

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
Trabajo Final Integrador

El trastorno de ansiedad social y la exposición
grupal como parte del tratamiento cognitivo
conductual

Alumna: Lapitzondo, Mara Loreana

Tutora: Ramos Mejía Gabriela

Marzo 2019

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivo General.....	3
2.1. Objetivos Específicos	3
3. Marco Teórico	4
3.1. Ansiedad	4
3.1.1. Trastornos de ansiedad	4
3.2. Definición de fobia	5
3.3. Fobia social	6
3.3.1. Criterios diagnósticos	6
3.3.2. Sintomatología y causas	9
3.3.3. Tratamiento	13
3.3.3.1. Perspectiva cognitivo conductual	15
3.3.3.1.1. Exposición	17
3.3.3.1.1.1. Exposición grupal.....	18
4. Metodología.....	21
4.1. Tipo de estudio.....	21
4.2. Participantes	21
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento	22
5. Desarrollo	23
5.1. Describir los síntomas del paciente al inicio del tratamiento	23
5.2. Describir la exposición grupal realizada como parte del tratamiento para la fobia social	25
5.3. Describir los cambios producidos en la fobia social del paciente a partir de la exposición grupal como parte del tratamiento	28
6. Conclusiones.....	29
6.1. Síntesis del caso	29
6.2. Limitaciones.....	30
6.3. Perspectiva crítica	32
6.4. Aporte personal.....	32
6.5. Nuevas líneas de investigación	33
7. Referencias bibliográficas	34

1. Introducción

El presente trabajo final integrador se basó en la Práctica de Habilitación Profesional V, la cual fue realizada en una fundación constituida por profesionales de la salud mental (médicos, psicólogos, acompañantes terapéuticos) y por pacientes recuperados. Dicha institución brinda asesoramiento, sostén y orientación para pacientes o familiares que sufren trastornos de ansiedad. En la misma también se llevan a cabo trabajos de investigación sobre la fobia y la ansiedad, cursos especiales para profesionales y cursos para coordinadores, los cuáles son pacientes recuperados que colaboran con los profesionales en la asistencia y orientación de los pacientes.

La práctica constó de 280 horas que fueron distribuidas durante la semana y fines de semana. En la semana se realizaron actividades de secretaría (atención a pacientes, ordenar legajos, batería de test), salidas de exposición individual con pacientes que padecen ansiedad social y se presencié el grupo de ansiedad social. Los fines de semana se efectuaron salidas tanto cortas como largas de exposición grupal con los pacientes de agorafobia (visitas al shopping Alto Palermo, Zárate, Escobar).

El siguiente trabajo se realizó teniendo en cuenta particularmente un caso de fobia social, considerándose éste labor como una forma de presentar la influencia del grupo en el sujeto con dicha fobia y su mejoría a partir de éste.

2. Objetivo General

Describir los síntomas iniciales y exposición grupal como parte del tratamiento de un paciente de 24 años que padece Fobia Social desde una perspectiva Cognitivo-Conductual.

2.1. Objetivos Específicos

- Describir los síntomas del paciente al inicio del tratamiento.
- Describir la exposición grupal realizada como parte del tratamiento para la fobia social.
- Describir los cambios producidos en la fobia social del paciente a partir de la exposición grupal como parte del tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1. Ansiedad

3.1.1. Trastornos de ansiedad

El ser humano necesita cierto grado de ansiedad para superar las exigencias de la vida. A este grado de ansiedad se lo denomina motivación y se lo considera una ansiedad positiva, por lo tanto, necesaria y deseable. De este modo, la ansiedad ha sido definida como un estado de inquietud, agitación o angustia, a que algo, tanto real como imaginario, ocurra. Cuando esas emociones se tornan irracionales y comienzan a provocar malestar y deterioro en el rendimiento general de la persona, se la considera ansiedad patológica (Carrión & Bustamante, 2012). En la misma línea Cascardo y Resnik (2015) agregan que cuando la ansiedad corresponde a una causa suficiente, se la puede entender. Sostienen que es una reacción evolucionada ya que incluye pensamientos, comportamientos, reacciones fisiológicas y experiencias emocionales ante situaciones de conflicto que corresponden a áreas superiores de la corteza cerebral, teniendo como resultado generar conductas adecuadas para superar dicha situación y, por lo tanto, la protección y supervivencia del individuo (Cía, 2004).

En otras palabras, y coincidiendo con lo anteriormente mencionado, Gómez y Marzucco (2009) sostienen que la ansiedad normal se activa para resolver situaciones problemáticas sin lograr llegar a la desesperación, mientras que en la ansiedad patológica esa activación se daría ante cualquier estímulo banal. El sistema nervioso, entre otras tareas, posee funciones de respuesta de lucha, huida o parálisis ante situaciones amenazantes. En el caso de la ansiedad patológica, lo que se produce es una hiperactividad de éste sistema nervioso, es decir, un estado de alerta constante. Por consiguiente, dicha ansiedad, es aquella que se generaliza, adquiere gran dimensión o se convierte en respuesta rígida interfiriendo en distintas áreas de la vida del hombre (Bulacio, 2011).

Las manifestaciones de la ansiedad se pueden clasificar en cuatro niveles (físico, cognitivo, conductual y social) variando los síntomas según la predisposición biológica y/o psicológica de cada persona, experimentándose en la ansiedad normal pocos síntomas, de baja intensidad y corta duración. De esta manera, la respuesta física, hace referencia a las palpitations, opresión en el pecho, falta de aire, sudoración, cansancio, tensión y rigidez muscular, entre otras características. La respuesta cognitiva alude a la

sensación de amenaza o peligro, inquietud, ganas de huir o atacar, temor a perder el control, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones y en casos extremos, temor a la muerte, locura o suicidio. Se pueden observar además problemas de concentración, atención, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, interpretaciones inadecuadas, entre otras respuestas cognitivas. Dentro de las respuestas conductuales se encuentran la hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar e impulsividad motora. Estos síntomas se acompañan de rigidez, cambios en la voz y expresión facial de asombro, entre otros. Por último, algunas de las respuestas sociales son: la dependencia, las dificultades por un lado para seguir o iniciar una conversación, y la verborrea por otro, bloquearse o quedarse en blanco al momento de preguntar o responder (Bulacio, 2011).

Por su parte, el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) establece que los trastornos de ansiedad poseen características de ansiedad y miedo excesivo, como también conductas alteradas asociadas, y se diferencian según la situación u objeto que les provoca ansiedad, miedo o conductas evitativas y por la cognición relacionada a éstos. Por otro lado, si bien menciona además como característica la duración en el tiempo de éstos trastornos (seis meses o más), permite cierta flexibilidad teniendo en cuenta factores de contexto cultural.

Señalando la importancia de este tema, Bulacio (2011) refiere que entre un 15% y un 20% de la población, padece o padecerá en un futuro trastornos de ansiedad. Por otro lado, Carrión y Bustamante (2008) ya mencionaban que según estadísticas, aproximadamente el 28% de la población mundial podría sufrir un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida. Estos han existido siempre pero, debido a la globalización y a todo lo que ello implica, como una exigencia social cada vez más alta y el intenso contacto entre las personas, se hacen mucho más visibles en la actualidad.

3.2. Definición de fobia

Como ya se venía adelantando, la angustia es un sentimiento indispensable para la supervivencia y tiene su origen en el miedo. Cuando este miedo se transforma en exagerado o aparece anticipadamente a la aparición del objeto, ya sea por una razón hereditaria o adquirida, se convierte en fobia. La fobia es una reacción insensata, irracional y excesiva de la situación u objeto que la provoca (Carrión & Bustamante,

2008). Como resultado, la persona a partir de este miedo excesivo tiende a evitar las situaciones que le producen ese temor, pese a que reconozca que el mismo es irracional. Esto proporciona una incapacidad e interfiere con las actividades de su vida diaria (Cía, 1994). Así, la diferencia entre miedo normal y fobia, como por ejemplo, a volar, se da en que a pesar de tener miedo, la persona vuela, no evita esa situación o la evita de forma eventual, no de manera sistemática. Así mismo, la persona con miedo puede ser convencida de llevar adelante cierta situación, a diferencia de la persona con fobia (Cascardo & Resnik, 2015).

Tanto Cascardo y Resnik (2015) como Cía (1994) mencionan dos posturas en relación a la adquisición de las fobias. Una de ellas alude a la posesión ilimitada de las mismas, es decir, se puede producir una fobia con cualquier estímulo que se condicione (aprenda) y provoque una respuesta fóbica. La otra postura se basa en la teoría de la preparación para la fobia, la cual se refiere a la existencia de estímulos específicos para cada especie, preparados evolutivamente para originar ciertas fobias, por lo cual, en este sentido, las mismas son más limitadas. Estos estímulos son o fueron, en algún momento, considerados potencialmente peligrosos para el hombre. No obstante, en la actualidad, funcionarían de manera desadaptativa en la persona. Esta teoría es válida para las fobias específicas a animales pequeños, tormentas, altura, agua, gente extraña, que puedan haber influido en la supervivencia del hombre primitivo. También para la fobia a permanecer fuera de un lugar conocido o seguro (agorafobia) o a ser excluido por personas significativas (Cía, 1994).

En el apartado siguiente se profundizará en un tipo particular de fobia, la fobia social.

3.3. Fobia social

3.3.1. Criterios diagnósticos

Dentro de los trastornos de ansiedad, se haya la fobia social. Este concepto que se encuentra en el DSM IV pasa a ser sustituido en el DSM 5 por el de trastorno de ansiedad social (TAS), haciendo mención a la distinción de si remite exclusivamente a la ansiedad de ejecución (hablar o dirigirse a un grupo) (Rodríguez, Senín & Perona, 2014).

Otra de las modificaciones con respecto a la fobia social que se llevó a cabo en el DSM 5 para su diagnóstico fue la propuesta de la misma cantidad de tiempo de los síntomas tanto para los adultos como para los jóvenes. Así mismo, el DSM 5 incluye la ansiedad social exagerada relacionada a sus síntomas y/o discapacidad médica. Por otra parte, se sigue utilizando la diferenciación entre trastorno de ansiedad social generalizado y no generalizado, si bien no se especifica el punto de corte para la mayoría (Alvano, 2010).

Para Carrión y Bustamante (2012) el TAS es un miedo intenso a actuar de determinada manera y quedar expuesto en una situación vergonzosa frente a los demás, es decir, a sentirse humillado en situaciones sociales. Las personas que padecen este trastorno experimentan un gran rechazo antes de enfrentarse a la situación temida y tratarán de evitarla. Cuando logran enfrentarla, sienten gran ansiedad previa y están muy incómodos en ella, llegando incluso esas sensaciones de malestar a permanecer luego de haber enfrentado la situación temida por el hecho de sentir preocupación de haber sido juzgados por los demás o de imaginar lo que pudieron haber pensado u observado los demás de ellos.

Según el DSM 5 (APA, 2014) el miedo o la ansiedad intensa en los TAS, se debe dar en una o más situaciones sociales en las que la persona está expuesta al posible examen por parte de las otras. Este miedo o ansiedad es desproporcionada a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. Estas características no pueden ser atribuidas a los efectos fisiológicos de sustancias ni a otra afección médica ni a síntomas de otro trastorno mental. Así mismo, establece que, tanto el miedo, la ansiedad o la evitación debe estar presente un mínimo de seis meses causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas relevantes del funcionamiento.

Diferentes autores señalan la importancia de la cultura en la presentación, el reconocimiento y el diagnóstico del TAS. Esto puede ser debido a que algunas culturas lo reconozcan como condición médica y otras más como un rasgo de personalidad y por lo tanto, considerar que no necesiten intervención médica (Cía, 2004). Estudios epidemiológicos indican mayor prevalencia del TAS en sociedades occidentales que en las orientales, aunque históricamente se ha contado con más posibilidades de reconocer ese trastorno en países como Japón, Corea y Arabia Saudita (Chaleby, 1987; Kasahara, 1987, como se citó en Cía, 2010). En alusión a lo dicho, Alvano (2010) agrega que investigaciones realizadas por la OMS informan que la mayor parte de los chinos en

Shanghai que poseen los criterios para el TAS según el DSM IV-TR, no concurren a los médicos puesto que piensan que lo suyo es banal, y por lo tanto, consideran una molestia para el médico asistir por eso. También, añade que los japoneses describen como personalidad shinka shitsu a la timidez excesiva en situaciones sociales, por lo que no se la tiene en cuenta como una condición médica aunque se utiliza una terapia centrada en exposición social progresiva llamada terapia Morita. Los japoneses suelen evitar mirar fijo, ya que lo consideran una manera de incomodar al otro, y evitan también, cualquier situación que los haga ruborizar (Alvano, 2010). A pesar de ello, Cía (2004) sostiene que el TAS se encuentra en casi todas las culturas que han sido estudiadas y estas sólo pueden provocar, o no, su expresión sintomática, modificar su interpretación y así, su prevalencia. Sumado a eso, entre las personas que padecen fobia social, puede haber además diferencias individuales en relación a las situaciones temidas, a las reacciones que muestran, a las creencias que mantienen y al grado en que evitan lo temido (Bados, 2005).

No obstante, la mayoría de los autores dividen el TAS en ansiedad social generalizada y no generalizada, integrando la primera diferentes situaciones sociales y la segunda haciendo hincapié o focalizándose en una o dos situaciones, por ejemplo, dificultad para hablar en público (Cascardo & Resnik, 2015). Si bien el TAS generalizado posee características como, por ejemplo, su comienzo más temprano y persistente, mayor antecedentes familiares y comorbilidad que podrían llevar a un peor pronóstico en la vida del sujeto, muchas veces, un TAS no generalizado pero severo puede provocar mayor invalidez que sujetos con TAS generalizado leve (Alvano, 2010). En contraste, Beidel y Townsley (1992, como se citó en Cía, 2004), dividen el TAS en situaciones temidas relacionadas con la ejecución o desempeño (comer en público o escribir delante de la gente) y, por otro lado, en las situaciones de interacción social, como por ejemplo, conocer gente nueva.

Más allá de estas diferencias, para diagnosticar TAS como se mencionó anteriormente, se debe tener en cuenta que la persona evite o resista el enfrentar las situaciones sociales temidas y que dicho suceso le lleve a una declinación en cualquier ámbito de su existencia aislándola de los compromisos y encuentros sociales limitando su desempeño en general. De lo dicho, se desprende que ese temor debe ser intenso, excesivo o irracional. Así, frente a una situación temida, el fóbico social experimenta una ansiedad notable y puede permanecer paralizado o tratar de escapar de la misma y su ansiedad aumentará si se lo obliga a permanecer en ella, logrando evidenciarla a

través de la sudoración en manos, rostro y rubor, entre otros síntomas. Estos síntomas, a su vez, aumentan la ansiedad y la tendencia a huir (Cía, 2004).

El TAS suele iniciarse en la niñez o en la adolescencia. Según estudios estadísticos norteamericanos, 13 de cada 100 personas poseen este trastorno, siendo más del 50% hombres. Menos del 1% se encuentra en tratamiento. La cantidad de personas en tratamiento es menor en Argentina, mostrando además estos estudios, que 7 de cada 10 fóbicos sociales cometen abuso de alcohol (Carrión & Bustamante, 2008). En un trabajo realizado en la ciudad de Medellín entre los años 2011 y 2012 se llevó adelante un estudio comparativo con personas con y sin fobia social donde se encontró una prevalencia de vida y anual para abuso y dependencia de alcohol en quienes poseían fobia social con respecto a las personas que carecían de ella (Peña-Salas, Bareño, Berbesi Fernández & Gaviria, 2014).

3.3.2. Sintomatología y causas

El TAS es apartado de las fobias específicas puesto que posee características propias particulares y muy pronunciadas, las cuales fueron brevemente mencionadas en el apartado anterior. Los síntomas somáticos de ansiedad se producen en la mayoría de los afectados, aunque no en todos (Cía, 2004). Entre las situaciones más frecuentes de ansiedad en las personas con TAS se encuentra el mirar a los ojos a personas desconocidas, iniciar o mantener conversaciones, expresar desacuerdos, asistir a reuniones sociales, citarse con alguien, ser el centro de atención, intentar una conquista amorosa y hablar delante de una clase o audiencia (Cascardo & Resnik, 2015).

Bados (2005) indica varios sistemas de respuesta que se producen en la fobia social: el sistema somático y autónomo, el sistema cognitivo y el sistema conductual. Dentro del sistema somático, la boca seca, las contracciones nerviosas y el rubor son acciones más usuales en los fóbicos sociales que en el resto de las fobias. Las respuestas corporales más comunes en los TAS son: taquicardia, temblor en la voz y en las manos, sudoración, cefalea, sonrojamiento, tensión muscular y náuseas. En el sistema cognitivo se presentan dificultades tanto para la concentración como para encontrar palabras y recordar lo importante.

La persona suele centrarse en los propios errores y en las cogniciones y emociones negativas. También se distinguen temores básicos, como por ejemplo, miedo

a no saber comportarse de una manera adecuada, temor a la crítica y a la evaluación negativa, asociados generalmente a normas elevadas de comportamiento. Estas normas de comportamiento parecen relacionarse con el perfeccionismo socialmente prescripto (normas fundadas en las expectativas que se piensa tienen los demás) y no con el perfeccionismo personal. A su vez, estos temores se evidencian en pensamientos negativos frecuentes, los cuales obstaculizan la interacción, como por ejemplo: yo no valgo para esto o lo he hecho fatal, entre muchos otros. Estos pensamientos negativos revelan errores cognitivos característicos de los fóbicos sociales, como atribuir el fracaso a factores internos (Bados, 2005).

Todo lo mencionado demuestra la existencia de supuestos cognitivos, como por ejemplo los que se mencionan a continuación: no debo complacer a los demás siempre, si no le gusto a alguien es que algo malo pasa conmigo (Bados, 2005).

Es importante aclarar que no todos los fóbicos sociales presentan creencias negativas sobre sí mismos. Con respecto al sistema conductual Bados (2001a como se citó en Bados, 2005) hace referencia a que lo que se evita muchas veces es participar en las situaciones sociales, no las situaciones sociales en sí. Se evita ser el centro de atención o expresar síntomas tímidos.

Por otro lado, varios autores diferencian entre timidez y TAS. Cía (2004) refiere que ambas se diferencian en el grado de discapacidad que producen los síntomas. Cascardo y Resnik, (2015) mencionan a la timidez como un modo de ser, es decir, un rasgo de la personalidad. El tímido, en comparación a las personas con TAS desarrolla una vida normal, no evita constantemente situaciones aunque le cueste más que a otras personas afrontarlas.

Carrión y Bustamante (2008) agregan que la timidez se puede controlar y además, esta ayuda en el aprendizaje de la socialización. Las personas tímidas se pueden sentir incómodas en compañía de otras, pero eso no significa que puedan llegar a experimentar ansiedad extrema. Por su parte, las personas con TAS no tienen por qué se tímidas necesariamente, pueden sentirse a gusto con el resto de las personas pero vivir una ansiedad intensa en determinada situación como por ejemplo, dar un discurso.

En todas las fobias se debe tener en cuenta la posibilidad de una personalidad premórbida anormal, ya que de confirmarse esta, sería el fundamento del comportamiento actual, y por lo tanto, el tratamiento y su mejoría sería más difícil. Para ello, se debe interrogar a la persona en cuestión y a su familia por el surgimiento de los síntomas. Si fueron padecidos toda su vida, se estaría frente a un trastorno de la

personalidad premórbida. De esta manera, si el paciente ha sido siempre tímido con dificultades para expresarse, se podría suponer que padece una personalidad evitativa (Cía, 1994).

Continuando con las causas de la fobia social, Cascardo y Resnik (2015) sostienen que aprendemos la mayor parte de los miedos a través del condicionamiento. Cuando sufrimos una experiencia negativa, el estímulo de esa experiencia es relacionado con el dolor, se condiciona un estímulo con una respuesta determinada, mientras que Bulacio (2011) considera que el TAS es el resultado de la unión de varios factores, como la predisposición genética o adquirida, biológico, el temperamento, la personalidad, los aprendizajes, las creencias, los desencadenantes, la situación actual y el apoyo social percibido del sujeto.

Por otra parte, Carrión y Bustamante (2008) hacen principal hincapié en los genes. Afirman que para que exista fobia social tiene que haber una predisposición genética. Los TAS son enfermedades vinculadas con la estructura biológica, por lo que para que estos hagan su aparición deben estar determinados por factores hereditarios.

Sólo las personas que tienen un factor determinante para el trastorno de ansiedad pueden desarrollar dicha enfermedad a raíz de situaciones que puedan funcionar como desencadenantes. El simple hecho de sufrir una situación traumática no provoca la enfermedad si la persona no tiene la predisposición genética para esta. Luego, una vez puesto en marcha el programa genético por el hecho desencadenante, ya sea importante o trivial, la enfermedad se iniciará manteniendo y reforzando los síntomas negativos (Carrión & Bustamante, 2008). Bados (2005) indica que los seres humanos son susceptibles a la desaprobación social y a la crítica, y en concordancia con los autores anteriores sostiene que para que la fobia social ocurra, se requiere de la interacción entre factores biológicos y psicológicos. Entre los primeros se encuentran: mayor capacidad innata en reconocer la amenaza social y responder sumisamente a esta, dicha respuesta sumisa tendría la importancia de evitar conflictos con miembros dominantes del grupo y preservar así al sujeto dentro de este para su resguardo. Otro factor biológico es el bajo umbral de activación fisiológica y el retardo en la reducción de la activación, los cuales pueden ser transferidos genéticamente y dificultar la habituación a situaciones temidas o nuevas, llevando esto a la evitación de situaciones sociales. Además, el aumento de la activación fisiológica facilitaría el condicionamiento del miedo.

En relación a los factores experienciales, estos pueden interactuar solos o en combinación con una susceptibilidad biológica preexistente para producir la fobia

social. Entre ellos se nombran: padres sobreprotectores, hiper controladores, muy exigentes y poco o nada afectuosos, además de falta de experiencia social y habilidades sociales del individuo. También se menciona la observación de ansiedad social en los padres, cambio de circunstancias como laborales, familiares, escolares o de residencia, ya que, por ejemplo, esta última, implica relacionarse con gente nueva, otro factor son las experiencias negativas en situaciones sociales y por último, la autoevaluación excesiva, es decir, la conciencia de sí como objeto de evaluación (Bados, 2005).

Cía (1994) manifiesta que las fobias se van adquiriendo de a poco, gradualmente a través de experiencias traumáticas repetidas y, en concordancia con la postura anterior, explica que esa adquisición se relaciona con la actitud que padres y adultos significativos transmitan acerca de la peligrosidad de ese hecho u objeto en cuestión. No solo en la adquisición influye la familia. En un estudio llevado a cabo en el año 2010 en Brasil en un centro de atención para pacientes con trastornos mentales, se pudo evidenciar a través de entrevistas semi-estructuradas que dentro de las formas de enfrentamiento utilizadas por personas con trastorno fóbico ansioso, para mejorar dicho trastorno se destaca la familia, desempeñando un rol importante en el proceso de adhesión, tratamiento y readaptación del portador del trastorno (Almeida, Silva, Espínola, Azevedo & Ferreira Filha, 2013). Sin embargo, una investigación que se realizó sobre las bases de datos de la Virtual Health Library (BVS), Scielo y PsycInfo evidenció una baja inclusión de estudios que abordan la participación familiar en el tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes y ningún estudio frente a la participación de la familia en el tratamiento de pacientes adultos (Sztamfater & Savoia, 2017).

A continuación, se expondrán algunas características generales del tratamiento para luego centrarse en la perspectiva cognitivo conductual y en la exposición grupal.

3.3.3. Tratamiento

Carrión y Bustamante (2008) aseguran que es difícil que las personas realicen un tratamiento para el TAS ya que la mayoría de quienes lo padecen piensan que es un problema de personalidad o que lo poseen como consecuencia de sufrirlo alguno de sus padres y por lo tanto, que no tiene cura. Además, estos autores consideran que la poca formación de los profesionales y de un diagnóstico adecuado, ayuda a que estos trastornos no se resuelvan.

Dicho esto, el porcentaje de hombres y mujeres que sí buscan tratamiento para la fobia social están igualados. Esto se distingue del resto de los trastornos fóbicos en los cuales existe mayor porcentaje de mujeres que de hombres para la búsqueda del mismo. Este fenómeno de la igualdad entre ambos sexos puede deberse a la presión que se da en el varón en la sociedad occidental para que cumpla con un rol más asertivo y se desarrolle con seguridad, por lo que la timidez, y en consecuencia la fobia social, sería un problema y una contradicción con el rol sexual que se espera de este, perjudicándolo más que la mujer. De esta manera se favorecería la búsqueda del tratamiento. (Bados, 2005).

Carrión y Bustamante (2012), al igual que varios autores, indican que el TAS tiene buen pronóstico, inclusive llegando a desaparecer en pocas semanas si se utiliza la terapia cognitiva comportamental (TCC) grupal junto con la medicación correcta adecuada. En una investigación en la cual se realizó una revisión de estudios clínicos publicados en cinco bases de datos entre los años 2000 y 2013 sobre la terapia combinada (TC), es decir, la combinación del tratamiento psicológico con el farmacológico del TAS en adultos, se pudo observar en la mayoría de esos estudios una superioridad del TC sobre la monoterapia, sea psicoterapéutica o farmacológica, que se evidenció en una mejoría general de los síntomas de ansiedad social, como por ejemplo, hablar en público. Aunque por las divergencias tanto en los tratamientos farmacológicos como en las diferentes formas de psicoterapia cognitivo conductual utilizadas, se sugiere cautela en la generalización de los datos a la práctica clínica (D'Alessandro, Garay, Rosales, Donatti, Korman & Etchevers, 2013). De igual modo, Cascardo y Resnik (2015) coinciden en que la TCC es fundamental para el TAS ya que brinda resultados favorables y ha demostrado mayor eficacia que otros tratamientos. Como uno de los tantos ejemplos de su efectividad, se puede hacer mención de un estudio que se

llevó a cabo mediante cuatro diseños de un solo sujeto y un abordaje grupal para el tratamiento del miedo a hablar en público. En él se utilizaron diferentes técnicas de la TCC como exposición, discusión de pensamientos, entrenamiento en respiración y autoinstrucciones en cinco sesiones, pudiéndose hallar resultados alentadores alegando también algunos de los sujetos experimentales que a partir de la cuarta sesión ya se sentían preparados para hablar en público, inclusive estos beneficios se pudieron constatar cinco meses después de finalizado el tratamiento (Antón Maciá & García López, 1995).

Siguiendo con Cascardó y Resnik (2015), estos declaran que en el abordaje para la fobia social primero se identifican los pensamientos disfuncionales o vinculados con el miedo a situaciones sociales, luego se los confronta con la realidad, se entrena a la persona en técnicas de relajación, se realiza además un entrenamiento en pensamiento realista/positivo, el cual se emplea antes y durante las situaciones fóbicas. Además, se llevan a cabo exposiciones progresivas a las situaciones temidas con la presencia del terapeuta, para luego realizarlas sin él. Por último, se genera un reaprendizaje de habilidades sociales. Así mismo, estos autores señalan la necesidad de administrar medicamentos si los síntomas del paciente así lo requieren para poder llevar adelante el tratamiento. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son medicamentos de primera elección para el TAS, especialmente para el TAS generalizado, por su eficacia probada y puesto que no generan acostumbamiento (Cía, 2004).

Por su lado, al igual que otros autores, Bulacio (2011) destaca el valor de la psicoeducación en el paciente. Esta provee al sujeto de nueva información la cual puede ser utilizada para la reinterpretación de sus síntomas, y de esa manera dejar de asignarle un significado catastrófico a las situaciones temidas, reduciendo así la ansiedad. El paciente adquiere opciones frente al modo de verse a sí mismo y a sus problemas, lo que facilitaría un cambio en su conducta. Se debe adaptar la psicoeducación al nivel sociocultural del paciente, como también a su personalidad y patología.

3.3.3.1. Perspectiva cognitivo conductual

La TCC fue creada por Beck a comienzos de los años 70 como un tratamiento breve y estructurado focalizado en el presente con el fin de solucionar problemas actuales y modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 2000).

Esta terapia se basa en la conceptualización cognitiva de la psicopatología y del proceso terapéutico de cambio (Beck & Clark, 2010). El modelo determina que las perturbaciones psicológicas poseen como base una distorsión del pensamiento que se refleja tanto en el estado de ánimo como en la conducta del sujeto. Una evaluación adecuada, junto con la modificación del pensamiento, conducen a la mejoría de esos estados de ánimo y comportamientos. Dicha mejoría será permanente si se produce un cambio en las creencias disfuncionales subyacentes. Este cambio es el que busca el terapeuta con la terapia cognitiva mediante distintos recursos para conseguir luego una transformación de las emociones y comportamientos que se sostengan en el tiempo (Beck, 2000).

La terapia cognitiva para la fobia social se enfocará, por lo tanto, hacia los procesos cognitivos disfuncionales subyacentes del trastorno. Se deben identificar, en consecuencia, esos patrones cognitivos e iniciar la fase de reestructuración cognitiva. Esta consiste en la modificación de los contenidos esquemáticos asociados a la amenaza de naturaleza social y la falta de control social, teniendo en cuenta que el esquema para este modelo es la unidad básica del sistema de procesamiento de la información que guía los procesos cognitivos como la atención, memoria, lenguaje y percepción, entre otros (Beck & Clark, 2010).

Así, no son las situaciones en sí mismas las que determinan los sentimientos, sino cómo estos se interpretan. El terapeuta cognitivo se va a centrar particularmente en el pensamiento que actúa en paralelo con el pensamiento superficial. Existen varios niveles de pensamiento. Por un lado se encuentran los pensamientos automáticos, los cuales se producen de manera instantánea, son veloces y breves, por lo que se admiten como ciertos, sin cuestionarlos. Si se los somete a la reflexión, las emociones se pueden modificar. Luego se hallan las creencias, las personas a partir de su infancia desarrollan ciertas creencias en relación a lo que es el mundo, hacia otras personas y acerca de ellas mismas a través del aprendizaje por medio de sus interacciones. Estas son ideas muy profundas y no se suelen expresar ni siquiera ante uno mismo, la persona las considera

verdades absolutas e incuestionables, por ejemplo, soy incompetente. De esta manera, las situaciones pasan a interpretarse bajo estas creencias. La persona, además, orienta la selección de la información en función de dicha creencia de tal forma que termina confirmándola. Por consiguiente, la mantiene aunque esta sea errónea. Las creencias centrales configuran el nivel más profundo y más importante de creencia. Son rígidas, globales y se generalizan, mientras que los pensamientos automáticos son palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona y son específicos para cada momento, conformando el nivel más superficial de la cognición y tomándose conciencia sólo de la emoción que surge de ellos (Beck, 2000).

Entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos se ubican las creencias intermedias. Las mismas son actitudes, reglas y presunciones que no se expresan a menudo, y por consiguiente, intervienen en la forma de pensar, sentir y comportarse del individuo. Las creencias varían de acuerdo a su grado de exactitud y funcionalidad. Aquellas que son disfuncionales para el hombre se las puede desaprender, para luego aprender otras más realistas y funcionales (Beck, 2000).

Continuando con el mismo punto de vista Biglieri Rodriguez y Veteré (2011) manifiestan que no existiría una realidad objetiva, es decir, por fuera de nosotros. Esta sería una construcción puesto que los seres humanos le adjudican significado a los hechos, y pasaría a estar relacionada con el procesamiento de la información que se da en cada persona y que repercute en la formación de la cosmovisión. La afectación de este procesamiento llevaría a distintas alteraciones que se traducirían en problemas adaptativos o disfunciones. Es por ello que el terapeuta como guía y motivador, debe promover en el paciente el desarrollo del pensamiento crítico para superar dichas dificultades. Desde esta perspectiva, se considera al proceso terapéutico como un proceso de aprendizaje.

Beck (2000) resume de esta manera los pasos necesarios que deben darse en la TCC. En primer lugar se debe focalizar en los pensamientos automáticos, ya que son los conocimientos más próximos a la conciencia. El terapeuta instruye al paciente en la detección, evaluación y el posterior cambio de estos para obtener una mejoría de sus síntomas. Luego, se centra el tratamiento en las creencias intermedias y centrales (aquellos pensamientos que se encuentran en la base de las ideas disfuncionales), se los evalúa de diferentes maneras y se los modifica para lograr un cambio en las conclusiones que derivan de las percepciones de los hechos del paciente. La transformación de estas creencias profundas reduce las probabilidades de recaída.

3.3.3.1.1. Exposición

Entre las técnicas que más suelen utilizarse en el tratamiento del trastorno de ansiedad social se encuentran: la exposición directa o en vivo, la cual posee mayor eficacia comprobada, y la exposición imaginal (Carrión & Bustamante, 2012). A través de la primer técnica, se expone al paciente gradualmente a las situaciones que teme hasta que sea menos sensible a ellas o deje de ser sensible a las mismas. Dicha exposición, se puede llevar a cabo con un terapeuta o con una persona asignada por el terapeuta que acompañe al paciente a enfrentar la situación ansiógena. A través de la repetición y de las exposiciones prolongadas, el paciente aprende distintas formas de reducir la ansiedad y va logrando la desensibilización de las experiencias que le generan sintomatología (Bulacio, 2011).

Una alternativa a la exposición en vivo es la terapia de exposición mediante realidad virtual (RV) e internet. En una investigación donde se analizaron 24 estudios referidos a dichas modalidades de tratamiento para el TAS, se pudo observar la efectividad de las mismas, puesto que se evidenció una reducción de la ansiedad en los sujetos en la mayoría de estos estudios. Así mismo, una de las limitaciones encontradas en dichos estudios fue el tamaño de la muestra, puesto que fue reducido en todos ellos (García, Alcazar & Olivares, 2011)

La exposición imaginal se utiliza para situaciones muy ansiógenas. Las escenas deben incluir los elementos situacionales (descripción del contexto) y síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales asociados con el miedo, así como las consecuencias negativas temidas. Esta exposición se basa en el modelo de habituación a la ansiedad a través de la exposición prolongada (Bados López, 2006).

En la exposición, la persona afronta las situaciones u objetos que viene evitando. Distintas investigaciones aseguran que la exposición debe ser graduada, repetida y prolongada para que tenga mejores resultados. Si la tarea a realizar no provoca algún grado de ansiedad, no llevará a ningún progreso. Los afrontamientos se continúan hasta que baje la ansiedad o desaparezca. Luego, se procederá con la misma metodología con el resto de las situaciones que se encuentren ordenadas previamente en una lista que va de menor a mayor ansiedad (Cía, 1994). La exposición se puede dar en forma individual o grupal.

3.3.3.1.1.1. Exposición grupal

Los abordajes en grupo ofrecen ventajas terapéuticas que no se logran obtener en el trabajo individual. El grupo ayuda a estas personas a salir paulatinamente del aislamiento social. El tratamiento grupal supone en sí mismo, un comienzo de afrontamiento de situaciones sociales al permitir interactuar con los terapeutas y el resto de los miembros del grupo. El paciente descubre que no es el único que padece dicho trastorno y eso reduce la ansiedad. Así, el grupo funciona como un reforzador mutuo, recibiendo, apoyando y dando comprensión a personas con las mismas problemáticas. Por último, el grupo provee un aprendizaje vicario, es decir, el ver que otras personas con las mismas problemáticas van logrando afrontar con éxito determinadas situaciones puede motivar al resto del grupo para el cambio, ofreciéndole también, modelos de afrontamiento y aumentando así sus esperanzas respecto de su propia curación (Carrión & Bustamante, 2012). Dentro de la exposición grupal, las técnicas psicodramáticas, y más específicamente el aprendizaje de roles (el como si), se consideran de gran utilidad para la fobia social. Esta última se encontraría entre la exposición imaginal y la exposición real o en vivo. Se ensayan roles para trabajar las dificultades teniendo en cuenta las circunstancias en que suelen ocurrir estos problemas. Las escenas se pueden repetir y así mejorar para ofrecer distintas alternativas a una determinada situación. Además, se pueden registrar en videos para otorgar una mejor visión de estas (Cía, 1994)

En la TCC grupal, la adaptación al grupo es ya una situación de exposición (Cía, 2004). En relación a esto, Bion (1997) ya se refería al buen espíritu de grupo el cual posee como características un propósito común donde se valora a cada integrante por su contribución al grupo y donde se produce un cambio cualitativo, es decir, se establecen relaciones interpersonales. Cía (2004) declara que en este, además, se realizan simulaciones de situaciones relevantes para cada sujeto. El grupo provee de una audiencia y protagonistas durante las intervenciones que pueden incluir simulaciones de discursos, de comer en un restaurante, entre otras. En la medida que el grupo continúa, estas prácticas de exposición se expanden. Así, ayudan al paciente a obtener mayor competencia en distintas situaciones sociales. El grupo se conforma de cinco a ocho personas, con una duración de 2 horas y media, y cada paciente debe experimentar

distintas situaciones en dicho tratamiento. El tiempo del tratamiento no debe ser menor a un año.

Las exposiciones en el contexto grupal, es decir, las escenificaciones o dramatizaciones, tienen la característica de ser menos evitables que las situaciones de la vida real por parte del paciente y, de esta manera, preparan a la persona para la exposición en vivo. Estas dramatizaciones deben contemplar las características de una situación real, por ejemplo, la cantidad de luz. Se necesita tener presente estas características puesto que el paciente con TAS es muy sensible a ellas (Cía, 2004).

La TCC utiliza la reestructuración cognitiva junto con la exposición en la terapia de grupo para pacientes con TAS. Dicha exposición se considera esencial y generalmente se lleva a cabo, como se dijo anteriormente, dramatizando roles. Así, la participación en el grupo conlleva a incrementar las exposiciones a estímulos fóbicos, lo cual propiciaría la habituación y como resultado de esta, la disminución de la ansiedad social (Camilli & Rodríguez, 2008). En relación a los efectos que el grupo genera en el paciente, Yalom (2000), explica que el cambio terapéutico se da a través de lo que él llama factores curativos. Con esto, alude a una reciprocidad de experiencias humanas que se dan en dichos grupos. Entre ellas nombra la esperanza y el altruismo. La primera es fundamental en toda psicoterapia y está asociada a la eficacia del tratamiento, es decir, a la cura. Por lo tanto, los terapeutas de grupo deben incrementar y fomentar dicha creencia en la terapia informando las características positivas de esta. Igualmente, deben creer en sí mismos y en la competencia del grupo. En cuanto al altruismo, refiere que el grupo promueve el sentirse útil y necesario, ya que permite ayudar a otros y eso favorecería la recuperación del paciente. Robertazzi (2004) concibe la psicoterapia grupal como un incentivo para estar en contacto con otros y un espacio para expresar emociones y para las alternativas cognitivas.

De igual modo, Bados (2011) hace hincapié en los grupos y en las exposiciones que se dan en ellos, describiendo que estos facilitan la exposición en vivo del tratamiento, ya sea por reforzamiento social o presión o modelado de afrontamiento. Inclusive, afirma que el grupo puede llegar a influir más en el paciente que el terapeuta, entre otras cosas, porque puede fomentar una competitividad sana entre los compañeros para la realización de actividades más complejas. Sumado a esto, el tratamiento grupal integra más pacientes que la modalidad individual y a un menor costo. Por otro lado, se corre el riesgo que el paciente se desmotive al comparar sus progresos con los de los otros integrantes del grupo.

Bados (2011), también cita a la exposición simulada o ensayo conductual postulando que a través de esta, el terapeuta logra tener más control de lo que ocurre durante la exposición en los pacientes. En general, las situaciones se simulan, pero en otras situaciones son reales, aunque artificiales. Por ejemplo: pedirles favores al resto de los integrantes del grupo u opinar sobre algo.

La exposición simulada en grupo permite un acercamiento mayor a la realidad que la exposición individual, ya que participan todos. Es importante como ya se formuló anteriormente, la grabación en video de algunas de estas exposiciones, ya que al observarlas contribuyen en la modificación generalmente distorsionada de la imagen que el paciente tiene de si mismo, lo que llevaría a un descenso de su ansiedad. Por otro lado, sucede a veces, que los pacientes no informan ansiedad en las exposiciones simuladas y esto debe tenerse en cuenta, ya que podría estar denotando la falta del estímulo ansiógeno en la exposición o que no se lo está destacando lo suficiente. También, puede significar que no se estén representando apropiadamente los papeles en el grupo. Otra posibilidad es que el paciente no crea en el tratamiento y por lo tanto, no se involucre en este. Por último, se puede deber a que las exposiciones sean muy ansiógenas, y en consecuencia, la persona realice evitación cognitiva (Bados 2011).

Retomando la exposición en vivo, esta utilizada sola es insuficiente, ya que no logra reducir la ansiedad de los pacientes que poseen distorsiones cognitivas graves, observándose, por otra parte, efectos positivos en la conducta de evitación, ansiedad subjetiva y activación fisiológica (Bados, 2005). En una investigación donde se buscó conocer la eficacia de la exposición y reestructuración cognitiva en forma conjunta en grupos de pacientes con fobia social, en comparación con otras dos modalidades: solo exposición seguidas de sesiones de reestructuración cognitiva y sesiones de reestructuración cognitiva seguida de exposición, se pudo evidenciar que no existen diferencias significativas entre las tres, mostrando estas un beneficio global en la remisión de los síntomas psicopatológicos de la fobia social y un aumento de la autoestima. Lo interesante en este estudio es que logra descubrir que la eficacia de los tres tratamientos grupales está relacionada con un componente común implícito en ellos que es la exposición al terapeuta y demás miembros del grupo, considerando que en un tratamiento de exposición de formato grupal existen apreciaciones o consideraciones sobre las situaciones sociales o instrucciones que cumplir que facilitan una percepción más adaptativas de las mismas (Antona & García López, 2008). Dicho esto, como primera exposición en el grupo, se presentan los pacientes o cada miembro puede dar a

conocer a otro si habló con el previamente. En el segundo encuentro, se revisan las tareas de exposición que se llevaron a cabo fuera de la sesión de grupo, y se elige una actividad para la exposición simulada, luego se la examina y se repite en caso de ser necesario. En las siguientes sesiones, como se aclaró otras veces, se puede incluir la grabación en video en dichas exposiciones. Se recomienda que los pacientes se sienten en lugares diferentes en cada sesión para que pueda producirse interacción con distintos integrantes del grupo, y que los ejercicios de las sesiones empiecen en orden aleatorio, para evitar así la predicción de los pacientes en relación a cuándo les tocará intervenir. Se estima importante invitar a participar a personas externas al grupo para que la situación se asemeje más a la realidad (Bados, 2005).

Para que se puedan llevar adelante las exposiciones de forma favorable en los grupos, los integrantes deben tratar de asistir a las mismas, ser puntuales y participar en ellas. No es recomendable integrar en este tipo de tratamiento a pacientes agresivos, paranoides, narcisistas, con depresión grave, con trastorno límite de la personalidad o abuso de alcohol y/o tranquilizantes, puesto que pueden perjudicar el avance del grupo, y por otro lado, no se van a beneficiar de este. El terapeuta deberá ser cordial, entender y saber situarse en el lugar del otro, pero a la vez firme sin ser autoritario (Bados, 2005).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El estudio que se llevó a cabo es un estudio descriptivo, de caso.

4.2. Participantes

Se trabajó con un paciente de 24 años de sexo masculino con diagnóstico de trastorno de ansiedad social. En el 2012 llegó a Buenos Aires para estudiar la carrera de Historia, la cual abandonó debido a que no se pudo integrar. Se anotó en un curso de gastronomía y en cursos de idiomas sin poder finalizarlos por el mismo motivo. Vive con dos hermanas, una mayor y otra menor que él. Se acerca a la institución por recomendación de un psiquiatra amigo de su padre, comenzando a asistir a la misma en marzo del 2017

realizando tratamiento psiquiátrico con prescripción de IRSS, psicológico cognitivo conductual, exposiciones individuales y acudiendo al grupo de trastorno de ansiedad social. Se recurrió también a la psicóloga del paciente, María de 40 años, especialista en el área cognitivo conductual de trastornos de ansiedad y personalidad, la cual se encuentra trabajando en la institución desde el año 2002. Por último, se tuvo en cuenta la coordinadora del grupo de fobia social, Susana de 50 años, quien es una paciente recuperada y se encuentra trabajando en la fundación hace 16 años.

4.3. Instrumentos

- Historia clínica del paciente donde figuran las observaciones realizadas, diagnóstico y síntomas
- Observaciones participantes del grupo de trastornos de ansiedad social del cual participa el paciente
- Entrevista semi-estructurada con el paciente en la cual se indagó sobre sus síntomas iniciales, tratamiento y los cambios percibidos a partir de este último
- Entrevista semi-estructurada con la psicóloga donde se intentó obtener información acerca de los síntomas iniciales, tratamiento y los cambios percibidos del paciente
- Entrevista semi-estructurada con la coordinadora del grupo de fobia social debido a la cual se recabó información sobre los síntomas iniciales, tratamiento y los cambios percibidos del paciente

4.4. Procedimiento

La observación participante del paciente en el grupo de fobia social se llevó a cabo los días viernes durante 3 horas por un período de 4 meses. A su vez se realizaron entrevistas semi-estructuradas tanto al paciente como a la psicóloga y la coordinadora del grupo de fobia social con una duración de aproximadamente 30 minutos. Todas las

entrevistas fueron efectuadas en la institución con la presencia únicamente de la persona a la que se entrevistaba. Se procedió además a la observación de la historia clínica.

5. Desarrollo

5.1. Describir los síntomas del paciente al inicio del tratamiento

En relación a los síntomas del paciente al inicio del tratamiento, la terapeuta relató en la entrevista que este presentaba baja confianza en sí mismo, evitaba asistir a eventos sociales, mostraba temor a realizar una conquista sexual, presentaba palpitaciones al momento de hablar con gente nueva, enrojecimiento, temblor en las manos, falta de habilidades sociales, falta de grupo de pertenencia o referencia, dudas al no saber qué querer estudiar “empezaba cursos y los dejaba”, no lograba integrarse y además mostraba timidez y desconfianza. Muchos de estos síntomas coinciden con los mencionados para el diagnóstico de TAS en el DSM 5 (APA, 2014), como por ejemplo, el miedo o ansiedad desproporcionada a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. Además, hacen referencia a las manifestaciones físicas, conductuales y cognitivas de dicha ansiedad social, como por ejemplo, el enrojecimiento, la evitación a dichos eventos sociales y las dudas mencionadas en este caso (Bulacio, 2011).

El hecho de empezar cursos y dejarlos se lo puede relacionar con la evitación del contacto social, característica importante del TAS que progresivamente comienza a aislar a la persona de distintas áreas de su vida, limitando su desempeño y calidad de vida (Cía, 2004), esto último se manifiesta además en la falta de grupos de pertenencia y en la falta de habilidades sociales.

Dichos síntomas concuerdan con los de la historia clínica, si bien esta no se pudo ver en forma completa. A su vez, la coordinadora del grupo mencionó que el paciente “no podía ni salir de la casa”, le costaba expresarse en el grupo y no hablaba con sus compañeros. Estas situaciones constituyen una de las más frecuentes de ansiedad en las personas con TAS y pueden tener que ver con iniciar o mantener conversaciones, expresar desacuerdos y ser el centro de atención (Cascardo & Resnik, 2015). Todo esto se encuentra asociado al miedo intenso a actuar de determinada manera y quedar expuesto a una situación vergonzosa frente al resto de las personas (Carrión &

Bustamante, 2012), lo que estaría relacionado a normas elevadas de comportamiento fundadas en expectativas que se piensa tienen los demás (Bados, 2005).

Según lo informado por el paciente, le costaba hablar en público, al hacerlo sentía opresión en el pecho y a veces “me quedaba en blanco”, lo cual constituye uno de los síntomas cognitivos del TAS (Bados, 2005), se le hacía difícil integrarse “sentía muchos nervios y angustia” y terminó abandonando la facultad ya que, según él, se sentía sin rumbo y no sabía qué hacer. Esto último denota las inquietudes, incertidumbres y dificultades para tomar decisiones, las cuales son respuestas cognitivas de la ansiedad (Bulacio, 2011). Él comenta que los síntomas empezaron a sucederle luego de terminar el secundario en el año 2012, año en el que se mudó de Santa Cruz a Buenos Aires. Esto podría constituir un factor desencadenante del TAS ya que, para que este ocurra, se necesita de la interacción entre factores biológicos y experienciales como por ejemplo el cambio de circunstancias laborales, familiares, escolares o de residencia, entre otros (Bados, 2005). Todo esto le terminó ocasionando conflictos con sus hermanas ya que él vive con ellas y el hecho de aislarse cada vez más de situaciones sociales y pasar más tiempo en su casa sin hacer nada le generaba discusiones y “roces” con ellas, causándole de esta forma un deterioro en una parte del área familiar, lo cual conforma uno de los criterios diagnósticos para el TAS según el DSM 5 (APA, 2014)

Estos síntomas mencionados por el propio paciente, la psicóloga y la coordinadora del grupo fueron observados por la pasante sólo en parte, puesto que el paciente se encontraba en remisión al momento en que la misma realizó la observación. Los síntomas que la pasante pudo observar fueron: temblor en las manos y algunas evitaciones a situaciones de mucha exposición como por ejemplo, acudir a una presentación de obras de artistas en una universidad para luego interrogar a los mismos sobre estas. Además el paciente expresó dentro del grupo: “me tienen que decir las cosas para que las haga” denotando cierta dependencia y sumisión, siendo estas otras de las características del TAS (Bulacio, 2011).

Por último, el temor a la conquista sexual, otro de los síntomas mencionado por la psicóloga en la entrevista, se pudo evidenciar cuando el paciente declara en el grupo que no tiene novia porque si alguien estuviese con él sería por interés, mostrando de esta forma una baja autoestima, expectativas negativas y pensamientos distorsionados (Bulacio, 2011), los cuales llevarían al temor y en consecuencia a la evitación de dicha conquista.

5.2. Describir la exposición grupal realizada como parte del tratamiento para la fobia social

En relación a la exposición grupal como parte del tratamiento para la fobia social se han observado en el grupo básicamente dos modalidades de trabajo: las técnicas de exposición en vivo y la exposición simulada o técnicas psicodramáticas (el como si), siendo la primera la que se asocia con una mayor eficacia en dicho trastorno (Carrión & Bustamante, 2012) y con un predominio de la última. De las exposiciones que se mencionan a continuación, se pudo advertir que el paciente en cuestión realizó sólo las exposiciones de tipo simuladas. Como ejemplo de la primera, se pueden señalar el hecho de asistir a un bar en grupo y ordenar algo para tomar, interactuando entre los miembros de ese grupo y la persona que atiende. En esa salida uno de los pacientes debía sacar un tema de conversación, luego el resto de los pacientes debían preguntarle sobre ese tema tratando de mantener la atención y una conversación fluida. Se puede mostrar de esta manera la contribución que hace cada integrante al grupo para poder producir un cambio cualitativo en este (Bion, 1997). Otro ejemplo de exposición en vivo fue asistir a cursos de talleres en una facultad llevándose a cabo interacciones con los profesores y compañeros de los talleres y también asistir a exhibiciones de obras de artistas en las cuales se debía interrogar a los mismos sobre sus obras, iniciándose así conversaciones con ellos.

Otra exposición en vivo que se pudo observar, y se efectuó a su vez con la participación de la pasante, fue presentarse en el Paseo la plaza y repartir entradas a las personas que pasaban por el lugar para una función musical que se iba a llevar adelante esa noche por uno de los pacientes recuperados. Los pacientes, además, debían comentarles brevemente a las personas de qué se trataba la función. Luego, dentro del salón donde se iba a realizar la misma, cada uno debía llevar a cabo una actividad específica como por ejemplo, presentar a la banda musical, ser el iluminador del lugar, filmar y así con el resto de las actividades. Estas exposiciones duraban aproximadamente 3 horas o más e implicaban cierto grado de ansiedad, lo cual se vincula con generar mejores resultados y progreso en los pacientes (Cía, 1994). El hecho de que la coordinadora del grupo haya incluido a la pasante a realizar dichas exposiciones se lo podría asociar con el concepto de aprendizaje vicario. Si bien la

pasante no es un paciente en recuperación, podría funcionar como un modelo de afrontamiento en dicha situación (Carrión & Bustamante, 2012).

En otra exposición se acudió a un desfile de mujeres en una facultad de diseño en el cual en cada pasada los pacientes debían aplaudir y gritar palabras como ¡bravo!, ¡vamos!. Este tipo de exposición se podría ligar en relación a los hombres con poder perder la timidez al sexo opuesto, y en ese sentido se lo vincularía con el concepto de habituación al mismo, reduciendo la ansiedad y llevando este a un rol más asertivo en relación al sexo femenino (Bados, 2005).

Para los casos de exposición simulada se realizaron imitaciones de personas extrovertidas, donde cada paciente actuaba lo que para él era una persona con esas características. Se puede pensar esto como una actividad para una evaluación adecuada del pensamiento y su posterior modificación para la mejoría de su comportamiento y estado de ánimo (Beck, 2000). También se llevaban a sesión videos musicales como por ejemplo de Ricky Martin y Thalía y se imitaban sus movimientos con la consigna de recorrer todo el espacio de la sala. Esto se relaciona con el hecho de llevar adelante exposiciones progresivas a situaciones de mucha ansiedad o temor, primeramente con la presencia del terapeuta o persona asignada por este hasta que sea menos sensible a las mismas para poder luego realizarlas sin él (Bulacio, 2011).

Además, se pueden mencionar exposiciones simuladas de conflictos de la vida diaria, como por ejemplo, el paciente debía interpretar a un pasajero el cual tenía que disentir con el conductor de un taxi, interpretado a su vez por otro paciente, sobre el camino a elegir para llegar a un destino. Estas escenificaciones coinciden con las circunstancias en que suelen ocurrir las dificultades de los pacientes y, para estas, se tuvo en cuenta las características de la situación real, ya que el paciente con TAS es muy sensible a ellas (Cía, 2004), pudiéndose repetir si hacía falta. Por ejemplo, se utilizaron dos sillas, una detrás de la otra como representación del taxi donde un paciente se sentaba delante y el otro detrás. Esto llevaría a un aprendizaje de habilidades sociales adquiriendo el paciente distintas opciones de verse frente a esa conducta, lo cual favorecería el cambio en la misma (Bulacio, 2011; Cía, 1994). Esta característica se pudo observar también cuando se festejó el cumpleaños de uno de los pacientes en la sesión. En la misma se preparó una chocotorta en el momento y se pasó música. Los pacientes se dividieron las tareas donde algunos llevaron algo dulce para comer y otros algo salado, se bajó la luz de la sala, se agregaron algunas luces de colores y se corrieron las sillas, es decir, se acondicionó el lugar denotando así una situación real

pero artificial (Bados, 2011), simulando ser un salón de fiesta de cumpleaños lo más parecido a la realidad. En estas exposiciones en grupo simuladas participaron todos los pacientes, inclusive la coordinadora y la pasante, permitiendo así una colaboración entre todos, lo cual se puede asociar con el concepto de altruismo (Yalom, 2000), lo que favorecería la recuperación del paciente. A su vez, esto permitiría un mayor acercamiento a la realidad en comparación con la exposición individual (Bados, 2011). Se grabaron algunas escenificaciones imitando, por ejemplo, los videos musicales de los cantantes nombrados anteriormente para luego mostrárselas a los pacientes, tanto a los que las actuaron como a los que hicieron de público, y preguntarles cómo se vieron y cómo los vieron los demás. Esto se podría relacionar con la modificación distorsionada de la imagen que el paciente tiene de sí mismo (Bados, 2011), la cual se la confronta con la realidad u otras visiones (Cascardo & Resnik, 2015) y de esa manera, a través del aprendizaje por medio de sus interacciones, se desaprenden aquellas creencias disfuncionales para luego aprender otras más realistas y funcionales (Beck, 2000). Estas modalidades de trabajo coinciden con lo referido en la entrevista por la coordinadora ya que, si bien no mencionó muchos detalles, la misma relató que en el grupo de daban actividades que implicaban exposición a los pacientes y se los motivaba. Esto último se pudo observar en el grupo, puesto que siempre se estaban generando distintos tipos de actividades. Así mismo, se le asignaba a un paciente por sesión que pensara uno o más ejercicios para que realizara el grupo durante el próximo encuentro. Se registraba en las sesiones un ida y vuelta entre los pacientes con el resto de los compañeros y con la coordinadora, estableciéndose relaciones interpersonales (Bion, 1997). Esto podría estar vinculado con el hecho de que el paciente percibe que no es el único que padece ese trastorno y de esa forma el grupo funcionaría como una contención para él, asociándose esto con la reducción de ansiedad (Carrión & Bustamante, 2012).

Otra situación que se pudo advertir fue que los pacientes no siempre se sentaban en el mismo lugar y, cuando lo hacían, la coordinadora les pedía que se cambiaran a otro, siendo esto una manera de fomentar la interacción con todos los miembros del grupo. Así mismo, en una oportunidad, se presenció la invitación a la secretaria de la institución y en otra, a la psicóloga de uno de los pacientes a participar de la exposición en el grupo, lo cual se estima importante para asemejar más la situación a la realidad (Bados, 2005).

5.3. Describir los cambios producidos en la fobia social del paciente a partir de la exposición grupal como parte del tratamiento

En relación a los cambios producidos en la fobia social del paciente a partir de la exposición grupal como parte del tratamiento, la psicóloga mencionó cambios tanto de tipo conductuales como sociales, como por ejemplo, que el paciente pudo llegar a ser más habilidoso socialmente realizando autoexposiciones. Además refirió que comenzó a estudiar inglés y empezará la carrera de turismo logrando de esta forma incorporar progresivamente las actividades abandonadas a causa de la fobia social (APA, 2014). Esto denota cierta autonomía y un afrontamiento a eventos sociales. Así mismo, afirmó que dejó de tener aislamiento adquiriendo más confianza en los vínculos y mejoró la relación con sus hermanas. Igualmente, la coordinadora nombró cambios de tipo conductuales y sociales, relatando que el paciente interactúa con sus compañeros, se expresa mucho más que al principio del tratamiento y no tiene problema en disentir en el grupo. Esta característica es importante puesto que conforma una de las situaciones más frecuentes de ansiedad en las personas con TAS (Cascardo & Resnik, 2015). Sumado a eso mencionó que se lo puede notar más relajado y ya no se sonroja. Esto último hace referencia a cambios físicos (Bados, 2005). La coordinadora comentó que vio en él un avance bastante importante puesto que al comienzo del tratamiento “no podía ni salir de su casa”.

Por su parte, el paciente refirió “sé lo que quiero ahora”. Esto se lo puede relacionar a las dificultades para tomar decisiones e incertidumbres que poseía antes, las cuales son síntomas cognitivos del TAS (Bulacio, 2011). También afirmó que se siente mejor de ánimo, llegando a viajar algunos fines de semana a La Plata a visitar a un amigo de la secundaria. Estos cambios coinciden con lo observado por la pasante ya que el paciente llegaba a las sesiones sonriente y realizaba las exposiciones simuladas sin inconvenientes, hablando con el resto de los compañeros, con la pasante y la coordinadora. Se lo vio destacarse en el grupo en una exposición en la cual tuvo que simular ser el pasajero del taxi, llevando a cabo una comunicación larga y fluida con respuestas asertivas, denotando así el poder mantener una conversación y, por lo tanto, habilidades sociales (Cascardo & Resnik, 2015). Esto fue señalado por la coordinadora la cual lo felicitó por dicha exposición. Si bien el resto de las dramatizaciones que se pudieron observar del paciente también fueron realizadas sin dificultad. Se lo observó y

escuchó comentar a los compañeros que había recibido respuesta de un hotel al que había dejado su currículum. Ante estos comentarios, los compañeros se acercaron al paciente con sus sillas denotando un gran interés en lo que este estaba expresando, lo cual pudo llegar a constituir un reforzamiento e incentivo para el resto de los pacientes al notar los cambios producidos en este (Carrión & Bustamante, 2012), generando mayor esperanza y creencia en la psicoterapia. Esto se puede asociar con el concepto de factores curativos de los grupos (Yalom, 2000), los cuales son fundamentales en dicho tratamiento favoreciendo la eficacia del mismo. De este modo se convirtió en ese momento en el centro de atención, una de las situaciones más frecuentes de miedo en el TAS (Cascardo & Resnik, 2015). Se podría llegar a pensar, por lo tanto, en base a este último dato, la pérdida del temor a la evaluación negativa y a la crítica, ambos considerados temores básicos de la fobia social (APA, 2014; Bados, 2005).

6. Conclusiones

6.1. Síntesis del caso

Este trabajo tuvo el objetivo de describir los síntomas iniciales y la exposición grupal como parte del tratamiento desde una perspectiva cognitivo conductual de un paciente de 24 años que padece fobia social.

Dentro de la exposición grupal fueron utilizadas dos técnicas: la técnica de exposición directa o en vivo y la exposición simulada o técnica psicodramática, siendo la primera la que posee mayor eficacia comprobada (Carrión & Bustamante, 2012), aunque la segunda también es considerada de gran utilidad para la fobia social ya que reduce la ansiedad y prepara a la persona para la exposición en vivo (Cía, 1994).

Pese a que el paciente no asistió a las exposiciones en vivo que se realizaron en el tiempo en que la pasante concurrió a la institución, se pudo considerar como una exposición en sí misma al grupo, puesto que este supone un principio de afrontamiento de situaciones sociales permitiendo interactuar al paciente con el resto de los integrantes (Carrión & Bustamante, 2012; Cía, 2004). Por otro lado, dicho paciente sí asistió a las exposiciones en vivo que se habían realizado previamente y a las exposiciones simuladas, las cuales pudo observar la pasante.

Como consecuencia, se pudo advertir la eficacia de la exposición grupal en los cambios del paciente percibidos tanto por la psicóloga, la coordinadora, la pasante y el mismo paciente, evidenciando una reducción del miedo o evitación de situaciones sociales y logrando recuperar progresivamente distintas áreas de su vida, como el área educacional y las relaciones familiares, las cuales habían sufrido un deterioro a causa de la fobia social (APA, 2014).

La mejoría del paciente se pudo haber visto beneficiada además por la toma de IRSS corroborando el TAS un buen pronóstico empleando la TCC grupal junto con la medicación adecuada (Carrión & Bustamante, 2012). Esto coincide con estudios que han demostrado la superioridad de la TC por sobre la monoterapia (D' Alessandro, F. et al., 2013).

Por otra parte, se hallan todavía algunos síntomas que fueron descriptos en el primer objetivo que se podrían llegar a relacionar con el hecho de no asistir el último tiempo a las exposiciones en vivo, puesto que las mismas deben ser repetidas y prolongadas para que lleven a mejores resultados (Cía, 1994). Estos síntomas también podrían tener que ver con la duración del tratamiento, ya que el mismo no debe ser menor a un año (Cía, 2004) y el paciente llevaba 10 meses aproximadamente realizándolo. Más allá de esto, las evidencias en los logros mencionados apuntan hacia la eficacia del tratamiento, y todo indicaría una mejoría progresiva del paciente con la continuidad del mismo haciendo hincapié en las exposiciones en vivo para que el paciente pueda ampliar su autonomía a más áreas de su vida.

6.2. Limitaciones

Una de las limitaciones que se encontró en el trabajo fue no haber tenido acceso a la historia clínica del paciente, por lo tanto, no se pudo obtener información de los aspectos particulares del entorno familiar. Tampoco se observó ni se habló del mismo en las entrevistas. Sólo se hizo mención de la relación con dos hermanas que al principio no era buena. Dichos antecedentes hubieran sido importante, ya que dentro de los factores experienciales que pueden llegar a producir el TAS se nombran ciertas características como padres protectores, hipercontroladores, muy exigentes y poco o nada afectuosos. También se advierte la existencia de la ansiedad social en los mismos (Bados, 2005), vinculando esto al hecho de que la falta de información, tanto de

profesionales como de las personas, lleva a las mismas a que no realicen tratamiento, confundiendo el trastorno con un problema de personalidad (Carrión & Bustamante, 2008). Sumado a eso, se relaciona además la adquisición de la fobia con el modo en que los adultos significativos manifiestan, y de esa forma transmiten, la amenaza de ese objeto o hecho que la produce (Cía, 1994), produciéndose así un aprendizaje de la misma relacionando un estímulo con una respuesta determinada (Cascardo & Resnik, 2015). Si se hubiera podido acceder a estos datos en el paciente se podría haber obtenido una visión más amplia del caso y un análisis más completo.

Otra de las limitaciones en relación al trabajo fue el hecho de que la pasante inició sus observaciones cuando el paciente se encontraba en remisión, perdiéndose la posibilidad de presenciar el caso desde sus comienzos y adquirir, en consecuencia, mayor experiencia en relación a los síntomas iniciales y a los cambios transcurridos en el paciente a través de la exposición grupal. Además, el paciente no asistió a las exposiciones en vivo en el tiempo en que la pasante realizó la práctica, por lo cual no se pudo obtener la información de este en relación a dichas exposiciones de manera directa a través de la observación, por lo que, más allá de los relatos de las entrevistas, se perdió información valiosa para analizar el caso.

Con respecto a la institución, se observó en el grupo que no se utilizaron otros tipos de técnicas, como la relajación y entrenamiento en respiración, las cuales se incluyen dentro de la TCC (Antón Macia & García López, 1995; Cascardo & Resnik, 2015). Igualmente, se podría considerar como otra limitación de la institución el costo de las sesiones, ya que en algunas ocasiones se escuchó comentar al paciente y a otros integrantes del grupo lo elevado que le parecía el mismo, pudiendo representar esto un factor que podría llegar a influir en la continuidad del paciente en el tratamiento provocando un retroceso en su evolución.

En cuanto a los participantes, hubiese sido conveniente la elección de un paciente al cual no se le estuviese administrando IRSS y que no estuviera realizando exposiciones individuales para poder lograr observar con más claridad la efectividad de las exposiciones grupales, ya que de esta manera no se puede discernir cuán significativa fue en comparación a la exposición individual que estaba realizando y a la administración de los IRSS.

Para finalizar, en relación a los instrumentos, la limitación que se encontró en las entrevistas realizadas fue la falta de especificación de los datos relevantes para el caso, como por ejemplo, cuando la coordinadora relata “en el grupo se dan actividades que

implican exposición”, lo cual se puede asociar a la falta de experiencia de la pasante en realizar dichas entrevistas y, por lo tanto, en no poder repreguntar cuando es debido para obtener más información.

6.3. Perspectiva crítica

Por las características nombradas anteriormente en el apartado de Limitaciones sobre el entorno familiar, hubiese sido de utilidad hacer hincapié en el rol de la familia, particularmente en las hermanas y el hermano los cuales viven en la misma ciudad que el paciente, incorporándolos como parte del tratamiento e interviniendo en ellos para potenciar los beneficios de dicho tratamiento y la mejoría del paciente, considerando que no se tuvo información sobre la inclusión de la familia en la terapia, y que la misma desempeña un rol esencial tanto en el proceso de adhesión como en el tratamiento y en la readaptación del portador del trastorno (Almeida et al., 2013).

Por otra parte, sería interesante agregar otros tipos de técnicas como las técnicas de relajación y entrenamiento en respiración como complemento para ampliar los beneficios del tratamiento. Además, se podrían utilizar la RV e internet como una alternativa a la exposición en vivo, ya que se comprobó la efectividad de la misma para el TAS (García et al., 2011). Adicionalmente, sería conveniente focalizar en la psicoeducación para seguir manteniendo el logro alcanzado y, de esa forma, disminuir la cantidad de sesiones bajando así el costo del tratamiento teniendo en cuenta que las personas que asisten a la institución son personas con fobia social, las cuales en general por las consecuencias de dicho trastorno no suelen trabajar, por lo que su situación económica les dificultaría llevar adelante el tratamiento conduciéndolos a un posible abandono del mismo.

6.4. Aporte personal

Como consecuencia del trabajo realizado, se pudo evidenciar el aporte significativo de la exposición grupal como parte de la TCC en un paciente con TAS observándose resultados favorables en la evolución del paciente, demostrándose la

efectividad del mismo a través de las técnicas de exposición en vivo, las técnicas simuladas y de la asistencia al propio grupo, puesto que este constituye una exposición en sí mismo propiciando y aumentando la habituación y, por lo tanto, la reducción de la ansiedad social (Camilli & Rodríguez, 2008). La pasante pudo lograr con esta actividad llevada a cabo durante este tiempo una visión más práctica de lo que es el trastorno, adquiriendo mayor conocimiento en el empleo de las técnicas y, de este modo, del tratamiento aplicado. Por último, como pregunta surgida de la elaboración del TFI, se podría interrogar qué porcentaje o cuánto peso le corresponde a la medicación, a la exposición individual y a la exposición grupal en la mejoría del paciente.

6.5. Nuevas líneas de investigación

Puesto que no se observó la colaboración de la familia ni se tuvo información sobre esta en dicha intervención, considerando la importancia de la misma para el tratamiento y beneficio del paciente (Almeida et al., 2013) y teniendo en cuenta la baja inclusión de estudios que abordan la participación de la familia en el tratamiento del TAS (Sztamfater & Savoia, 2017), se propone potenciar trabajos de investigación sobre dicha influencia y participación de la misma en el tratamiento de la fobia social con el fin de acrecentar un mayor conocimiento en el tipo de cuidado que la familia debe proporcionar al paciente y poder llegar a implementar estos conocimientos en la práctica.

7. Referencias bibliográficas

- Antón Maciá, D., & García López, L. J. (1995). Fobia social: tratamiento en grupo del miedo a hablar en público de cuatro sujetos mediante un diseño. *Anales de Psicología*, 11(2), 153-163.
- 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), 282-291.
- Almeida, P. A., Silva, P. M. C., Espínola, L. L., Azevedo, E. B. & Ferreira Filha, M. O. (2013). Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuarios com trastornos fóbico-ansiosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 528-534.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales*. 5º Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados López, A. (2005). *Fobia social*. Recuperado de diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/359/1/114.pdf.
- Bados López, A. (2006). *Fobia Social: Naturaleza, Evaluación y Tratamiento*. Recuperado de <http://hd.handle.net/2445/6321>.
- Bados López, A., & García G, E (2011). *Técnicas de exposición*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Bion, W. R. (1997). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bulacio, J.M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. 2da. Ed. Buenos Aires: Akadia Editorial.

- Camilli, C., & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8 (1), 115-137.
- Carrión, O. R. & Bustamante, G. (2008). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Carrión, O. R. & Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Cascardo, E. & Resnik, E. P. (2015). *Ansiedad, estrés, pánico y fobias*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Cía, A. H. (1994). *Ansiedad, estrés, pánico, fobias. Trastornos por ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Cía, A. H. (2004). *Trastorno de ansiedad social*. Buenos Aires: Polemos.
- Clark, D. A & Beck, A.T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford.
- D' Alessandro, F., Garay, C. J., Rosales, M. G., Donatti, S., Korman, G. P. & Etchevers, M. J. (2013). Evidencia empírica de la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico de la fobia social (trastorno de ansiedad social). *Anuario de Investigaciones*, 20(1), 29-38.
- García García, E. S., Alcázar, A. I .R. y Olivares Olivares, P. J. (2011). Terapia de exposición mediante realidad virtual e internet en el trastorno de ansiedad/fobia social: una revisión cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29(2), 233-243. doi: 10.4067/50718-48082011000200010.
- Gómez, M. C. & Marzucco, V. D. (2009). *¡No puedo dejar de preocuparme! ¿usted tiene TAG? Estrategias para identificar y vencer el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Galerna.
- Liceaga, R. (2010). Trastorno de ansiedad social. fobia específica. Trastorno de ansiedad generalizado. Trastornos por estrés postraumático. En S. A. Alvano,

(comp.), *Trastornos depresivos y de ansiedad. Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos*. (pp. 247-255). Buenos Aires: Sciens.

Peña-Salas, G. F., Bareño, J., Berbesi Fernández, D. Y. y Gaviria, S. L. (2014). Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 66-72.

Robertazzi, M. (2004). La Psicoterapia de grupos en la crisis vital de la edad avanzada. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 5, 131-146.

Rodriguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.

Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C., Perona-Garcelán, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: Análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231.

Sztamfater, S. & Savoia, M. G. (2017). Tratamiento de fobia social em adultos: considerações a respeito da inserção da familia em programas psicoeducacionais. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 13(1), 52-59 doi: 10.11606//issn.1806-6976.v13i1p52-59.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Madrid: Paidós.