* fue diferente a los que se imaginaron. Por ejemplo, uno de los sujetos, al consultarle acerca de cómo accionaría frente a una persona desconocida que tuviera expresiones faciales relacionadas con la tristeza, contestó

que le *daría mucha pena pero no sería afectuoso con ella ya que no la conocería, así que, definitivamente, no le daría el abrazo o apoyo que estaría necesitando, pero si tuviera pañuelitos descartables no le voy a negar tampoco*. Sin embargo, en la práctica real, ocurrió totalmente lo contrario. Fue una de las personas que más predispuesta y abierta se mostró cuando le tocó llevar el cartel de *Abrazos Gratis*, regalando abrazos a sujetos de todas las edades, desde bebés en brazos con sus mamás hasta personas adultas mayores.

Otra paciente a la que le daba mucho pavor entablar diálogos con gente desconocida, sumado a que se sentía nerviosa porque su novio iba a llegar al bar a buscarla al finalizar la sesión, fue la que eligió ser la pionera en conceder abrazos gratis a la gente que cruzaba, teniendo una respuesta muy favorable, tanto por parte de los transeúntes que circulaban por el lugar como de ella misma al llevar a cabo la actividad con total normalidad. Por otra parte, señaló que se sorprendió de ella misma ya que era algo inimaginable en su cabeza debido a su padecimiento de Trastorno de Ansiedad Social. A la vez, reconoció que uno de sus temores era que nadie se parara a recibir un abrazo, anexando que *si ninguna persona me saludaba me iba a morir peor de la vergüenza y, creo, que me iba a sentir muy mal por eso*.

De esta forma, los casos ejemplificados dan cuenta de lo que plantean Téllez Lapeira et al. (2007), que con la técnica de exposición en vivo los y las pacientes responden de una manera superior que con las exposiciones imaginarias que no son reales. Si bien, la exposición en vivo es considerada más efectiva, la imaginaria (que busca visualizar los estímulos fóbicos) puede usarse en conjunto con la exposición en vivo, como se hizo en este caso, ya que primero hicieron el ejercicio de imaginar lo que sentirían al tener contacto físico con personas desconocidas. Para McGinn y Sanderson (2001) es útil realizar una exposición imaginaria antes de la exposición en vivo para preparar el/la paciente frente a los niveles más altos de ansiedad que se experimentan en la experiencia en vivo.

Para Sánchez, Rosa y Olivares (2004) de manera complementaria, la exposición en vivo, se debe combinar con estrategias cognitivas con el objetivo de mejorar las intervenciones y conseguir modificaciones de los esquemas de respuesta propios de estas patologías.

5.4. La técnica de Reestructuración Cognitiva en los y las pacientes con Ansiedad Social

La Terapia Cognitivo – Conductual, una terapia breve y orientada en el presente, tiene la labor de psicoeducar a los y las pacientes para transformar sus cogniciones y sus comportamientos. Esto se consiguen a través de la identificación, interpretación y valoración de pensamientos disfuncionales, que necesitan ser cuestionados para poder modificarlos y poder transformarlos en pensamientos más adaptativos (Heimberg, 2002).

Durante una entrevista realizada a la coordinadora, ella comentó que, por lo general, para dar el alta a un/a integrante del grupo tienen que pasar mínimo tres meses y, cumplir con los objetivos planteados con el equipo profesional, que entre ellos abarca el poder modificar pensamientos y conductas que estén deformados y sean incongruentes con la realidad. Sin embargo, remarcó que los resultados que se pudieran obtener tienen relación con las particularidades de cada paciente y, no solamente, con lo que se pueda organizar dentro del grupo. También, hay pacientes que están hace cuatro años asistiendo al grupo y los cambios se pueden hacer visibles en las sesiones.

En uno de los encuentros grupales, la coordinadora prepara un taller de relajación, el cual consistía, justamente, en relajarse, con música de fondo y con su voz guiando a las personas presentes en el momento, durante varios minutos. Al finalizar, realiza una pregunta general sobre cuál es la primera palabra que utilizarían para describir esa experiencia, a lo que un paciente contesta *aquí y ahora... mi psicóloga me enseñó que tengo que enfocarme en el hoy y hace unas semanas decidí empezar a hacerlo y, más aún, durante este ejercicio. La verdad es que me funcionó, me vengo sintiendo muy tranquilo, comparándome con que suelo andar acelerado siempre*. Es un ejemplo que demuestra que la implementación de la reestructuración cognitiva en pacientes con Fobia Social permite ir modificando algunas respuestas emocionales para funcionar más adecuadamente en su mundo personal y en relación con el resto de las personas (Heimberg, 2002).

Mediante las observaciones, se ha detectado una postura firme de la coordinadora en relación a los Pensamientos Automáticos Negativos (en la Fundación los llaman PAN). Antes de empezar una sesión, la coordinadora se muestra con una actitud inflexible y recuerda a los y las pacientes que deben tratar de evitar los pensamientos negativos durante el curso del encuentro ya que la presencia de éstos podría desencadenar en un aumento exacerbado de la ansiedad. Otro momento en donde realiza la misma intervención es finalizando la sesión, en un momento de conversación más abierta se ponen en común lo que se sintió y la coordinadora les pide hacer énfasis en la identificación de los pensamientos disfuncionales, su evaluación y que se pregunten cómo estos pueden ser reemplazados por otros más adaptativos, lo que permite que las ideas sesgadas que se presentan en la mente del individuo puedan disminuir notoriamente con la consecuencia de mermar los niveles de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Para continuar con la idea planteada en el párrafo anterior, la coordinadora suele proponerles que analicen y sean conscientes de los pensamientos que les provoca tener ansiedad anticipatoria, para que al reconocerlos se puedan modificar por otros que les permitan confrontar el evento temido y no recurrir a las estrategias de evitación. Siguiendo la línea de

Froján – Parga y Calero (2011), el mecanismo de reestructuración cognitiva es un procedimiento verbal que se desarrolla para conseguir el cambio en la forma de pensar de los/as pacientes y en esos esquemas fuertemente arraigados que están en la base de las distorsiones cognitivas. Tal como lo advierten Rey, Derly y Hernández (2006), se basa en la identificación de los pensamientos automáticos negativos, la irracionalidad de estos pensamientos y el cuestionamiento de los mismos, contribuye a disminuir la idea de amenaza ante una idea de situación social que provoca, en este tipo de pacientes, una ansiedad anticipatoria que culmina en la evitación (Clark y Beck, 2012). Por medio de las charlas y las observaciones se pudo rescatar que, un paciente, quien está a punto de recibir el alta, con frecuencia, les repite a sus compañeros y compañeras que *no se dejen usurpar por la ansiedad anticipatoria porque eso los detiene y los limita en todo lo que quieran hacer y, que el poder de controlar eso sólo lo tienen ellos y nadie más.*

En una salida a un bar que tiene diferentes juegos, se le solicitó a un paciente que le preguntara la hora a un grupo de chicas jóvenes que estaban entretenidas y concentradas con el pool. En un principio, este paciente quiso evitar la situación exclamando *¡si yo tengo hora!*, a lo que una compañera le cuestiona por qué no quería dirigirse, y responde *no, por nada, ahora voy.* Al regresar, nuevamente se le pregunta por qué quería evitar ese encuentro con unas muchachas de su edad, confiesa que su pensamiento era: *pensé que no me iban a llevar el apunte y, si lo hacían, me podían insultar o mirarme mal, reírse de mí, creer que soy un tonto y cómo no voy a tener hora, muchas cosas feas se me cruzaron por la cabeza, la verdad.* Pasados unos minutos, se le dice que repita la actividad con otro grupo de jóvenes. Esta vez, se encaminó directamente y al volver dijo que no había sido tan grave como lo pensaba antes. En esta segunda oportunidad, a través de la observación, se pudo notar que su andar era suelto, y no tenso, sumado a que, su hablar era fluido y su cara tenía una pequeña sonrisa, se lo sintió mucho más relajado. Este método de la reestructuración cognitiva ha colaborado con el paciente brindándole la oportunidad de que pueda cuestionarse las ideas erróneas e irracionales que tenía sobre su mundo externo, pudiendo transformar estos esquemas centrales y así, permitirse una vida menos disfuncional al visibilizar de una forma más exacta las situaciones sociales (Heimberg, 1990).

Otro ejemplo, respecto de lo anterior, es el caso de otro paciente, quien concurre a la institución hace dos años, y se le encargó organizar una actividad para una salida de viernes a un centro cultural de un barrio porteño. La actividad que decidió hacer no fue clara y al finalizar la sesión dijo *no haberla pensado por una cuestión de evitación* lo que se vio plasmado en su indecisión al dar las consignas. Más tarde, reconoció que estaba desorientado y nervioso porque

le costaba enfrentar situaciones en donde tenga que estar dirigiendo a otras personas, poniéndose en un lugar de líder. La coordinadora, para empezar con el empleo de la técnica de reestructuración cognitiva, iniciando el juego de la conducta verbal (Froján – Parga & Calero, 2011), le pregunta por qué le sucedía esto de no tener el impulso de mandar a la gente y encabezar una propuesta, a lo que él responde que *tiene miedo de que los otros no acaten lo que dice ni obedezcan a sus pedidos porque piensa que la gente lo cree incapaz e insignificante para poder conducir un grupo*. En el espacio de reflexión, la coordinadora le hace ver que el resto de los y las pacientes cumplieron con todos los ejercicios propuestos por él y, por otro lado, consultó a las personas del grupo que pensaban sobre él, nadie contestó que lo creyera incapaz, además, acotaron que *tenía que creérsela porque eso de que es incapaz sólo estaba en su cabeza*. El paciente se muestra alegre por las palabras de sus compañeros y compañeras y termina diciendo que tenía que cambiar sus pensamientos porque eso le afecta en su vida laboral. Después de este momento de análisis y de propuestas conjuntas para modificar los pensamientos previos que lo llevaban a evitar la situación encuentro, el paciente prosiguió con más naturalidad y con una sensación de calma que el resto de las personas notó y se lo hicieron saber.

También se puede destacar el caso de la paciente que además de padecer de Ansiedad Social tiene fobia a vomitar, en una de las sesiones la coordinadora le pide que le cuente acerca de su fobia a los vómitos. Como primera instancia le solicita que le comente sobre cuáles son los Pensamientos Automáticos Negativos que la invaden al momento de subirse a un colectivo, contexto en el que, mayormente, se acrecientan las ganas de devolver la última comida. En la narración de la paciente, se pudo detectar, por medio de la observación no participante, que hay un claro mecanismo de reestructuración cognoscitiva, tal como lo formulan Fresco y Heimberg (2001), pasando por los siguientes puntos:

Relato: entro en un estado de desesperación donde, aparte de darme asco todo, me agarra como un ataque de pánico. El corazón se me acelera, empiezo a sudar, el estómago se me revuelve totalmente y voy sintiendo la comida, que aunque no haya comido nada lo siento, que se me sube por la garganta. Lo peor es que la gente me mira (primero, registro de los Pensamientos Automáticos Negativos), bueno... mi psicóloga me dijo que haga el ejercicio de concentrarme en verificar mis pensamientos y, me di cuenta que las personas no me están mirando como creía (segundo, evaluación de esas creencias distorsionadas corroborándolas con la realidad de su vida). De igual manera, nunca llego a sentarme, siempre estoy parada cerca de alguna puerta, porque me pasa que estoy peleando todo el viaje con las ganas de bajarme del bondi. Y lo que estoy haciendo últimamente es escuchar música tranquila para poder

relajarme y desviar el foco de atención para que mi ansiedad se distraiga y yo pueda seguir viajando sin inconvenientes, es lo que me recomendó mi psicóloga y me está funcionando, por suerte. Además, también tengo el pedido de que, mientras estoy en algún transporte público, tengo que comer algo. Empecé con pequeños bocados de barrita de cereal y ahora voy por el alfajor entero (sonrisa). Me está costando bastante hacer todo lo que me dicen, pero de a poco voy avanzando. A veces, quiero descender automáticamente del colectivo, pero pienso en que voy a llegar tarde al trabajo y que nunca me pasó realmente esto de vomitar, restando cuando era chiquita. También, quiero agregar que, los efectos de modificar todos mis pensamientos negativos están ayudándome bastante a cambiar mis conductas y, por supuesto, disminuir, paulatinamente, mis niveles de ansiedad (pensamientos ilógicos e insostenibles se transforman en racionales y acertados para poder disminuir las consecuencias y resultados de los pensamientos irracionales percibidos).

Otro caso, es el de una paciente, quien llegó hace dos meses a la Fundación. Es una joven de 28 años que dice tener pasión por la danza. Baila diferentes estilos, especialmente el rock y la bachata. Su terapeuta la derivó al grupo de tratamiento de Ansiedad Social porque su padecimiento radica en pasar vergüenza mientras baila en público, como le sucede en sus clases de baile. Por medio de una entrevista, contó que *su ex novio la violentaba acusándola de provocar con sus movimientos corporales, la hacía entristecer diciéndole que bailaba muy mal y que dejara de perder el tiempo*. A partir de esto, la paciente empezó a creer que, realmente, tenía una forma de bailar desagradable. Tan significativas fueron esas palabras que sentía mucha vergüenza cuando le tocaba bailar, llegaba a un punto donde se inhibía totalmente, hasta tal punto que dejó la danza. En relación a sus Pensamientos Automáticos Negativos, a la corroboración o no de éstos y a la culminación de los pensamientos racionales (Fresco y Heimberg, 2001), decía: *siento que la gente cuando me ve bailar me critica, pero porque les doy pena y porque queda mal no me dicen que soy un desastre bailando. La idea de imaginarme bailar, ya es agobiante porque implica atravesar unos instantes donde quiero desaparecer de la faz de la tierra. El sentirme observada es de terror y pensar que lo estoy haciendo mal ya pasa a ser fatal. Sin embargo, afortunadamente, mi psicóloga está ayudándome a entender que, es muy probable, que eso no suceda y todo el mambo lo tenga en mi cabeza y, para mí, es por culpa mi novio. En una salida externa que hicimos con el grupo, creo que fue mi segundo o tercer viernes de sesión grupal, al final de la misma, nos hicieron bailar en medio de un parque y de noche. El frente estaba lleno de bares repletos de gente y, sin pensarlo dos veces y anulando cualquier intento de que lleguen esas creencias invasivas y negativas, me animé. Recordé lo bien que me hacía bailar y, cuando terminé, me aplaudieron y me dijeron ¡qué bien*

te movés! Yo estaba súper feliz. De hecho, durante la pasantía se pudo participar de ese encuentro y su rostro denotaba mucha alegría. Finaliza diciendo: *desde ese momento estoy pensando en volver a las clases de baile pero, ahora, con otras ideas.*

En los ejemplos expuestos anteriormente, se confirma que el emplear la técnica de reestructuración cognitiva junto con la realización de los ejercicios de confrontación con el evento fóbico, tiene como producto final una utilización efectiva de la primera, tal como lo sugieren Rey, Derly y Hernández (2006).

5.5. La eficacia del empleo de la técnica de Exposición y de la técnica de Reestructuración Cognitiva en el grupo de tratamiento de Ansiedad Social desde la perspectiva de la coordinadora y de los y las participantes

La técnica de exposición en vivo combinada con la técnica de reestructuración cognitiva, han demostrado ser las más efectivas, en comparación con el entrenamiento en habilidades sociales y la técnica de relajación, dentro del tratamiento para el Trastorno de Ansiedad Social, tal como se ha dispuesto con los ejemplos descritos de los apartados anteriores. Tal es así que, en una entrevista, la coordinadora asegura que trabajan con estas terapias por considerar que los resultados de su implementación son los buscados y esperados. Así es como, también, Echeburrúa y Salaberría (1991), Sánchez, Rosa y Olivares (2004) y Velasco (2007) lo afirman.

La coordinadora, hace hincapié en lo fundamental que es la utilización de las técnicas trabajadas en este trabajo dentro del formato grupal, cuando, con tanta seguridad, manifiesta: *los desenlaces son diferentes si sólo se aborda el tratamiento del trastorno de una manera individual con la psicóloga. Con esto, quiero decir que si una persona quiere dejar de padecer este desorden debe realizar si o si terapia grupal, porque en el grupo uno se encuentra con personas como uno que nos van a entender mejor que nadie, lo vivieron y lo están viviendo en carne propia. Te doy un ejemplo, hace un tiempo concurría un chico de 24 años con fobia social, era bastante tímido. En la adolescencia sufría de bullying, con unos padres muy sobreprotectores, no trabaja, no estudia, no hace nada, no tiene ninguna rutina. También, tenía un círculo de amistades muy reducido, no pasaban de cuatro amigos, por lo que él nos comentó en ese momento. Su terapeuta le sugirió que empiece a venir al grupo y vino. Al principio, podía entender por qué estaba tan callado en las sesiones, era nuevo y, sumado a la ansiedad social, se podía tolerar. Pero pasaban los meses y estaba estancado. Por lo general, los chicos del grupo se arman su ronda de amigos y hasta organizan salidas por fuera del marco institucional. Sin embargo, él no se permitía realizar estos paseos. Finalmente, de un día para*

el otro, comenzó a faltar al grupo sin previo aviso. Le preguntaba qué había pasado, por mail, y no respondía. Hasta que su psicóloga me dijo que no quería venir más porque dijo que “ya no lo necesitaba” y, la verdad es que no lo podemos obligar. Yo, de vez en cuando, sigo preguntándole por él y sigue igual, no hay cambios significativos en su vida. Ahí, te das cuenta que con la medicación y la terapia psicológica individual no es suficiente. Si no te exponés con un grupo que, lo primero que hace es contenerte, difícilmente salgas de este trastorno que el único remedio que tiene es la confrontación en vivo con la situación o evento que te produce fobia. Este paciente realiza salidas esporádicas acompañado de una persona capacitada que tiene la tarea de exponerlo socialmente porque al grupo no quiere asistir. Aunque cuenta con este acompañamiento, posteriormente, se tuvo conocimiento de que los padecimientos de este joven seguían acentuados.

Otro caso, según cuenta la coordinadora, es de un joven de aproximadamente 27 años que vive con su familia y trabaja en un local de su madre y de su padre y, comenzó a asistir a la Fundación debido a que, no solamente hacía varios meses no se tomaba ni colectivos, ni subterráneos, ni trenes, sino que tenía inconvenientes para relacionarse con las personas. Inició sus sesiones en el grupo de tratamiento de la Agorafobia, que se desarrolla los días sábados, y además, se unió al grupo de Ansiedad Social, pero a este último decidió dejarlo por un tiempo. Según atestiguó el paciente a la coordinadora, el motivo fue porque sintió que las exposiciones eran muy fuertes para él y la ansiedad lo superaba. Sigue concurriendo a las sesiones de los sábados con muy buenos frutos, pero sus situaciones sociales no han mejorado para este paciente, quien dijo no sentirse preparado, todavía, para volver al grupo de los viernes por la tarde.

Estos casos reflejan que sin el empleo de la herramienta de la exposición frente a las situaciones fóbicas, no se evidenciarían avances positivos significativos en el tratamiento de ansiedad social.

Sánchez García (2003), apoyándose en un estudio que arroja resultados relacionados a la eficacia, desarrolla que ésta es mayor en el tratamiento grupal, con técnicas de exposición y reestructuración cognoscitiva, que en un formato individual ya que no han notado mejorías. Además, afirma que es efectivo usar la Terapia Cognitivo - Conductual y, su aplicación en un formato grupal es más rentable.

La siguiente justificación refiere a que estas dos intervenciones (exposición y reestructuración cognitiva) colaboran para reducir los síntomas psicopatológicos que trae aparejada la Ansiedad Social y para acrecentar los niveles de autoestima y asertividad en los individuos (Antona & García – López, 2008). Tal es así, que el caso de un paciente lo

demuestra, recordando un poco su historial, tenía intenciones de empezar una carrera universitaria pero no se sentía cómodo con la gente por su supuesta incapacidad de poder dirigirse a las personas. A través de las observaciones, se pudo rescatar su narración: *siempre fui tímido, vergonzoso, estaba encerrado en mi mundo escribiendo poemas que reflejan lo que me sucede. Tampoco era de tener muchos amigos. Sentía que no valía la pena, que no lo merecía. Encima, encontrarme con mucha gente me subía más la ansiedad. Por eso, en las primeras sesiones, sufrí bastante. Todas mis pesadillas se juntaron en la institución. Aunque, tengo que confesar que, antes de venir, me imaginaba la exposición con miles de personas que no paraban de reírse de mí. Afortunadamente, fue sólo un pensamiento desagradable. Las exposiciones que tenemos, tanto dentro como fuera de la Fundación, al ser progresivas, creo que me ayudaron un montón a reducir mis síntomas de ansiedad, desde lo físico hasta los pensamientos. Llegamos a tal extremo que estoy en primer año de arquitectura, tengo un grupo de trabajo para la realización de maquetas que, como la carrera es muy demandante, requiere que nos juntemos, mínimo, dos veces por semana. Otra cosa que me cambió, es poder ser claro y directo, pero educado, cuando alguien del grupo baja su nivel de rendimiento porque si no trabajamos al compás nos hundimos todos juntos.* Este paciente terminaba su relato explicando que si no se hacía respetar él mismo, nadie lo iba a defender más que él.

Afrontar estos encuentros con otras personas y modificar sus pensamientos distorsionados por otras creencias más adaptativas, son transformaciones que pudo lograr gracias al tratamiento grupal que trabaja con las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva. Esto es desarrollado por Taylor (1996) quien encuentra que, el efecto del tratamiento con éstas dos intervenciones, se encuentran significativamente después de los tres meses de empezar a tratarse. Como se pudo observar, este paciente después de dos años de empezar en la Fundación, tuvo cambios positivos. También, la coordinadora relató que ninguna persona fue dada de alta antes del primer trimestre de iniciada la concurrencia a la institución. Por otra parte, agregó que, mientras mayor constancia tenga el o la paciente, va a notar considerables mejorías en los diversos ámbitos de su vida. Ésto implica la asistencia a las sesiones, tanto individuales como grupales, y de práctica en la vida diaria.

En una de las entrevistas, se le consultó a la coordinadora sobre cuál creía que era la técnica más efectiva o la que maximizaba los beneficios del tratamiento cognitivo – conductual, y orientó su respuesta a que, *más allá de que el centro de atención esté puesto en la terapia de exposición, no serían posibles los efectos tan significativamente satisfactorios y notorios sin el empleo de la técnica de reestructuración cognitiva. Por lo general, van de la mano y una tiene cierta influencia en la otra.* Esto postulan Feske y Chambless (1995), el empleo de la técnica

de exposición combinada con la reestructuración cognitiva maximiza los resultados del tratamiento.

A través de la observación, se desprende que, el interés está puesto en el ejercicio de la terapia de exposición y reestructuración cognitiva, pero también se implementan otras técnicas, tales como el manejo de las habilidades sociales y la relajación. (Moreno Gil, Méndez Carrillo & Sánchez Meca, 200; Olivares et al., 2003).

Una de las sesiones propuestas por la coordinadora, consistió en llevar globos a la institución, inflarlos y seguir con la consigna que dictaría la coordinadora. Con música serena de fondo, como primer parte de la actividad, se pretendió utilizar el globo manteniendo una conexión mediante el roce. Para muchas personas fue un momento de expresión corporal y exposición, por esta razón, sólo al principio de la actividad, la coordinadora solicitó que cerraran los ojos. Al momento de la puesta en común, algunos de los sujetos plantearon que sintieron vergüenza y miedo a que se burlaran por eso se inhibieron. Al contrario, para dos de las pacientes fue sentir calma a través de la suavidad que tenía el globo, para otros participantes fue *bajar un cambio*, para otra paciente significó recordar eventos poco placenteros del pasado y verlos en el presente como simples circunstancias de las cuales había aprendido una lección y que logró dejarlas atrás y, para un paciente de 32 años, representó encontrarse con su yo interno que, en ese momento, estaba en paz. En cuanto a quienes sintieron inhibición, la coordinadora les hizo ver que no había motivo para sentirse así y que, por lo que se notó, al ejercicio lo tomaron con seriedad y no con risas. Como segunda instancia de la sesión, la coordinadora pidió que se juntaran de a dos y jugaran con el globo. En la parte de la reflexión, dijeron que estuvieron menos avergonzados, lo que se reflejó en el mayor uso que le dieron al salón.

Otra mención rescata el caso de una integrante, que en los primeros tiempos de observación de la práctica profesional, estaba buscando un trabajo pero con grandes dificultades para poder enfrentar una entrevista laboral, por lo que pidió auxilio a la coordinadora. Fue así, que la coordinadora organizó una actividad que anteriormente se describió, a puertas adentro de la Fundación, que se basaba en vender un producto para la piel mediante una llamada telefónica, es decir, ponerse en lugar de un/una telemarketer. La situación tenía que ser lo más real posible. En este role play, una persona era la vendedora y la otra la futura compradora. En este ejercicio, primero, se planteó la actividad para que la realizaran mentalmente y luego la pusieran en marcha en la sesión. Se realizó varias veces hasta que la persona logró vender el producto, pasando por momentos de silencio, decir cosas incoherentes y fantasiosas, reírse. Se pusieron en juego diferentes tipos de habilidades sociales, como la asertividad, la capacidad de

negociar evaluando problemas y buscando soluciones, la capacidad de escucha, el respeto, la credibilidad, la empatía y, principalmente, las técnicas de exposición imaginaria y en vivo y la reestructuración cognitiva.

Cabe destacar, que esta paciente, al día de hoy tiene un nuevo empleo remunerado en una prestigiosa Organización No Gubernamental, donde su labor consiste en persuadir a los peatones para que colaboren con una buena causa sobre la vida en la naturaleza, animales y vegetación.

6. Conclusiones

Considerando los objetivos planteados, podría sostenerse que han sido cumplidos en su totalidad por medio del uso y análisis del material bibliográfico y los instrumentos utilizados para recabar la información necesaria sobre la práctica profesional, que abarcan desde las entrevistas semidirigidas, las charlas surgidas durante las sesiones grupales hasta la observación no participante en la institución elegida.

En relación al primer objetivo, se pretendió desarrollar la dinámica del grupo elegido, describiendo las características fisiológicas, cognitivas, conductuales y afectivas de las personas que padecen el Trastorno de Ansiedad Social, diferenciando, de este modo, la ansiedad normal de la patológica. Por otra parte, se relató, cómo esta alteración influye marcadamente en la funcionalidad del sujeto, afectando negativamente en considerables áreas de su vida, tales como el ámbito social, laboral y educativo secundario y universitario. Otro punto característico, fue el origen de este trastorno, que suele darse, mayormente, en el inicio de la adolescencia en un gran porcentaje de la población afectada o, a raíz de atravesar un evento o situación que resultó ser muy vergonzosa para la persona. Del tratamiento, se recordó la importancia de descartar enfermedades orgánicas y, también, realizar un diagnóstico diferencial para poder llevar a cabo una terapéutica acertada, desde la terapia psicológica individual, terapia con formato grupal hasta la farmacología. Adicionalmente, se explicaron los objetivos del grupo de tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social, sus características principales y el modo de desarrollo de las sesiones con sus diferentes fases: educativa, automonitoreo, reestructuración cognitiva y terapia de exposición (Heimberg, 1990), espacios: dentro y fuera de la institución y temáticas principales.

En cuanto al objetivo 2, se procuró resaltar la importancia que le otorgan Heimberg (1990) y Gelernter (1991) a la utilización, en pacientes con Trastornos de Ansiedad, de la técnica de exposición desde una perspectiva de la Terapia Cognitivo – Conductual. Esto afecta positivamente en las modificaciones de los pensamientos y de las conductas. Además, se señaló

que la combinación de sesiones individuales, para trabajar necesidades particulares, y sesiones grupales, para exponerse en mayor grado a las situaciones fóbicas, mejora el tratamiento disminuyendo significativamente los niveles de ansiedad. Por otro lado, se mencionó que la terapia de exposición trae aparejada el poder tolerar una cantidad de ansiedad y de malestar mientras dure la confrontación con el objeto fóbico o la situación temida. Finalmente, se distinguió cómo los y las pacientes responden de mejor manera frente a las exposiciones reales o en vivo y con menos resultados en las exposiciones imaginarias o no reales.

Con respecto al tercer objetivo, se pudo dar cuenta de la necesidad de una terapia limitada en el tiempo, centrada en el aquí y ahora que sea capaz de brindar al sujeto la posibilidad de cambiar sus creencias y sus actuaciones, para poder adecuarse mejor a las actividades de la vida diaria (Heimberg, 2002). En otra instancia, se demostró la envergadura de arrancar el tratamiento psicoeducando a los y las pacientes, a través del mecanismo de la reestructuración cognitiva, ya que sirve para disminuir la idea sesgada de la situación social temida que es la que provoca el incremento de los niveles de ansiedad. Además, se trabaja para que la ansiedad anticipatoria no esté tan presente en las personas que sufren de Trastornos de Ansiedad Social. Por otro lado, se describió cómo ésta técnica coopera con los individuos para que sean capaces de destruir sus pensamientos ilógicos y transformarlos en ideas racionales. Terminando el objetivo planteado, se puntualizó sobre los ítems a los que alude el mecanismo de reestructuración cognoscitiva que incluyen, el registro de los Pensamientos Automáticos Negativos antes y durante del evento temido, verificarlos objetivamente en la realidad y que acaben en pensamientos lógicos, coherentes y racionales. Por último, usar esta técnica necesita de la utilización de actividades que incluyan la exposición en vivo frente a la situación fóbica.

En referencia al objetivo 4, se marcó la repercusión del uso de la terapia de exposición en vivo y la reestructuración cognitiva, usadas ya sea de forma separada o en su conjunto, teniendo en cuenta que los cambios mayormente significativos se reflejan cuanto se utilizan de manera combinada ambas, y no solamente una de las dos (Echeburúa & Salaberría, 1991; Sánchez, Rosa & Olivares, 2004; Velasco, 2007). Hay que destacar, que siempre se habla del empleo de las técnicas mencionadas más arriba en un formato grupal, ya que los resultados de usar este encuadre, arrojan que hay un destacable aumento de mejorías cuando se trabaja en grupo, en comparación a las sesiones individuales. También, se señaló que la lista de pacientes que reciben la terapia de exposición y reestructuración cognitiva es mayor a quienes no la aceptan.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones que se presentaron para la realización del presente trabajo, en primer lugar, se podría mencionar a las personas que, durante el período de la práctica, han sido participantes del grupo. Debido a, como se ha mencionado anteriormente, que la asistencia a las sesiones grupales no es obligatoria, ha habido un par de oportunidades en que la cantidad de pacientes se redujo a dos o tres sujetos, lo que fue muy notable. Esto conlleva que la dinámica del grupo no se desarrolle como estaba pautada en un principio, porque así, la riqueza de la interacción con otra gente no se plasma en las observaciones. Una terapia grupal debería estar conformada por, más o menos, siete participante, como plantean Luterek, Eng y Heimberg (2003). Esta premisa, lamentablemente, no se llegaba a cumplir en su totalidad.

Otra limitación, se relaciona con los instrumentos no utilizados, ya que no se tenía permitido el acceso a leer las historias clínicas de la gente del grupo y, con este obstáculo no se podía realizar un estudio más preciso sobre la población estudiada, solo se tuvieron que tomar los datos aportados por las entrevistas a la coordinadora y los y las pacientes. Por otro lado, otra barrera supuso recolectar información bibliográfica sobre la labor que tenía Gabriela siendo ex paciente. Lo que llevó, a modificar el último objetivo de este trabajo que, en una primera instancia, refería al rol de la coordinadora como paciente recuperada.

Perspectiva crítica

Por otra parte, en relación a la perspectiva crítica, podría considerarse atender, más específicamente, a las particularidades y dificultades de cada paciente. Como se ha nombrado un caso, en donde la persona tenía grandes complicaciones para formar parte y desenvolverse dentro de cualquier aglomerado de gente y, finalmente, terminó abandonando la terapia grupal. Lo cual podría haber sido evitado, mediante diferentes intervenciones por parte de la coordinadora y el resto de participantes del grupo, tales como charlas grupales que abarquen la temática sobre cómo integrar al grupo a una persona que tiene dificultades sociales extremas, para así, ayudarla a favorecer la comunicación y el vínculo con sus pares, la confianza, y el poder recibir y aceptar la contención brindada por el grupo. La ausencia de este tipo de acciones, da cuenta de una falencia dentro del dispositivo que se relaciona con la propuesta y el enfoque planteados por la coordinadora. Considerando en este punto que, el grupo debería involucrarse en mayor medida con la facilitación e intercambio de información, la contención afectiva y las redes sociales, como lo ha postulado Bulacio (2003). En estos casos, sería importante la incorporación de la técnica de habilidades sociales para que los y las pacientes puedan desarrollarlas (Echeburúa & Salaberría, 1991).

Teniendo en cuenta que el ser humano es un ser social, sería necesario reflexionar acerca de las variables contextuales que forman al sujeto, y no sólo su aspecto individual. Como el núcleo familiar en la infancia (Cía, 2004), el estado civil (Czernik, Dabski, Canteros y Almirón, 2006), el nivel económico (Drentea, 2000) y educativo. Es por eso, que además se debería trabajar sobre la exposición y contacto con estos estímulos ambientales estresantes que influyen negativamente en el bienestar de las personas con ansiedad social.

Una consideración más, refiere al compromiso con el grupo de parte de sus pacientes. Desde la institución podría hacerse más énfasis y promocionar los beneficios que conlleva asistir a la terapia grupal, incluyendo el fomento del aprendizaje vicario, las técnicas de role playing, la psicoducción y la autoayuda (Bulacio, 2003; Velasco, 2007). Además, recordarles que, para que el tratamiento sea efectivo y los niveles de ansiedad en las personas disminuyan significativamente, es fundamental la presencia semanal en las sesiones grupales (Luterek, Eng & Heimberg, 2003). Para concluir, en relación a los aportes constructivos, nace la pregunta del por qué el formato grupal para el tratamiento de los diferentes Trastornos de Ansiedad no se reproduce en otros lugares del país, ya que hay un par de pacientes de provincias del sur argentino y otras que viajan más de dos horas para asistir a los encuentros semanales.

Más allá del gran trabajo y fructífero que realiza la coordinadora con el planteamiento de las actividades, resultaría muy beneficioso para los participantes del grupo, tener sesiones grupales más ordenadas y claras, siguiendo un cronograma con diferentes fases que puedan abarcar todas las necesidades grupales, tal como se realiza en un Área de Salud Mental en Madrid (Sánchez García, 2003). Y, además, contar con una psicóloga que también acompañe la dinámica grupal, para lograr tener un lineamiento más profesional, de modo que ambas se complementen para brindarles lo mejor a sus pacientes, siguiendo lo que decían Luterek, Eng y Heimberg (2003) en relación a que la terapia grupal debe contar con dos terapeutas que guíen al grupo.

Aporte personal

Uno de los aprendizajes que dejó esta práctica profesional, es comprender desde un lugar más empático y personal lo desagradable que puede llegar a ser el padecer Trastorno de Ansiedad Social o cualquier tipo de trastorno, teniendo en cuenta que ni la timidez exacerbada podría compararse con el verdadero sufrimiento que ocasiona esta patología. Teniendo en cuenta también, que previo a realizar esta pasantía se tenía un prejuicio, se pensaba que era una exageración tener Fobia Social y no se lograba dimensionar los sufrimientos que se podían llegar a sentir. Aparte, se rescató que la vida de estas personas con fobia social, realmente, se vuelve significativamente disfuncional limitándolas en transitar una vida como el resto de su

familia, amistades, pares y gente desconocida (American Psychiatric Association, 2013; Heimberg, 2002).

Otro punto de vista personal, radica en que resulta imperioso destacar todas las herramientas y la buena predisposición brindadas por la Fundación que, bajo el modelo cognitivo – conductual, logran arribar a resultados finales que condicen con la teoría propuesta. También, todas las observaciones no participantes registradas de la institución, a través de la práctica profesional, permite un crecimiento en la labor profesional como futura psicóloga.

Por otro lado, gracias a la experiencia de la pasantía, se pudo reafirmar la necesidad de un equipo de profesionales que trabajen de manera interdisciplinaria y no, solamente, multidisciplinariamente. Ya que esto influye positivamente en el tratamiento integral de la persona con ansiedad social, favorecida también, por el tipo de comunicación que nace en el gabinete.

Líneas de investigación

Finalmente, como futuras líneas de investigación, podría primero contemplarse la realización de estudios para tener conocimiento sobre si en el país existen otros grupos de tratamientos similares y acerca del rol de ex pacientes como coordinadores, pasando por el beneficio de que pacientes recuperados que ya han transitado la patología dirijan grupos de tratamientos, en comparación con profesionales universitarios de la salud que no hayan pasado por estas vivencias. Además, investigar acerca de las preferencias que tienen los y las integrantes del grupo en relación al tipo de coordinadores para sus terapias. También, es importante realizar investigaciones en relación al rol que cumple el grupo familiar dentro de la problemática, ya que este es fundamental, y en muchos de los casos los pacientes tienen tutores que son sobreprotectores, (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone & Rosenbaum, 1997). Estos estudios podrían dar cuenta de los efectos negativos que producen estos comportamientos en las personas vulneradas que integran la familia.

Otro aspecto a investigar es acerca de las herramientas de detección de la problemática con las que cuenta el sistema educativo para que los y las docentes puedan accionar solicitando la ayuda a profesionales pertinentes y evitar que la patología se acentúe con el tiempo. Considerando en este punto, que el 85% de las personas que padecen de este problema tuvieron su inicio en la adolescencia, estando en esta edad cursando la educación secundaria (Medina et al., 2003).

Por otro lado, sería interesante entender cuántos hombres y cuántas mujeres argentinas padecen de algún Trastorno de Ansiedad, en especial, la fobia social. Puesto que, no se pudieron encontrar estudios que den cuenta de la prevalencia de éstos en el territorio nacional.

Para terminar con el trabajo final integrador, se desea agregar que se debería capacitar a los y las profesionales de la salud para que realicen diagnósticos acertados cuando hay presencia de ansiedad. También, sería beneficioso impulsar campañas sobre los diferentes Trastornos de Ansiedad para que quienes no tienen conocimiento sobre estas patologías pueden comprender un poco más que se siente tener niveles exagerados de ansiedad que limitan significativamente gozar de las actividades de la vida diaria como: tener un círculo de amistades, salir con amigos o amigas a espacios públicos, interactuar con personas no familiares, poder tener una vida social, educativa y laboral activa, y, principalmente, no depender de otras personas.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: APA doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
- Antona, C. J., & García – López, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 281 – 292.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2º ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324 – 333.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. I. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* (2º ed.). New York: Basic Books.
- Benjet, C., Borges, G., Medina – Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155 – 163.
- Bellock, A., Sandín, B, & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill. Volumen II.
- Bulacio, J. M. (2004). *Estrés, Ansiedad y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C. & Rivero, M. E. (2003). *¿Por qué grupos psicoeducativos y de autoayuda en los trastornos de ansiedad?*. Recuperado el 1º de Septiembre de 2018 de http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Por_que_Grupos_Psico_educacionales_y_de_Autoayuda_en_los_Trastornos_de_Ansiedad.pdf
- Echeburúa, E. & Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 1 – 23.
- Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes*. México DF: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Cía, A. H. (2004). *Trastorno de ansiedad social: Manual diagnóstico, terapéutico y de ayuda*. Buenos Aires: Polemos.
- Clark, D. A., & Beck, A.T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclee De Brouwer.

- Cupul García, J. C. & Hinojosa Calvo, E. (2006). Ansiedad y su consecuencia. *Saber Más*. Recuperado de <https://www.sabermas.umich.mx/archivo/articulos/275-numero-32/493-ansiedad-y-su-consecuencia.html>
- Cottraux, J. (2005). Recent developments in research and treatment for social phobia (social anxiety disorder). *Current Opinion in Psychiatry*, 18(1), 51 – 54.
- Czernik, G. E; Dabski, M. F; Canteros, J, D; & Almirón, L, M (2006). Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes.
- Drentea, P. (2000). Age, Debt Anxiety. *Journal of Health and Social Behavior*. 41(4), 437 – 450
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta – analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695 – 720. doi:10.1016/s0005-7894(05)80040-1
- Froján – Parga, M. X. & Calero, E. A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología Conductual*, 19(3), 659 – 682.
- Gasull Molinera, V. (2012). Los trastornos de ansiedad. En A. Alejandro Perote, *Educación sanitaria e interrogantes en patologías para la oficina de Farmacia* (pp. 9 – 23). Madrid: International Marketing & Communication S.A.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. H., Cimboric, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E. & Bartko, J. J. (1991). Cognitive – behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 48(10), 938 – 45.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J. & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1 – 23 doi.org/10.1007/BF01173521
- Heimberg R. (2002) Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Current Status And Future Directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101 – 108.
- Lopes, F., Vorcaro, C. M. R., Uchoa, E., & Lima – Costa, M. F. (2005). Comparando estimativas de prevalência da fobia social na comunidade empregando-se a CID-10 e a DSM-III-R. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 27(3), 222 – 224 doi.org/10.1590/S1516-44462005000300011
- Luterek, J., Eng, W. & Heimberg, R. (2003). Tratamiento cognitivo – conductual del trastorno de ansiedad social: Teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563 – 581.

- McGinn, L. K. & Sanderson, W.C. (2001). What allows cognitive behavioral therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 23 – 37 doi:10.1093/clipsy.8.1.23
- Masia – Warner, C., Storch, E., Fisher, P. & Klein, R. (2003). Avances recientes y nuevas directrices en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes. *Psicología Conductual*, 11(3), 623 – 641.
- Marzucco, D. V. & Gómez, M. C. (2009). *¿No puedo dejar de preocuparme!: ¿Usted tiene TAG?*. Buenos Aires: Galerna.
- Medina – Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar – Gaxiola, S. (2003). Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1 – 16.
- Moreno Gil, P. J., Méndez Carrillo, F. X. & Sánchez Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo – conductuales para la fobia social: una revisión meta – analítica. *Psicothema*, 12(3), 346 – 352.
- Olivares, J., Rosa, A., Caballo, V., García – López, L., Orgilés, M. & López, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: Una revisión meta – analítica. *Psicología Conductual*, 11(3), 599 – 622.
- Ontiveros Sánchez de la Barquera, J. A. (2008). Estudio controlado doble – ciego con clonazepam y placebo en pacientes con trastorno de ansiedad social. *Salud Mental*, 31,(4), 299 – 306.
- Posadas Escudero, J. (2015). Trastornos de Ansiedad: Una revisión de los factores biológicos y ambientales. *Ciencias de la Salud*, 1(2), 16 – 33.
- Rey, A. C., Derly, A. A. & Hernández, R. S. (2006). Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social. *Terapia Psicológica*, 24(2), 191 – 200.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J., Snidman, N., & Reznick, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatry Research*, 25, 49 – 65.
- Sánchez García, M. (2003). Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo – conductual en pacientes con trastornos de ansiedad. *Clínica y Salud*, 14(2), 183 – 201.
- Sánchez, J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55 – 68.

- Scott, E. & Heimberg, R. (2000). Social phobia: An update of treatment. *Psychiatric Annals*, 30(11), 678 – 686.
- Stein, M. B. & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606 – 1613. [dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606)
- Taylor S. (1996) Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy Exp Psychiatry*, 27, 1 – 9 doi 10.1016/0005-7916(95)00058-5
- Téllez Lapeira, J. M., López – Torres Hidalgo, J., Boix Gras, C., Villena Ferrer, A., Párraga Martínez, I., & Morena Rayo, S. (2007). Revisión clínica del tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(2), 76 – 83.
- Torres, Y., Posada, J., Mejía, R., Bareño, J., Sierra, G. M., Montoya, L. P. & Agudelo, A. (2011 – 2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental. Secretaría de Salud Mental de Medellín. Grupo de Investigación – Universidad CES. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- Velasco, C. B. (2007). Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social. *Cuad. Neuropsicol.*, 1(2), 127 – 138.
- Zubeidat, I., Fernández Parra, A., Sierra, J. C. & Salinas, J. M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31(3), 189 – 196.