

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Título: El rol del psicólogo y coordinador de grupos en el abordaje de la ansiedad social, desde un modelo cognitivo, y la diferencia entre las funciones reales y las percibidas por los pacientes.

Alumna: Ariana Calvo Jiménez

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

Buenos Aires, 21 de mayo del 2020

Índice

1.	Introducción	2
2.	Objetivos	2
2.1.	Objetivos general	3
2.2.	Objetivos específicos	3
3.	Marco Teórico	3
3.1.	Ansiedad: Historia y conceptualización	3
3.1.1.	Trastornos de ansiedad	5
3.1.2.	Ansiedad social: Conceptualizaciones y criterios diagnósticos	6
3.1.2.1.	Etiología y patogenia	8
3.1.2.2.	Comorbilidad y diagnóstico diferencial	10
3.2.	Terapia Cognitiva Conductual: Conceptualización y principios	11
3.2.1.	Principales conceptos y características	13
3.2.2.	Intervenciones	16
3.2.2.1.	Individuales	18
3.2.2.2.	Grupales	20
3.3.	Perspectiva del paciente con respecto al proceso terapéutico	23
4.	Metodología	26
4.1.	Tipo de estudio	26
4.2.	Participantes	26
4.3.	Instrumentos	27
4.4.	Procedimiento	28
5.	Desarrollo	28
5.1.	El rol del psicólogo en el abordaje de la ansiedad social bajo el modelo cognitivo conductual	28
5.2.	El rol del coordinador en grupos que abordan la ansiedad social	32

5.3. Análisis de las diferencias entre las funciones reales del psicólogo y del coordinador y las funciones percibidas por los pacientes	36
6. Conclusiones	42
7. Referencias Bibliográficas.....	47

1. Introducción

El Trabajo Final Integrador, correspondiente a la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó en una institución privada, ubicada en Recoleta, con más de 22 años de experiencia, que se dedica a la investigación, diagnóstico, tratamiento, tanto psicológico como psiquiátrico, y terapias grupales de los trastornos de ansiedad, desde fobias específicas hasta estrés postraumático. Por medio del modelo cognitivo conductual y psicofarmacología, buscan brindar orientación, ayuda y tratamiento a los pacientes en forma ambulatoria para poder mejorar su calidad de vida en el menor tiempo posible. Asimismo, implementan capacitaciones permanentes, innovación de servicios, uso de tecnología avanzada, descubrimientos de nuevos métodos y psicoeducación a la comunidad, con el objetivo de concientizar la alta prevalencia de estos trastornos. El centro trabaja de lunes a viernes de 10 a 20 horas, así mismo los sábados a la mañana trabajan con grupos coordinados por ex pacientes.

La práctica consistió en 285 horas presenciales. Se concurrió a la institución durante la semana y los sábados, realizando observaciones participantes de grupos que abordaban los trastornos de ansiedad, los días sábados, y uno de ansiedad social específicamente, los días viernes. A su vez se realizaron actividades administrativas en el sector de secretaría, las cuales correspondían a la confirmación o programación de turnos, cobro de sesiones, llamadas de control de asistencia, recepción de pacientes tanto al edificio como a los consultorios. Por último, se asignó a la tesista un paciente al cual se le dió seguimiento y se actuó como acompañante terapéutico, por medio de distintas actividades que reforzaran su contacto visual, poder continuar una conversación, tener una mejor administración económica e inclusive matricularse en un técnico para continuar con su educación.

Por medio de la participación y observación de los distintos actores de la institución, se buscó poder diferenciar las funciones del psicólogo y los coordinadores, y adicionalmente, dar cuenta de qué modo dichas funciones fueron percibidas por los pacientes que padecen de ansiedad social; se parte de la importancia de tener en cuenta aquellos factores que el paciente vivió como significativos en su tratamiento. Este tema genera un gran interés porque permite cerrar un poco más la brecha que existe entre la psicología como ciencia y la psicología como práctica, haciendo énfasis en aquellas herramientas y factores que el paciente realmente valora de su tratamiento y no lo que como profesionales se considera que es importante. Aunque se debe ser objetivo en su apreciación, la finalidad del proceso terapéutico es promover el cambio y mejorar la calidad de vida de los pacientes, y eso es lo que busca este trabajo.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir el rol del psicólogo y el coordinador en el abordaje psicológico del trastorno de ansiedad social, dentro de una institución que trabaja con el modelo cognitivo conductual, y analizar qué diferencias existen entre las funciones reales y las percibidas por los pacientes.

2.2 Objetivos Específicos

1. Describir el rol del psicólogo de una institución especializada en trastornos de ansiedad bajo el modelo cognitivo conductual, en el abordaje de la ansiedad social.
2. Determinar el rol del coordinador en grupos que abordan la ansiedad social en una institución dedicada a los trastornos de ansiedad.
3. Analizar si existen diferencias entre las funciones reales del psicólogo y del coordinador y las funciones percibidas por los pacientes, en una institución que trabaja con el modelo cognitivo conductual.

3. Marco teórico

3.1. Ansiedad: Historia y conceptualización

Uno de los conceptos más ambiguos y a su vez más estudiados en el ámbito de la salud mental es el término de ansiedad, porque presenta gran variabilidad de contenido no solo en lenguaje técnico - profesional sino en el cotidiano. Se cree que la ansiedad es un

constructo bastante reciente y del cual se desconocía antes del siglo XIX; sin embargo, figuras del Estoicismo como Cicerón en las Disputas Tusculanas (106 A.C al 43 A.C), describen como trastornos a la relación entre mente aturdida y cuerpo enfermo, mencionando y describiendo a la ansiedad como un trastorno caracterizado como constrictivo, a la aflicción como permanente, y a la preocupación como rumiativa. En sus textos se destaca la diferencia clave entre *anxietas*, como rasgo o el hecho de ser propenso a la ansiedad, y *angor* que refiere al estado de ansiedad o ansiedad transitoria, antecedente clave para el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Otro autor estoico que hace referencia a este concepto es Séneca (4 A.C al 65 D.C), quien escribe acerca de cómo liberarse de la ansiedad y lograr el estado ideal de paz mental, descrita como un estado sin perturbación alguna. De acuerdo a este autor la cognición principal que imposibilita ese estado es el miedo a la muerte, recomendando la unificación del pasado, presente y futuro en un solo tiempo, antecedente clave de prácticas como el mindfulness (Cícero, 1886; Crocq, 2015; Séneca, 1932). Epicuro, fundador de la escuela filosófica que competía con los estoicos, refiere que el objetivo de una vida feliz era lograr alcanzar la ataraxia, un estado libre de preocupaciones, el cual se logra dejando de lado toda cognición negativa con respecto al pasado y los miedos del futuro, existiendo en el presente, y limitando los excesos de deseo y los miedos infundados (Lucretius, 1921).

La etimología de la palabra “ansiedad”, proviene de la palabra en latín, *anxietas*, que se deriva a su vez de la raíz indoeuropea *ang*, y de la cual también se deriva la palabra *ango*, angustia. En términos generales, la ansiedad tiene una connotación de preocupación psicológica, un sentimiento oscuro, de aflicción de la expectativa; mientras que la angustia refiere a un sentimiento somático de constricción, y atrofiamiento involuntario de las fibras musculares. La realidad es que se encuentra poco establecida la distinción, porque diversos autores a lo largo de la historia utilizan estos términos como fichas intercambiables. El más claro ejemplo se halla en las obras alemanas de Freud, quien distingue entre los términos angustia -*angst*-, temor -*furcht*- y terror -*schreck*-, pero en sus escritos en francés angustia y ansiedad (*angoisse* - *anxiété*) los utiliza como sinónimos. Esta dualidad se presenta solo en la lengua castellana y el francés, puesto que en el idioma inglés o alemán no existe (Crocq, 2015).

Otro concepto que se encuentra estrechamente relacionado a la ansiedad es el miedo, este se define como un circuito de defensa filogenético que tiene reacciones consideradas universales, en vista de que distintas investigaciones demuestran que atraviesa las barreras culturales (Sarudiansky, 2013). Respecto de las distinciones entre ansiedad y miedo existen

diversas posturas. Ahondando en dichas diferencias, Freud (1895) refiere que en la ansiedad no es necesaria la presencia de ningún estímulo amenazante, es solo la anticipación de este, sin embargo, el miedo si necesita de ese objeto peligroso. Jaspers (1977) comparte una postura similar, ya que señala que el miedo depende de algo o alguien a diferencia de la ansiedad que no tiene ningún estímulo predeterminado. De igual manera en el DSM - 5 (American Psychiatric Association, 2013) se define la ansiedad como anticipación de una amenaza futura, a diferencia del miedo el cual es una respuesta emocional a un peligro real o percibido como inminente. Desde una postura contraria el autor Ey (2008) describe a la ansiedad como un modo de organización frente a un peligro presente e ineludible, o ausente e imaginario; tiene en cuenta tres aspectos: la ampliación peyorativa (perspectiva pesimista relacionada a la desgracia), la espera del peligro futuro (factor del miedo frente a la muerte, el mal o el dolor) y el desasosiego (sentimiento agónico de la existencia).

La ansiedad ante una amenaza o estímulo ambiguo es funcional, puesto que determina la integridad y supervivencia del individuo, activando distintos sistemas de respuesta. El primero de ellos es el subjetivo cognitivo, que resulta de la percepción, la evaluación subjetiva de los estímulos y la experiencia interna. El segundo es el fisiológico somático, que conduce a la activación del sistema nervioso autónomo. Por último, el motor conductual refiere al escape o evitación (Navas & Vargas, 2012). La problemática se presenta cuando dicho estímulo o peligro no existe, o la respuesta es desproporcionada a la situación y muy prolongada, tornándose en una función desadaptativa. Hay distintas formas de externalizar esa ansiedad y miedo patológico, las cuales se agrupan bajo el nombre de trastornos de ansiedad, y abarcan fobias, ansiedad social, ataques de pánico, ansiedad generalizada, entre otros (Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor, 2005).

3.1.1. Trastornos de ansiedad.

Los criterios universales de agrupación de los trastornos de ansiedad, se dan por medio de dos clasificaciones, la primera es la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la segunda es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En el CIE-10 (OMS, 1992) los trastornos de ansiedad se encuentran aglomerados en los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, este se divide

en: trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos y, por último, otros trastornos neuróticos. Dentro de la primera subcategoría es que se encuentran la agorafobia, las fobias sociales, las fobias específicas, otros trastornos de ansiedad fóbica y los trastornos de ansiedad fóbica sin especificación.

Por otro lado, en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se enumeran 11 trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y/o medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado, trastorno de ansiedad no especificado. A continuación se ampliará el trastorno de ansiedad social, su definición, etiología, criterios diagnósticos y diagnósticos diferenciales, puesto que es el objeto del presente trabajo.

3.1.2. Ansiedad Social: Conceptualización y criterios diagnósticos

Son los autores Marks y Gelder (1966) quienes por primera vez dividen las fobias en cuatro clasificaciones principales: fobias específicas, fobias situacionales, fobia social y agorafobia, siendo los primeros en diferenciar la fobia social como una categoría en sí misma. No es sino hasta el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), que aparece la fobia social como trastorno independiente, definido como un miedo irracional y persistente, con un fuerte deseo de evitar situaciones en las cuales el individuo se vea expuesto al escrutinio externo, con el temor de actuar de una manera humillante o embarazosa. Empero, se excluía a personas que presentaran síntomas relacionados al trastorno de personalidad evasiva, caracterizado por una hipersensibilidad al rechazo, humillación o vergüenza potencial, además de baja autoestima y reticencia a involucrarse en relaciones interpersonales aun deseando aceptación y afecto. Por otro lado, en la clínica práctica se dejaba de lado a los individuos con un rango amplio de miedos interpersonales, porque se incluía sólo aquellos con miedos más específicos, como el temor a hablar en público. El DSM-III explicitaba que generalmente solo se podía tener un tipo de fobia social, siendo este de carácter inusual y no era típicamente una fuente de disfuncionalidad.

Más adelante se observa que las personas con temores interpersonales a menudo sufrían un trastorno de ansiedad, el cual era lo suficientemente deteriorante para necesitar terapias cognitivo conductuales o tratamientos psicofarmacológicos. Por esa razón en el

DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), se extiende su definición con un subtipo generalizado para los sujetos que temen la mayoría de las situaciones sociales. A su vez se elimina el criterio que explicitaba que solo se puede tener o fobia social o el trastorno de personalidad evasiva, puesto que pueden cumplir ambos diagnósticos, aunque muchos expertos creen que este último es sólo la manifestación más disfuncional y deteriorante del trastorno de ansiedad social. Asimismo también se excluyeron individuos que tuvieran miedos sociales vinculados al Eje III, como el tartamudeo o la enfermedad de Parkinson (Heimberg et al., 2014).

En el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) cambia su nombre a ansiedad social, ya que el primer nombre, fobia social, contribuía a la impresión equivocada de un trastorno poco común, que no generaba gran disfuncionalidad. Según un estudio realizado por Bruce, Heimberg y Coles (2012) existe una relación entre el nombre del trastorno y la percepción de necesidad de tratamiento. Por medio de una encuesta telefónica, a una muestra de más de 800 individuos, se evidenció que el nombre trastorno de ansiedad social, incrementa el porcentaje en que las personas recomendaban la búsqueda de tratamiento, versus el nombre de fobia social.

Actualmente el trastorno de ansiedad social, es definido en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), como un miedo persistente en circunstancias donde la persona esté expuesta al escrutinio de otros, por lo que suelen sentirse acomplejados y preocupados por realizar alguna acción humillante o embarazosa y ser rechazados por otros. Ese miedo o ansiedad es desproporcional a la amenaza real que representa la situación social, según lo determinado por las normas culturales de la persona. Las situaciones sociales, son agrupadas en aquellas que requieren de interacción, observación y desempeño; algunos ejemplos pueden ser conocer personas nuevas, hablar en grupos o reuniones, hablar con figuras de autoridad, iniciar conversaciones, trabajar, comer mientras son observados, ir al colegio, de compras, ser visto en público, entre otros.

Aunque muchas de estas situaciones pueden causar cierta ansiedad en la población general, las personas que padecen de este trastorno se preocupan de manera excesiva y prolongada, a veces hasta semanas antes del evento anticipado. Esto produce en ellos reacciones negativas a sentimientos y emociones que los desbordan, llevándoles a evadirlas. Más aún, presentan signos y síntomas físicos como sonrojarse, sudoración, palpitaciones, tensión muscular, temblores, boca seca, náuseas e incapacidad de responder. Estas reacciones corporales producen aún mayor ansiedad, porque temen lucir ansiosos, aburridos, incompetentes, o extraños. (The British Psychological Society, 2013).

Existen diversas manifestaciones clínicas que permiten el diagnóstico del trastorno de ansiedad social. Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se presentan diez criterios en una persona que padece este trastorno. Ellos son:

- I. Miedo o ansiedad en situaciones sociales, en las cuales el sujeto se encuentra expuesto a una posible evaluación por parte de los demás. En los niños, la ansiedad puede producirse tanto con sus pares como con adultos.
- II. El individuo teme actuar de cierta manera o hacer visible sus síntomas de ansiedad, porque pueden ser valorados negativamente. Tienen miedo no solo de ser rechazados sino también de ofender a otros.
- III. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. En los niños, se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o la imposibilidad de hablar.
- IV. Las situaciones sociales se evitan o resisten con una alta intensidad de miedo o ansiedad.
- V. El miedo o ansiedad son desproporcionados a la amenaza real, por la situación social y al contexto sociocultural.
- VI. El miedo, ansiedad o la evitación es persistente y dura mínimamente seis meses.
- VII. El miedo, ansiedad o la evitación no solo causan malestar clínicamente significativo sino además deteriora áreas importantes del funcionamiento, por ejemplo social, laboral, educativo.
- VIII. El miedo, ansiedad o la evitación no se atribuyen a los efectos fisiológicos de una sustancia ni otra afección médica.
- IX. El miedo, ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otros trastornos mentales como, trastorno por pánico, dismórfico corporal o del espectro del autismo.
- X. Si existe otra afección médica, se debe corroborar que no se relaciona o es excesiva (enfermedad de Parkinson, obesidad, quemaduras).

Hasta acá se desarrolló un pequeño resumen histórico de la conceptualización del trastorno de ansiedad social, así como sus criterios diagnósticos. A continuación se procederá a detallar la etiología y patogenia de dicho trastorno.

3.1.2.1. Etiología y patogenia.

El desarrollo del trastorno de ansiedad social, como muchos de los trastornos de salud mental, se debe a diversos factores y es mejor comprendido como una interacción de factores

biopsicosociales. Las teorías biológicas comprenden los factores genéticos y neurobiológicos. En un estudio realizado por Elizabeth y colaboradores (2006) se evidenció el riesgo significativo para los niños con padres diagnosticados con este trastorno, al igual que los padres con hijos diagnosticados lo padecieran en un futuro. Existía el interrogante si la concordancia familiar reflejaba la influencia genética o del medio ambiente compartido, se encontraron variaciones sustanciales en los resultados: con respecto a la heredabilidad, variaba entre 0.13 a 0.60, con el ambiente no compartido el rango se estimaba entre 0.31 a 0.78, mientras que el ambiente compartido no arrojó valores significativos (Eley, Rijdsdijk, Perrin, O'Connor & Bolton, 2008). En los últimos años, se comenzaron a estudiar las influencias neurológicas que pueden existir dentro de este trastorno. La mayoría de las investigaciones se centran en la amígdala, la corteza prefrontal y los precursores asociados a la inhibición comportamental, debido a que son estas zonas del cerebro donde se da el procesamiento emocional de los estímulos, la activación de funciones cognitivas involucradas en la regulación emocional y respuesta conductual, así como la respuesta ante amenazas sociales. Estudios de neuroimágenes indican que en los adultos hay un incremento en la activación bilateral de la amígdala, en respuesta a un estímulo social emotivo, así como ante rostros que reflejan emociones negativas o ambiguas (Compton, Villabo & Kristensen, 2019; Hattingh et al., 2012; Spence & Rapee, 2016)

En lo que respecta a las teorías psicosociales, existe evidencia que ciertos mecanismos psicológicos contribuyen a la etiología de este trastorno, algunos de estos son: el condicionamiento, aprendizaje por observación y la transferencia de información. El primero puede producirse por algún evento social específico que haya sido vivido como traumático o varias interacciones negativas a lo largo del tiempo; como resultado se temen las situaciones sociales (Compton et al., 2019; Ranta et al., 2009). En cuanto al segundo, los niños y adolescentes pueden aprender vicariamente conductas evitativas o reacciones negativas, ante sensaciones ansiosas, de adultos e incluso pares que hayan tenido alguna experiencia traumática (Mineka & Zinbarg, 2006). El mecanismo de transferencia de información, va de la mano con el anterior, puesto que hace referencia a cuando a un niño observa a su padre y capta información no verbal (como la expresión de preocupación acerca de la opinión de otros), lo codifica y así aprende advertencias y riesgos que presentan los eventos sociales (Lebowitz, Shic, Campbell, MacLeod & Silverman, 2015).

La inhibición comportamental y la reticencia se utilizan para describir la personalidad y características conductuales presentadas como timidez en los niños. La inhibición comportamental se define como la tendencia a responder con cautela y de forma evitativa a

personas, lugares y objetos desconocidos. Varios estudios postulan que es una característica del temperamento hereditaria, asimismo, investigadores refieren que los individuos que presentan este rasgo son siete veces más propensos a desarrollar el trastorno de ansiedad social (Clauss & Blackford, 2012; Compton et al., 2019). A su vez a nivel cognitivo, se pudo vislumbrar que tanto niños como adultos presentan los mismos sesgos y distorsiones cognitivas, sin embargo no se sabe a qué edad los niños adquieren los modelos cognitivos tan desadaptativos. Algunas de las formas erróneas de procesar la información son: resultados anticipados y expectativas negativas de las tareas sociales y la calidad del desempeño propio, cogniciones negativas y diálogo interno durante las tareas de desempeño social, mayor procesamiento y evaluación negativa previa y posterior al evento, mayor probabilidad de interpretación negativa de la información social o situaciones, (incluida la percepción negativa de la respuesta de la audiencia), y aumento de la frecuencia y viveza de las imágenes negativas distorsionadas, la cual está asociada con una mayor angustia relacionada con situaciones sociales. El tener una comprensión global de los rasgos y conexiones entre factores psicosociales que promueven el posible desarrollo de este trastorno, es fundamental para la identificación y detección temprana de esta patología. Por otra parte, es importante saber qué otros trastornos se pueden dar a raíz o coexistir con el trastorno de ansiedad social, tema que se abordará a continuación (Schreiber & Steil, 2013; Spence & Rapee, 2016).

3.1.2.2. Comorbilidad y diagnóstico diferencial.

El trastorno de ansiedad social es comórbido con diversos problemas de salud mental. Se considera que cuatro de cada cinco adultos con este diagnóstico van a experimentar al menos otro trastorno mental a lo largo de su vida. Los principales trastornos que se encuentran relacionados son otros trastornos de ansiedad, con un porcentaje de hasta 70%; seguido de algún trastorno afectivo, hasta 65% de probabilidad, dependencia a la nicotina, 27%; y abuso de sustancias, 20% (Fehm, Beesdo, Jacobi, & Fiedler, 2008; Grant et al., 2005). Cabe señalar, que la ansiedad comórbida predice un resultado menor al tratamiento para individuos con trastorno bipolar y depresión mayor; se debe agregar que un 25% de los sujetos que padecen por primera vez un episodio psicótico tienen trastorno de ansiedad social (Michail & Birchwood, 2009).

Existe un grado significativo de comorbilidad entre el trastorno de ansiedad social y algunos trastornos de personalidad. El más común es el trastorno de personalidad evasiva, 61% de los adultos que buscan tratamiento para la ansiedad social también cumplen los

criterios para este (Sanderson et al., 1994). Sin embargo, como se mencionó en párrafos anteriores, investigadores han argumentado que gran parte de la asociación con el trastorno de personalidad evasiva, se debe simplemente a la cronicidad del trastorno de ansiedad. Como existen varios trastornos comórbidos, a la hora del diagnóstico de los individuos es imprescindible poder realizar los diagnósticos diferenciales correspondientes (Heimberg et al., 2014). Ahondando en esta idea, aunque el diagnóstico del trastorno de ansiedad social no es especialmente complicado en un contexto clínico, los diagnósticos diferenciales pueden presentar un reto mayor. Por esta razón se presentará una descripción de los posibles trastornos con los que pueden existir límites borrosos, tomando en cuenta diversos autores especializados en la materia (Leichsenring & Leweke, 2017; Stein & Stein, 2008; The British Psychological Society, 2013):

- I. Timidez: es un rasgo común de la personalidad y en sí misma no es patológica. Es solo cuando hay efectos adversos significativos en áreas importantes de funcionamiento (por ejemplo, social u ocupacional) que un diagnóstico del trastorno de ansiedad social debe ser considerado.
- II. Trastorno del espectro autista: en contraste con pacientes diagnosticados dentro de este espectro, los pacientes con trastorno de ansiedad social tienen una capacidad adecuada para la comunicación social.
- III. Trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada: Los sujetos que padecen del trastorno de ansiedad social pueden tener ataques de pánico, pero solo relacionados a situaciones sociales. Las personas con agorafobia pueden evitar salir de sus casas, pero no esto no se debe a la evitación de situaciones sociales, sino por temor a no ser asistidos en un eventual ataque de ansiedad. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, tienden a preocuparse por las relaciones interpersonales, pero la ansiedad tiene un enfoque más amplio y no se relaciona predominantemente con un miedo a la evaluación de los demás.
- IV. Trastorno dismórfico corporal: en pacientes con trastorno dismórfico corporal, la evitación y la ansiedad social, están presentes aunque se encuentran relacionadas sólo a aspectos de su apariencia física.
- V. Trastorno depresivo mayor: como se mencionó en párrafos anteriores, el trastorno de ansiedad social puede ser comórbido al trastorno depresivo mayor, sin embargo, si la evitación social se da únicamente en los episodios depresivos, no se trataría de ansiedad social.

- VI. Trastorno de personalidad evasiva: en este trastorno, el patrón de evitación es más amplio que en el trastorno de ansiedad social. Sin embargo, estos trastornos a menudo coexisten.

La gran variedad de patrones de conducta y pensamiento de personas que padecen del trastorno de ansiedad social permiten un abanico de intervenciones por parte de los profesionales de la salud. La terapia que ha demostrado mayor efectividad, y a su vez la más estudiada, es la terapia cognitiva conductual, por lo que se procederá a profundizar en el tema.

3.2. Terapia Cognitivo Conductual: Conceptualización y principios

Ellis (1962) da a conocer su teoría centrada en la razón; esta estaba implicada directamente con la felicidad humana, era consistente con la realidad y era lógica. El pensamiento racional ayudaba a minimizar la perturbación emocional, vinculada a valores ilógicos, inconsistentes e inviables. Beck (1964) comenzó a implementar un tipo de terapia llamado terapia cognitiva, caracterizada por ser estructurada, de corto plazo, orientada en el presente. Su objetivo era resolver problemas actuales y modificar los pensamientos y comportamientos disfuncionales que los pacientes con depresión padecen. Más adelante, Meichenbaum (1977) refería a la modificación cognitivo conductual, la cual abarcaba tratamientos que intentaban cambiar el comportamiento manifestado por medio de la alteración de pensamientos, suposiciones y estrategias de respuestas. Se vislumbran ligeras variaciones entre las distintas propuestas, pero las une una serie de ideas: los problemas psicológicos se deben en parte a maneras de pensar erróneas, o patrones de conducta aprendidos que no son útiles; las personas que padecen de problemas psicológicos pueden aprender maneras más adaptativas para lidiar con ellos, resultando en el alivio de síntomas y logrando mayor efectividad en sus vidas (Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004).

La terapia cognitivo conductual (TCC), abarca un amplio abanico de tratamientos, unifican tanto teoría de la personalidad como de psicopatología, además ha evidenciado ser la más efectiva en lo que respecta a trastornos de depresión, ansiedad, obsesivos compulsivos, conducta alimentaria, consumo problemático de sustancias, problemas de pareja, y un sin fin trastornos mentales. Otra diferencia positiva, en relación a otras terapias, es que esta se ha actualizado y mejorado de la mano de evidencia tanto empírica como de la práctica clínica (Beck, 1995). Hay tres proposiciones o principios básicos que atraviesan a todos los tipos de TCC. Por un lado, la hipótesis del acceso propone que tanto el contenido como la forma en

que se procesan los pensamientos son cognoscibles, por lo que difiere de la idea que los pensamientos son inconscientes, preconscientes o que no están habilitados a la conciencia. Más bien, respalda la idea que, con entrenamiento y atención adecuado, los sujetos pueden tomar conciencia de su propio pensar. Aun así, este acceso no es perfecto y los individuos pueden reportar actividad cognitiva sobre la base de sus creencias y no la realidad. Por su lado, la hipótesis de la mediación establece que las respuestas emocionales a las diversas situaciones se ven mediadas por los pensamientos. Del mismo modo, son los pensamientos o cogniciones las que influyen en gran manera en los patrones de conducta en diversos eventos de la vida. Sin embargo, es importante tener en cuenta que con el paso del tiempo dichos pensamientos, así como las respuestas emocionales o patrones comportamentales correspondientes, se vuelven automáticos. Para finalizar, la hipótesis del cambio es un corolario de las dos hipótesis anteriores que estipula que como los pensamientos son cognoscibles y median las reacciones emocionales o conductuales a las distintas situaciones, se puede modificar intencionalmente la manera en que responden a los eventos que los rodean. Los sujetos se pueden volver más funcionales y adaptativos al comprender las respuestas emocionales y comportamentales, así como hacer uso de estrategias sistemáticas (Dobson & Dobson, 2018).

El modelo cognitivo conductual, considera importante tanto la utilidad como la precisión de los pensamientos en distintas situaciones. A lo largo del tiempo, los patrones de pensamientos se van amoldando a las experiencias que se tienen en el entorno social, y son esas suposiciones y esquemas los cristales con los que se ve el mundo. Por otra parte, limitan las situaciones en las que se puede involucrar un individuo y predisponen a ciertas formas de pensar que pueden llegar a ser autocumplidas. Por esta razón, una vez que se establecen los esquemas, no solo afectan los recuerdos de las experiencias que se han almacenado, sino que también dictan el futuro desarrollo. En este sentido, las personas crean y reaccionan a su propia realidad y uno de los indicadores de buena salud mental, en términos generales, es una evaluación más precisa de ese mundo y una adaptación más cercana a sus demandas, esto es conocido como el supuesto de realidad (Beck, 1995; Dozois & Dobson, 2001).

Como se definió en párrafos anteriores, existe una multiplicidad de enfoques de tratamiento dentro del alcance de la TCC, pero todas continúan dentro de la propuesta de que hay pensamientos disfuncionales o distorsionados, que influyen en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes, que son comunes para diversos trastornos psicológicos; por ende una evaluación realista y modificación de creencias nucleares produce un mejoramiento en el ánimo y comportamiento (Dobson & Dobson, 2018). Se reconocen tres grupos principales

dentro de la TCCs, difieren sutilmente en las metas del tratamiento, estas son: terapias de habilidades de afrontamiento, terapias de reestructuración cognitiva y terapias de resolución de problemas (Fuhriman & Burlingame, 1994). Es importante resaltar que las diferencias de estos grupos recae entre sí se orientan más al cambio cognitivo o conductual. Asimismo, hay que recalcar que no toda terapia que busca el cambio en alguna de estas dos áreas es TCC, por ejemplo, cualquier régimen que sea de estímulo-respuesta no lo es. Solo en instancias en las cuales la mediación cognitiva es demostrada y sea un componente fundamental en el tratamiento se pueden etiquetar como TCC, por esta razón se procederá a detallar los componentes y características principales de estas. (Dobson & Dozois, 2019).

3.2.1. Principales conceptos y características.

Un concepto principal e importante dentro de la TCC es la alianza terapéutica, ya que se dispone de evidencia de ser uno de los factores más relevantes para el cambio dentro de la psicoterapia. A lo largo del tiempo se ha estudiado dentro del marco de la TCC, las características del terapeuta y las cualidades de los vínculos que llevan a una alianza de trabajo. Las características que concuerdan con otras psicoterapias son la calidez, la empatía, la consideración positiva incondicional y el respeto. Este modelo la define como ese acuerdo entre el terapeuta y el cliente/paciente acerca de los objetivos terapéuticos y las tareas por las cuales dichos objetivos se van a lograr, y la formación del vínculo entre paciente y psicólogo (Ardito & Rabellino, 2011; Castonguay & Beutler, 2006). De la mano con el concepto de alianza terapéutica está el de empirismo colaborativo, definido como el trabajo en equipo, -entre el paciente y el terapeuta-, que ayuda a resolver los problemas del cliente, reduciendo la angustia u otras emociones negativas que pueda estar sintiendo. Requiere además, que el psicólogo sea transparente acerca de la terapia y el proceso de esta, esto incluye hacerle saber al paciente los resultados de ciertos escenarios o los problemas que puedan surgir (Tee & Kazantzis, 2011).

La primera característica de la TCC es la planificación del tratamiento. Es un proceso que se da a lo largo de la terapia y funciona como un puente, dado que apunta a acercar la brecha entre la evaluación del paciente y las intervenciones. En esta etapa además se da la elección de las intervenciones, la cual depende de diversos factores como la problemática que presenta el paciente, sus preferencias, así como la disponibilidad de intervenciones, (por ejemplo, realidad virtual), el entrenamiento y habilidades del terapeuta. Una segunda característica, es el acuerdo de metas u objetivos el cual es un paso fundamental en la terapia,

que la mayoría de los clientes encuentran bastante difícil. La comunicación, la cooperación entre cliente y terapeuta en la formulación y planeamiento del tratamiento, es una intervención en sí misma, su compromiso tanto para fijar las metas como cumplirlas son componentes claves. Asimismo, estudios indican la importancia de hacer acuerdos explícitos como, por ejemplo, contratos formales, en donde se detallen las responsabilidades de ambas partes y se proceda a firmarlo (Ley N° 23.277, 1985). Esta simple tarea permite evidenciar una mejora en los tratamientos, así como con menos aportes del terapeuta y más aportes por parte del cliente. Los contratos informales son más comunes, se desarrollan entre ambos, pueden cambiar ciertas metas cada semana y será responsabilidad del terapeuta apegarse a las metas. El terapeuta tendrá que tener en cuenta las características de cada uno y recomendar según el cliente (Otto, Reilly-Harrington, Kogan, & Winett, 2003).

La tercera característica, es la aplicación de sesiones estructuradas. Puede existir un chequeo general del estado de ánimo durante ese día o la semana que pasó, una revisión de tareas, la discusión de problemas actuales, un resumen de los puntos que se hablaron durante la sesión, una devolución de parte del terapeuta y una asignación de nuevas tareas, además de hablar acerca de preocupaciones puntuales, anticipación de problemas y posibles soluciones. Esto puede ser un reto con pacientes que se encuentren muy angustiados, sean muy efusivos o informativos. Con algunos pacientes es necesario redireccionarlos, recordarles el tiempo que queda de la sesión; sin embargo es indispensable cierta flexibilidad y estar atento a las necesidades del paciente, que puedan cooperar dentro de la sesión e incluso aportar sus propias sugerencias y *feedback* (Sears, 2017).

La cuarta característica va muy de la mano con la anterior, hace referencia a la secuencia y duración del tratamiento. Diversos manuales difieren en la correcta secuencia, algunos apuntan que es primordial iniciar con intervenciones en la conducta, otros con psicoeducación acerca de las distorsiones cognitivas y la reestructuración cognitiva, otros refieren que para el cambio de conducta es necesario realizar intervenciones cognitivas. La TCC se caracteriza por su estructura y ser de corto plazo, por lo que las intervenciones tienen una duración de entre 12 a 16 sesiones aunque, siempre hay que tener en cuenta las necesidades del cliente así como la severidad de sus problemas. En esas sesiones es primordial el entrecruce de intervenciones cognitivas y conductuales, porque se refuerzan mutuamente. En términos generales cada sesión es de 50 minutos aproximadamente (Dobson & Dozois, 2019).

Una quinta característica de la TCC, es la orientación y psicoeducación, se realiza desde la primera entrevista, y comprende el explicarle al paciente tanto las características del

modelo como el tipo de intervenciones con las que se trabajará durante el proceso de la psicoterapia. Es de suma importancia dedicar un tiempo a la psicoeducación, tanto del paciente, como de la familia, y brindar una mirada multidimensional acerca de esta. La psicoeducación brinda una sensación de control acerca de los problemas, porque el cliente comienza a comprender qué le sucede, más aún, se da cuenta que no es el único que lo padece de esa manera, promoviendo el cambio de las creencias que hasta entonces tenía. Se debe tener en cuenta el nivel de educación, las habilidades del cliente (hay variedad de herramientas como sitios web, no todos tienen un buen manejo de la informática), el nivel de atención así como de angustia del paciente. Diversos estudios demuestran que esta herramienta mejora la adherencia al tratamiento, tanto psicológico como farmacológico, funcionamiento social y global del paciente, la calidad de vida y aumenta la satisfacción y expectativa de los servicios de salud mental (Economou, 2015).

Finalmente, otro elemento que caracteriza a la TCC, es la asignación de tareas, siendo un elemento esencial dentro de esta. El objetivo es que se incluya un aprendizaje y cambio del paciente más allá de las sesiones de psicoterapia. Existe gran variedad de tareas como, leer material educativo, completar registros de actividades realizadas o pensamientos disfuncionales, practicar habilidades de comunicación u otro tipo de experiencias que desafíen las conductas del paciente. Asimismo, la asignación de tareas es un trabajo en conjunto con el terapeuta, deben estar de acuerdo y cooperar con ideas de ambas partes, el terapeuta debe asegurarse de permitir un tiempo en cada sesión para discutirla, se debe ser claro y conciso con las asignaturas, las cuales tienen que apuntar a un objetivo específico y no ser general. Se evalúa el proceso y no el resultado, confirmando a cada momento que el paciente cuenta con los recursos tanto emocionales como técnicos para resolverla. Por otro lado, es de mucha ayuda a los pacientes si el propio terapeuta le facilita alguna ayuda mnemotécnica. Estudios indican que la asignación de tareas es un elemento que contribuye a minimizar los riesgos de recaída de los pacientes (Kazantzis, Brownfield, Mosley, Usatoff, & Flifthy, 2017; Strunk, DeRubeis, Chiu, & Álvarez, 2007).

3.2.2. Intervenciones.

Se reconocen distintos tipos de intervenciones que pueden implementar los profesionales de la salud por medio de la TCC. Aunque se dan a lo largo del tratamiento de manera entrecruzada, en beneficio del trabajo, se clasifican tres categorías: resolución de problemas, modificación de conductas y reestructuración cognitiva. La primera categoría

consiste en ayudar al paciente a que pueda nombrar y definir sus problemas con la mayor precisión posible. Una vez hecho este paso de manera colaborativa con el cliente se seleccionan los métodos y el orden jerárquico de los problemas a abordar. La segunda categoría de intervenciones, se enfoca en el tratamiento de las conductas y respuestas. Se dividen, por un lado, en aquellas estrategias que proponen un cambio de comportamiento por medio del aumento del conocimiento y habilidades y, por el otro, aquellos que mejoran el cambio, como lo son el desarrollo de habilidades sociales o habilidades de relajación. Por otro lado, se encuentran aquellas estrategias que disminuyen la evitación y los comportamientos autodestructivos o problemáticos. El tratamiento por exposición es uno de los más estudiados y efectivos de la TCC, y se puede definir simplemente como la exposición a un estímulo temido y tiene varios objetivos como la habituación de la ansiedad fisiológica, la extinción de miedos, cambiar la percepción de las consecuencias temidas por medio de la experiencia y aumentar la autoeficacia (Dobson & Dobson, 2018; Reis de Oliveira, 2012).

La tercera categoría de intervenciones se encarga de la reestructuración cognitiva. Para lograrla es primordial que el paciente sea consciente de sus pensamientos negativos o distorsiones cognitivas, para ello debe registrarlos y reportarlos al terapeuta. La metacognición, es una habilidad, por ende es necesario el entrenamiento y práctica continua de esta por parte del cliente. Se trata de ver más allá de experiencia inmediata, de ser retrospectivos y analíticos. El terapeuta intenta hacerle ver por medio de ejemplos sencillos, la cadena automática, de situaciones, pensamientos y respuestas. Otra intervención que se emplea para la reestructuración cognitiva es la evaluación y modificación de creencias y esquemas nucleares. Estos últimos refieren a nociones relativamente permanentes acerca de objetos, personas o conceptos y la relación entre ellos. Durante la niñez influyen ideas impartidas por el mundo que los rodea, luego las propias experiencias van a rectificar, reforzar o desafiar esos esquemas. Estas creencias nucleares pueden ser categóricas o relacionales, históricas y específicas o futuristas y generales, dirigirse hacia los demás, el mundo o sí mismos. Se orientan según ejes comunes relevantes como nivel social, e inteligencia, pero también son realmente idiosincráticos y basados en procesos únicos de cada persona. Se pueden identificar de diversas maneras a lo largo de la terapia. Es una de los aspectos más difíciles de modificar por su arraigo al ser de la persona, siendo por lo tanto de las últimas intervenciones realizadas en el tratamiento. El terapeuta busca temas y patrones, experiencias recurrentes, especialmente si el paciente vocaliza que es un escenario que suele sucederle, puesto que puede indicar la existencia de un esquema disfuncional el cual el paciente activa ante ciertas situaciones o estímulos (Beck, 1995; Culluy & Teten, 2008).

Adicionalmente al tipo de intervenciones mencionadas anteriormente, existe por su parte dos formatos de terapia a la hora de implementar dichas estrategias. Una de ellas es individual esto quiere decir que se realiza en conjunto entre terapeuta y paciente. Ofrece más oportunidades de un tratamiento personalizado para abordar las necesidades específicas de cada paciente, y en lo que respecta al comportamiento evitativo se aborda más fácilmente por este medio. El formato grupal por su parte, este puede ser tanto en grupos terapéuticos como de autoayuda. El primero refiere a aquellos grupos en los cuales se reúnen varios pacientes y las intervenciones implementadas están a cargo de un profesional de la salud, ofrece más oportunidades para la normalización, el modelado positivo entre pares, el refuerzo y apoyo social, así como un excelente campo para realizar intervenciones de exposición a eventos o situaciones sociales. Los programas de grupos de autoayuda surgen como alternativa a los primeros. Se describen según Domenech (1998) como grupos con tamaño reducido de integrantes, voluntarios, que funcionan con un propósito en común; reducir síntomas como por ejemplo de ansiedad. Tienen como objetivo ampliar y complementar la red de apoyo de aquel que padece alguna enfermedad y/o atraviesa una dificultad. Los pacientes recalcan que a pesar de que los grupos terapéuticos cumplen su función, sienten que su rol e impacto es limitado, a diferencia de los dirigidos por un miembro que les permite cierta flexibilidad y más participación. En los siguientes párrafos se procederá a describir de forma detallada las distintas intervenciones que se realizan en el tratamiento del trastorno de ansiedad social, tanto a nivel individual como grupal, con énfasis en los grupos de autoayuda, teniendo siempre en cuenta las tres categorías de intervenciones: resolución de problemas, modificación de conductas y reestructuración cognitiva (Seebohm et al., 2013).

3.1.1.1. Individuales.

El rol del psicólogo abarca distintas funciones, como se ha vislumbrado a lo largo del trabajo. La primera es realizar un diagnóstico adecuado del paciente, seguido de un tratamiento dirigido a ese, (en este trabajo se enfatiza el trastorno de ansiedad social). Por medio de la resolución de problemas, el paciente junto con el terapeuta, evalúan preocupaciones, o déficits en comportamientos, cogniciones y creencias que el cliente tenga o sienta que tiene. El proceso comienza con la identificación y denominación de un problema específico. Una vez acotado el problema, terapeuta y paciente fijan los parámetros del problema; qué tan frecuentemente ocurre, cuánto tarda, qué lo desencadena y cómo se suele solucionar. Posteriormente, se desarrollan estrategias para la evaluación del problema, para

poder analizar porqué se resuelve de dicha manera. Como segundo paso, se genera una lluvia de ideas de posibles soluciones, se trata de crear la mayor cantidad de soluciones posibles, tanto en cantidad como calidad. En tercer lugar, se debe decidir por medio de una visión general de costo beneficio, procurando seleccionar aquella que acarree el mejor resultado y produzca un cambio positivo. El cuarto paso, es implementar dicha solución, es importante que el paciente realice un automonitoreo en el uso de la estrategia, se evalúe como agente de cambio y, asimismo, tenga en cuenta los esfuerzos llevados a cabo. En el último paso, en trabajo conjunto, el terapeuta analiza el resultado de la estrategia ante el problema descrito (Nezu, Nezu, & D'Zurilla, 2013; Sears, 2017).

En la categoría de intervenciones relacionadas a la modificación de conductas se encuentran aquellas intervenciones tradicionales que buscan incrementar los reforzadores y disminuir las consecuencias aversivas. Otro método es el de activación conductual, el cual propone minimizar los patrones de afrontamiento evitativo. Ambos buscan aumentar las actividades diarias de los pacientes. Es indispensable diferenciar el porqué de la reducción de la actividad, si es por un estado emocional bajo, desinterés y poca motivación, o si se debe a ansiedad y evitación. De la misma manera, en esta intervención es de suma importancia diferenciar entre actividades que se realizan por placer y aquellas que brindan un sentimiento de dominio o éxito, estas últimas son más importantes y útiles en el tratamiento. Producen un mejor estado de ánimo y sentimiento de autoeficacia, además de producir un mayor nivel de control. El paciente puede crear un registro de las actividades realizadas diariamente, luego de este se trabaja en conjunto para recomendar nuevas actividades que puede realizar, diariamente o semanalmente, teniendo en cuenta los gustos y habilidades de cada cliente y se puede redactar algún contrato para motivar (Culluy & Teten, 2008; Kelley et al., 2019). Adicionalmente, se encuentran aquellas intervenciones que buscan la modificación del comportamiento por medio del entrenamiento en habilidades y competencias. La habilidad de relajación, por ejemplo, se puede enseñar por medio de un sin fin de métodos (relajación progresiva muscular, ejercicios de respiración, existen ejercicios visuales y auditivos). Estas competencias pueden ser muy útiles a la hora de tratamientos de exposición y desensibilización o durante un ataque de pánico. Muchos terapeutas también recomiendan diversas actividades para aprender técnicas de relajación como, lo son el yoga o el mindfulness (Davis, Robbins & McKay, 2000).

En cuanto a la categoría de reestructuración cognitiva, se encuentra la metacognición nombrada en párrafos anteriores; la forma de intervenir en esta es por medio del registro de distorsiones cognitivas. Existen diversos métodos de registro, el más utilizado es el Registro

de Pensamientos Disfuncionales de Beck (1995). Más allá de eso es importante que se registre la situación (fecha, hora y lugar) los pensamientos automáticos, las emociones (especificando cuales y la intensidad de estas), y las conductas o reacciones. Se parte de tres preguntas para desafiar el pensamiento negativo del paciente: 1) cuál es la evidencia a favor y en contra de este pensamiento; 2) cuáles son las alternativas de pensar esta situación; y 3) cuáles son las implicancias de pensar de esta manera. La primera hace referencia a las distorsiones cognitivas del paciente. Parte de la idea general de la percepción distorsionada de lo que realmente sucedió, es decir que se modificaron los hechos reales para que se alinearan con las creencias del cliente (Beck, 1963). Incluye además los sesgos de atribución, que son explicaciones de las causas que se brindan de los eventos. Hay que tener en cuenta las tres dimensiones de dichos sesgos: el locus (interno o externo), estabilidad (ocurrencia única/inestable u ocurrencia permanente/estable) y controlabilidad (controlable o incontrolable). Se trata de hacerle ver al paciente la evidencia fáctica y lograr una reatribución a las causas de los eventos que se alinee con los eventos ocurridos. Los pacientes que padecen de ansiedad social tienden a realizar atribuciones internas, estables y controlables (Reisenzein, 1986). La segunda pregunta, cuestiona al cliente si su manera de pensar es la única o más útil en esta situación, así como generar y evaluar pensamientos alternativos, imaginando las posibles consecuencias de estos. Para concluir, la tercer pregunta motiva al paciente a examinar si la situación activó ciertas formas de pensar disfuncionales, más aún plantear un escenario imaginario, en el cual su forma de pensar no es errónea cuestionando qué significaría para el paciente y el mundo que lo rodea (Reis de Oliveira, 2012).

Existen otros dos tipos de intervenciones englobadas en la categoría de reestructuración cognitiva. La primera se denomina métodos de cambio basados en evidencia y establece que el sujeto identifique el esquema existente y pueda proponer uno nuevo, siempre en trabajo en conjunto con el terapeuta. Una estrategia es el registro de datos positivos, en el cual se escriben componentes claves del nuevo esquema y registran conductas que apoyen el desarrollo y mantenimiento de este. Otra estrategia es la confrontacional, el terapeuta actúa de manera más directa nombrando las conductas disfuncionales, y las consecuencias que su esquema viejo acarrió. El paciente tiene que realizar al menos una conducta que se alinee con el nuevo esquema para que pueda experimentarlo personalmente. En los métodos de cambio lógico, el segundo tipo de intervención, se examina la evidencia relacionada al viejo y nuevo esquema. Permite imaginarse cómo sería el nuevo yo, con la modificación de las creencias nucleares, haciendo preguntas con respecto a áreas de la vida

del cliente con las cuales está insatisfecho, para poder conectarlo con situaciones problemáticas que se han presentado en la terapia. Finalmente, otra estrategia es la discusión de las ventajas y desventajas, a largo y corto plazo, de las creencias nucleares, teniendo en cuenta una proyección en el tiempo tanto futuro, presente como pasado (Dobson & Doiz, 2019; Sears, 2017).

3.1.1.2. Grupales.

Los grupos de autoayuda pueden ser dirigidos por algún miembro, por lo general veterano. Lo que caracteriza a este coordinador es que comparte la misma enfermedad o dificultad, con los demás integrantes. Silverman y Murrow (1976), refieren que es fundamental para el éxito, porque empatiza tanto en el problema, los sentimientos que puede generar este y las resoluciones a los conflictos que acarrea. Una de las funciones del coordinador es brindar apoyo emocional, entendido como acompañamiento y comprensión de la situación de un miembro del grupo. Este puede ser expresado por medio de refuerzos positivos (se aplaude o recompensan conductas), dentro de espacios para compartir experiencias pensamientos o sentimientos, donde tanto el coordinador como los mismos integrantes, se refuerzan mutuamente y manifiestan aceptación. Brindar información, consejo y educación, es otra de las funciones de estos grupos. El coordinador facilita recursos que ayuden al sujeto a comprender de una mejor manera su trastorno, síntomas y signos que puede estar experimentando. Del mismo modo, los grupos están conformados por personas en distintas etapas, por ende, los miembros que llevan más tiempo pueden ayudar a aquellos que acaban de integrarse al grupo, beneficiándose mutuamente (Domenech, 1998; Seebohm et al., 2013).

En los grupos de autoayuda de las TCC, existen diversas intervenciones que se pueden implementar. En la categoría de resolución de problemas, los pacientes comparten con el grupo situaciones problemáticas que les agobian, y el grupo, con la ayuda del coordinador, trata de buscar distintas soluciones. Al igual que en la intervención individual, está constituida por la orientación de los miembros a los supuestos básicos de resolución de problemas, definición del problema, generación soluciones alternativas, selección del mejor conjunto de soluciones, implementación de la solución y evaluación del resultado. Otra estrategia en la categoría de resolución de problemas es la secuencia de modelado, el objetivo es poder vislumbrar como una situación problemática para varios pacientes puede manejarse de una manera efectiva. Se refiere al aprendizaje que se logra a través de la observación de un

modelo, este puede ser una persona de la vida real o ficticia. Una vez que se identificó el comportamiento a modelar, se debe ensayar en alguna situación real o por medio de un *role play*, técnica que se ampliará más adelante. El último paso es la retroalimentación del grupo, en el cual evalúan verbalmente la eficacia con la que el paciente implementó dicho comportamiento. Después del *feedback* grupal, el paciente junto con los consejos de los otros miembros lleva a cabo tareas extragrupales para practicar la nueva habilidad de afrontamiento (Norton, 2012; Wolgensinger, 2015).

Las intervenciones con respecto a la modificación de la conducta, incluyen los tratamientos de exposición y el entrenamiento en habilidades sociales. Este es uno de los aspectos más importantes ya que, muchas veces la enfermedad o problema los lleva al aislamiento social. El grupo tiene una función socializadora y de acciones en conjunto. La integración a un grupo y las actividades o salidas planificadas por el coordinador, facilitan la participación en la comunidad. El entrenamiento en habilidades sociales incluye la enseñanza y práctica de la comunicación verbal básica: iniciar una conversación, entablar conversaciones triviales y formular transiciones de temas, así como mejorar la modulación y velocidad del discurso y disminuir la repetición de palabras. Del mismo modo se trabaja en habilidades no verbales como la cercanía al otro, las expresiones faciales, los gestos corporales, el contacto visual, y la escucha atenta (Granholm, McQuaid & Holden, 2016). Por su parte, el tratamiento de exposición debe ser gradual y sistemático durante largos períodos de tiempo. Esto facilita un nuevo aprendizaje a medida que los patrones de evitación del cliente comienzan a desencadenarse progresivamente dentro de la sesión de exposición. Al inicio del tratamiento es importante la desensibilización sistemática que, combinada con técnicas de relajación permiten una mejor exposición (la cual puede ser de tipo imaginaria, realidad virtual o en vivo) a los estímulos fóbicos. En la misma línea, es más efectiva cuando se realiza con frecuencia y continúa aun cuando el cliente ha reducido su ansiedad. El foco debe estar en el estímulo temido y no en las propias reacciones, distracciones u otros aspectos del medio (Abromowitz, 2013; Sars & Van Minnen, 2015).

Para terminar, en la categoría de reestructuración cognitiva, se incluyen los pasos que deben tomarse para entrenar al paciente en maneras más efectivas de pensar con respecto a distintas situaciones. En primer lugar, se identifican maneras de pensar disfuncionales y distorsiones cognitivas, que interfieren con el funcionamiento social o crean emociones negativas. En el segundo procedimiento, se reemplazan dichas distorsiones con declaraciones de afrontamiento personales que facilitan el manejo efectivo de los eventos de la vida diaria. Se presentan casos o ejemplos y la tarea del grupo es identificar y nombrar las distorsiones, la

otra es ayudar al paciente a encontrar nuevas maneras de afrontar los eventos. En lo que respecta a las creencias nucleares y los esquemas, se emplea la estrategia de *role play*, en la cual, los distintos miembros del grupo realizan una pequeña obra que permite vislumbrar el esquema viejo y el nuevo esquema, permitiendo ver las ventajas y desventajas de ambos, desde un lugar externo. En síntesis, se solicita la ayuda tanto del coordinador como de los miembros para que asistan en la ampliación del rango de esquemas alternativos, así como comentar acerca del nuevo esquema que el paciente esté implementando (Norton, 2012; Reis de Oliveira, 2012).

Las distintas intervenciones realizadas por el coordinador, mencionadas anteriormente, ayudan a incrementar los sentimientos de control, aumentan el autoestima y la responsabilidad personal por medio de la nueva información adquirida, el cambio de perspectiva y el crecimiento de la red social, reforzando la imagen personal, permitiendo que el individuo comience a percibirse como un sujeto capaz y con valía personal. (Domenech, 1998; Seebom et al., 2013). Erickson, Janeck y Tallman (2007) refieren que los grupos de autoayuda con enfoque de TCC, presentan una tasa de efectividad alta en el trastorno de ansiedad social e implica un menor costo. Asimismo, uno de los aspectos importantes es la comorbilidad, por ende más que fundamental, es necesario una estrategia de tratamiento transdiagnóstico. La terapia grupal cubre exactamente esta necesidad, puesto que es imposible para ciertas clínicas brindar grupos para un trastorno específico, puesto que algunas no tienen muchos pacientes que comparta el mismo diagnóstico por otra parte, puede que no coincidan en horario. Hasta acá se destacaron y detallaron las intervenciones del coordinador de grupos.

3.3. Perspectiva del paciente con respecto al proceso terapéutico

Comprender más acerca del rol del psicólogo y coordinador desde la perspectiva del paciente es imprescindible ya que posibilita un acercamiento a la tarea efectiva, funcionando como guía de los tratamientos, e informando acerca de las teorías que se encuentran vigentes al momento, permitiendo sostener la profesión por medio de la demanda continua del servicio. Los estudios de este tipo dan cuenta de qué tareas e intervenciones, realizadas por distintos actores en el proceso terapéutico, son vividas como significativas por el paciente y cómo los cambios en relación a los síntomas impacta a estos, es decir que admite un nivel de subjetividad además de focalizar en los resultados observables. A continuación se describirán

diversos componentes de las terapias que los pacientes señalan como significativos (Castillo & Villena, 1997; Viklund, 2013).

En un estudio de Levitt, Butler y Hill (2006), enfocado en la perspectiva de los clientes, con un total de 26 participantes, nueve de ellos reportaban una percepción negativa compartida acerca de la psicoterapia. Sus ideas de esta variaban entre que no valía la pena, era inefectiva, o muy difícil. Aquellos que compartieron la proposición de ineffectividad, comentaban que se trataba de distintos factores como su desinterés, su rebeldía o su reticencia de hacer frente al desafiante trabajo de la terapia. Al iniciar el tratamiento siete de los nueve participantes que mostraban aprensión, lograron desarrollar un compromiso terapéutico una vez formada la alianza. Para este cambio, en más de uno de los casos, se necesitó una intervención directa sobre estas preocupaciones del paciente. La honestidad entre el cliente y terapeuta, es uno de los componentes significativos a la hora de la terapia, porque pueden existir expectativas y miedos que perjudiquen su compromiso. Para lograr esta, es útil guiar al individuo para discutir francamente sus sentimientos de vergüenza y miedo a la hora de abordar temas que ellos consideran delicados o difíciles. Otro componente significativo, es el impacto del medio en donde se llevan a cabo las sesiones terapéuticas. Diversos sujetos afirman que el ambiente les transmite sentimientos de seguridad, confort y relajación, atribuidos directamente a objetos físicos. De esta manera, proveían un reflejo de la personalidad, profesionalismo y preocupación del terapeuta hacia sus pacientes. Espacios relajantes y familiares brindaban una sensación de cuidado.

Continuando con el estudio mencionado en el párrafo anterior, los pacientes dilucidaron, que tanto el inicio como el final de las sesiones eran particularmente difíciles. Explicaban que tenían que cambiar de persona a cliente y después a persona otra vez. Para facilitar esta transición varios reportaron tomar tiempo o realizar actividades antes y después de las sesiones para prepararse, e incluso conscientemente al ir finalizando la sesión, volverse menos emocionales. Empero, otros pacientes reportaron que no se les dificultaba tanto el proceso. Comentaron que entre sesiones además leían libros de autoayuda, pensaban en el diálogo terapéutico y dedicaban tiempo a la autorreflexión y cuestionamiento personal. Uno de los componentes primordiales, el cual a lo largo de diversos estudios realizados toma un lugar central, es la alianza terapéutica. Dentro de la alianza terapéutica se identificaron dos factores cruciales. El primero, es la confianza hacia el profesional donde asisten en su desarrollo la credibilidad profesional, las muestras de fe en la evolución y autoevaluación del cliente, respetando el ritmo de cada uno. El segundo factor, es la estructura, la cual engloba los límites de la relación terapéutica, confidencialidad, control sobre el tiempo, regularidad y

sentido de prioridad durante y en cada una de las sesiones. Esto permite desarrollar un sentimiento de seguridad y cuidado en el paciente (Levitt, Butler & Hill, 2006; Viklund, Holmqvist & Zetterqvist, 2010).

Las características propias del terapeuta, es otro de los componentes a destacar. Cualidades que reflejan aceptación del cliente, genuinidad, escucha atenta, empatía, imparcialidad y confiabilidad ayudaban a los pacientes a poder abrirse en sus sesiones facilitando el progreso en la terapia. Dos características problemáticas que mencionaron fueron el presentar un frente muy distante, porque muestra cierta indiferencia y defensividad. Por el contrario, demostrarse demasiado involucrado, puede hacer parecer al profesional como controlador, celoso o reflejar lastima. También, se encontraron características complejas, las cuales dependiendo del caso, fueron características que mejoraban o perjudicaban el tratamiento. Terapeutas que se mostraron desafiantes o confrontacionales, dependiendo del cliente, les daba una imagen de su terapeuta como molesto, necio y crítico. A pesar de ello, para otros clientes que deseaban manipular a su terapeuta esas características permitieron su adhesión al tratamiento. En lo que respecta a la intervenciones terapéuticas, enfatizaron sobre aquellas que cumple el psicólogo como la identificación de patrones, la enseñanza de la autorreflexión, ofrecer nuevas perspectivas, permitir experiencias emocionales, permitir la expresión y cuestionar el significado que los clientes dan a ciertas ideas o situaciones. Ahondando en algunas de las intervenciones como la identificación de esquemas, diversos pacientes refirieron que al poder identificar los esquemas disfuncionales que tenían, lograron a través de la terapia desarrollar relaciones interpersonales más adaptativas. Los pacientes sintieron un cambio en su dependencia hacia otros, resultado de su crecimiento personal dentro de la terapia. Al inicio el terapeuta actuaba como sustituto a la aprobación externa, hasta que el cliente desarrollaba un sentido de autoaprobación. Luego los pacientes lograban una cercanía emocional hacia los demás, reteniendo el sentido de sí mismos en lugar de recaer en la dependencia. Una gran fuente de ansiedad para los pacientes con ansiedad social es la mirada del otro así como el querer proyectar una imagen de sí mismos perfecta (Franco, 2012; Khattra et al., 2017).

En cuanto a la psicoeducación, los pacientes refieren tener cambios más positivos a la hora de experimentar sentimientos de ansiedad. A través de la TCC, los clientes desarrollaron una nueva consciencia de la naturaleza de la enfermedad, dejaron de verla como algo agobiante e inmanejable, para percibirla como algo que pueden aprender a controlar y trabajar de la mano. Incluso, lograron identificar conductas del día a día, relacionadas a la ansiedad, comenzando a sentir cierta calma y concentración en el presente, disminuyendo

pensamientos anticipatorios, fuente de ansiedad. La TCC, al ser una terapia que promueve el aprendizaje de habilidades y herramientas, generar en los pacientes confianza en sí mismos al vislumbrar que poseen habilidades que le son útiles para superar los diversos obstáculos, algunos ejemplos de dichas herramientas son el registro de pensamientos y/o técnicas de relajación. Esto les permite generar una sensación de control sobre sus síntomas y sus recursos personales para hacer frente a estos. El terapeuta interviene y facilita los cambios en la terapia, es decir que posibilitan un espacio para la autorreflexión por medio de la identificación de pensamientos negativos y la confrontación de estos. Al permitir un cambio en estas distorsiones cognitivas los clientes comentaron que se logró no solo un *insight* de ellas sino también del impacto emocional que estas generaban. En general, todas aquellas intervenciones estructuradas se describieron como productivas, puesto que permitían a los pacientes expresarse, vislumbrar el apoyo e interés del terapeuta en el progreso del cliente y funcionaban como una guía en el proceso. En menor medida, otras técnicas mencionadas que impactaron en la terapia son el establecimiento de metas, intervenciones conductuales y *role playing* (Dierick & Lietaer, 2008; Khattra, et al., 2017).

Para finalizar, en lo que respecta a factores ligados específicamente a grupos de autoayuda o terapéuticos, diversos estudios evidenciaron que la cohesión grupal, las autorrevelaciones catárticas, la confirmación interaccional y la percepción positiva del propio progreso terapéutico cumplen un rol de suma importancia según lo referido por los pacientes. En lo que respecta a la satisfacción del paciente, el factor de cohesión grupal, fue el que se destacó como el más significativo, mientras que el factor de confrontación interaccional, se mostró como el menos significativo. Esto puede reflejar que la satisfacción del cliente está relacionada a una cualidad hedonista, es decir que se vincula con sensaciones de un ambiente positivo del grupo y no tanto con aquellas tareas que requieren de un arduo trabajo como lo es la confrontación entre miembros del grupo. Con respecto al cambio, el cliente lo vincula con el factor de la percepción del propio progreso dentro del tratamiento, esa capacidad del paciente de hacer insight es primordial en cualquier trabajo terapéutico. En menor medida otros factores que se observaron en diversos estudios fueron el altruismo, la producción de aprendizaje personal por medio de asignaciones de tareas, intervenciones conductuales o tratamientos de exposición, y el sentimiento de esperanza que se forma entre los miembros del grupo (Dierick & Lietaer, 2008; Marcovitz & Smith, 1983).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Este trabajo final de integración presentó un tipo de estudio descriptivo, con un diseño cualitativo. Por esta razón se basó en la descripción y observación de pacientes y el rol que desempeñaban diversos actores en una institución psicoterapéutica.

4.2. Participantes

Se trabajó con cuatro pacientes diagnosticados con ansiedad social, que participaban en grupos de autoayuda además de su terapia individual, en una institución especializada en el diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad. Los grupos estaban conformados por hombres y mujeres de manera muy equilibrada. Al ser grupos no obligatorios no concurrían siempre los mismos pacientes, habitualmente se componía por cinco mujeres con edades de 22 a 66 años y cinco varones de 20 a 40 años de edad.

El grupo de cuatro pacientes, se conformó de la siguiente manera: El paciente N, varón de 25 años de edad, presentaba un diagnóstico de ansiedad social y se encontraba en tratamiento desde 2017. En ese momento estaba en busca de alguna tecnicatura y era desempleado, si bien era oriundo se mudó a Bs. As. donde residía con sus hermanos. Paciente H, de 38 años de edad, es un varón diagnosticado desde el 2013 pero empezó su tratamiento en 2018 en esta institución. Se desempeñaba como enfermero desde hace más de 10 años, vivía con su pareja y era del interior. La paciente L, mujer de 22 años, no estudiaba ni trabajaba. Era de provincia y se encontraba en tratamiento desde 2018. Finalmente, la Paciente S, de 66 años de edad, era una mujer jubilada que residía en CABA. Se encontraba dada de alta pero por una situación en su núcleo familiar no solo decide volver a los grupos sino también a las sesiones con su psicólogo.

Adicionalmente, participaron pacientes recuperados que estaban a cargo de los grupos de ansiedad social y trastornos de ansiedad, donde realizaban las exposiciones con los pacientes, como parte del tratamiento. Las coordinadoras eran mujeres de alrededor de 60 años de edad, con diagnóstico de ansiedad generalizada y agorafobia, y se desempeñaban en los grupos como coordinadoras desde hace más de cinco años. La coordinadora A, de 69 años, coordinaba el grupo desde el año 2009, tenía diagnóstico de ansiedad generalizada y rasgos de TOC. La coordinadora U, de 65 años de edad, ayudaba en la coordinación de grupos desde el año 2013 y su diagnóstico era de agorafobia.

Finalmente, participó una psicóloga de 42 años, que trabajaba en la institución desde el año 2001, con una orientación en terapia cognitiva conductual.

4.3. Instrumentos

- Observación participante en los grupos de ansiedad social y trastornos de ansiedad. Se debe agregar además el rol de acompañante terapéutica desempeñado por la pasante, con un paciente asignado previamente, de sexo masculino, 25 años de edad con diagnóstico de ansiedad social y el cual estaba en la institución como paciente desde mayo de 2017.

- Entrevistas semidirigidas a dos coordinadoras de grupos, una psicóloga y cuatro pacientes, con edades de 25 a 66 años, que participaban en los grupos brindados por la institución. Las entrevistas inquirieron acerca de las tareas e intervenciones del psicólogo y coordinador, la supervisión de los coordinadores, si existe una derivación entre coordinador y psicólogo, el vínculo con el paciente y como estos últimos percibían las diferencias entre los actores de la institución. Los ejes a indagar con respecto a la psicóloga fueron; la formación profesional que tenía, las tareas que realizaba desde el diagnóstico hasta el tratamiento individual de los pacientes, las estrategias que utilizaba a la hora de intervenir, el tipo de alianza terapéutica que formaba, inquirir si el trabajo con los coordinadores es en conjunto y si existía algún tipo de supervisión de casos de los progresos que mostraban en los grupos, los límites y alcances entre psicólogo y coordinador.

Con respecto a los coordinadores se indagó qué entrenamiento recibieron para poder llegar a ese puesto, qué tareas desempeñaban, como intervenían y en qué situaciones los hacían, el tipo de vínculo que formaban, si informaban a los psicólogos del progreso de los pacientes en el grupo, si realizaba algún tipo de derivación al psicólogo y en qué circunstancias lo hacían.

Para concluir, a los pacientes se les entrevistó no solo con el fin de poder diferenciar los roles del psicólogo y el coordinador, sino también, para diferenciar entre las tareas e intervenciones que mencionaban los distintos actores en contrataste con las que percibían. Se les preguntó las tareas que realizaban, las intervenciones, sobre qué temas trabajaban, la diferencia entre psicólogo y coordinador, el vínculo que formaban con cada uno, también acerca de interrogantes relacionadas a su diagnóstico, tiempo en tratamiento psicoterapéutico, y desde cuando asistían a los grupos.

4.4. Procedimiento

La observación participante se llevó a cabo en distintos grupos. Los días viernes, se concurrió a un grupo especializado en ansiedad social, el cual tenía una duración de tres horas. Los días sábados, se asistió a un grupo con el nombre de agorafobia, al cual no obstante, asisten pacientes con diversos trastornos de ansiedad. El grupo de los sábados tenía una duración de cuatro horas. Además en este grupo se realizaba una salida larga, una vez al

mes, de 10 horas. Por medio de la observación participante en los distintos grupos se pudieron registrar las tareas e intervenciones que implementaban los coordinadores, el tipo de vínculo que los pacientes habían formado con los coordinadores y cómo interactuaban los integrantes del grupo. Por otro lado, se cumplió también un rol como observador participante durante las exposiciones realizadas como acompañante terapéutico de un paciente.

Las entrevistas fueron individuales, con una duración aproximada de 15 minutos, y permitieron pesquisar no solo las tareas del psicólogo especializado en el trastorno de ansiedad social, las intervenciones que implementaba, y la alianza terapéutica establecida, sino también el rol que cumplen los distintos coordinadores de los grupos que dirigen. Las entrevistas posibilitaron una mejor comprensión y delimitación de los roles de ambos actores más allá de la observación realizada, además en el caso de la definición del rol del psicólogo fue fundamental. Por último, gracias a la observación participante y las entrevistas realizadas no solo a los profesionales sino también a los pacientes se pudieron describir las diferencias entre psicólogo y coordinador y los componentes más relevantes dentro de la terapia individual y grupal.

5. Desarrollo

5.1 El rol del psicólogo en el abordaje de la ansiedad social, bajo el modelo cognitivo conductual

Para responder a este objetivo, que proponía vislumbrar el rol que cumple el psicoterapeuta en el tratamiento de la ansiedad social, dentro del modelo cognitivo conductual se verán tanto aspectos de la TCC como intervenciones implementadas por él profesional. En primer lugar, se destacan cinco de los principales aspectos que fueron cruciales en la terapia y vinculados al rol del psicólogo; los mismos están enfocados en la alianza terapéutica, la cooperación en el establecimiento de metas, la estructura y duración del tratamiento, la psicoeducación y la asignación de tareas. En segundo lugar, se abordan aquellas intervenciones realizadas dentro del tratamiento, haciendo hincapié en el entrenamiento en habilidades sociales y de relajación, la activación conductual, la metacognición, el uso de metáforas, la estrategia confrontacional y la imaginación del yo futuro.

Respecto al primer componente, que refiere a la alianza terapéutica (Castonguay & Beutler, 2006), la psicóloga entrevistada menciona la importancia de crear un vínculo con las bases de la empatía, comprensión, respeto y aceptación. Este concepto se ilustra con el

siguiente ejemplo, un paciente con diagnóstico de ansiedad social comórbido con depresión tuvo un episodio depresivo. Bajo este panorama la psicóloga le propone asignarle un acompañante terapéutico, sin embargo, el paciente no se siente cómodo y explica las razones por las cuales no está de acuerdo y la profesional muestra comprensión y respeta su decisión. La alianza terapéutica se asocia a la efectividad de la psicoterapia, puesto que no solo mejora el proceso terapéutico sino también aumenta la probabilidad de adhesión al tratamiento (Ardito & Rabellino, 2011). En cuanto al segundo componente, la terapeuta refiere a la importancia del empirismo colectivo entre el profesional de la salud y el paciente, que ayudaría a facilitar el establecimiento y cumplimiento de metas y objetivos, al margen de la flexibilidad que permite ir adecuando el tratamiento según la evolución del cliente. Siendo esta, una de las principales características de la TCC, tal como fue indicado por Otto y colaboradores (2003). Sin embargo, en lo que respecta al compromiso de los pacientes, así como el tercer componente que refiere a la duración de corto plazo que caracteriza a la TCC, la autora del trabajo observó que, en definitiva, diversos clientes de la institución transgredieron no solo en tiempo sino también carecían de un compromiso real, esta falta muchas veces resultaba en esa extensión indefinida del tratamiento, lo cual es contrario a los principios de este tipo de terapia (Dobson & Dobson, 2018).

Con respecto al cuarto aspecto que es el de la psicoeducación, al igual que refieren especialistas en la materia (Economou, 2015), la psicóloga, explicó que es fundamental brindarle información al paciente, para lograr una mejor comprensión de sus síntomas. Dejando de lado el pensamiento de “estoy loco”, y permitiendo vislumbrar que dichos signos y síntomas son producto del trastorno que padecen. Esto fue observado por la pasante el primer día, al hablar con un paciente que comentaba acerca de su diagnóstico y cuáles síntomas experimentó. Al respecto el paciente mencionó que en un principio no entendía aquello que le estaba sucediendo pero al llegar a la psicoterapia pudo nombrar y clasificar todo lo que en su momento experimentó como sensaciones ajenas. No obstante, la psicóloga mencionó que no brindan ningún tipo de psicoeducación a familiares, al tratar con adultos. Diversos autores que trabajan en el área (Dobson & Dobson, 2018; Economou, 2015) refieren a la importancia de la psicoeducación a familiares y/o amigos de los sujetos diagnosticados con el trastorno de ansiedad social, puesto que tienden a mostrar una imagen perfecta de sí mismos, tal como mencionan Spence y Rapee (2016). Al respecto se puede poner por caso lo acontecido a un paciente, que al no contar con el apoyo familiar su tratamiento se veía afectado. Según la terapeuta diversos progresos realizados dentro del ámbito de la terapia no se reforzaban en su hogar, como lo era, por ejemplo, el continuar con algún estudio. Una vez

que se aproximaban los distintos formatos de evaluación, el paciente N se retiraba del curso. Sus familiares no motivaban su permanencia en el centro académico, concluyendo que no era de su agrado dicho curso y no lo atribuían a su trastorno.

Para concluir, la autora del trabajo vislumbró que la asignación de tareas (Kazantzis et al., 2017), quinto aspecto a desarrollar, es un pilar en la institución, dentro de la terapia y fuera de ella. La psicóloga indica, que es un elemento que permite afianzar la alianza terapéutica, dado que se deben asignar sólo aquellos ejercicios con los cuales ambos actores están de acuerdo. En este caso, además del uso de esta técnica, es fundamental brindar un tiempo dentro de la terapia para que el paciente pueda detallar acerca de su proceso con esta. Este tipo de estrategias suelen estar vinculadas a una mayor adherencia al tratamiento y disminución de recidiva (Strunk et al., 2007). Por ejemplo, la paciente L se encontraba realizando escasas actividades en su día a día por lo que, se le plantea la idea de comenzar la búsqueda de pequeñas actividades para activar su rutina diaria. Junto con su terapeuta acordaron que una tarea para la próxima sesión sería crear una lista de diversas actividades con las que le gustaría comprometerse. Esto posibilitó, no solo la participación de la paciente L, sino que la profesional se aseguraba que se iban a comprometer solo con aquello que atraía a su cliente. Algo semejante ocurre con el paciente N, quien al avanzar en su proceso terapéutico debía usar el transporte público para llegar al nuevo curso. Sin embargo, la pasante observó, que el viaje de 30 minutos, en colectivo, causaba en él diversos síntomas. Efectivamente, en la siguiente sesión el paciente se lo comentó a la terapeuta, y esta le indica que juntos busquen otra opción para llegar al centro académico y que hagan un viaje de práctica. Esto es una clara ilustración del empirismo colectivo (Tee & Kazantzis, 2011) entre actores para el cumplimiento de las tareas.

A continuación se ahondará en las diversas intervenciones realizadas por el psicólogo dentro del tratamiento de sujetos con ansiedad social. Se han observado tres técnicas principales que buscan modificar conductas: entrenamiento en habilidades de relajación y sociales. La profesional refiere que la primera no solo contribuye a aliviar síntomas sino que en aquellos pacientes con poca actividad en su rutina, agregan un pasatiempo. A su vez, comenta que el entrenamiento en habilidades sociales se realiza con la ayuda de las pasantes, de este modo los pacientes cultivan habilidades y las practican con personas con las cuales no están familiarizados del todo. El paciente H se desempeña como enfermero; la psicóloga por medio de la entrevista refirió que recomendó añadir a su rutina diaria una hora mínima de ejercitación en un gimnasio, puesto que está en constante contacto con personas, generando en él mucha tensión muscular, sudoración e incluso sonrojo. Estos síntomas a su vez

colaboran en aumentar la ansiedad, retroalimentando el ciclo, este ejemplo basta para ilustrar la importancia de la intervención de habilidades de relajación (Davis et al., 2000). Otro caso, es el del paciente N con quien la pasante participó de forma activa, dado que la terapeuta le asignó la responsabilidad de actuar como acompañante terapéutica. Uno de los objetivos con este paciente, era lograr que hiciera contacto visual, iniciar conversaciones, más aún indicar cada vez que éste hacía uso repetido de monosílabos a la hora de hablar, para mejorar la fluidez de esta. Sirva este caso para ejemplificar el concepto de entrenamiento en habilidades sociales, intervención clave de las TCCs en el abordaje de ansiedad social (Granholm et al., 2016).

En cuanto a las intervenciones enfocadas en la reestructuración cognitiva, en sus diversas variables como la metacognición, la modificación de distorsiones cognitivas y sesgos de atribución (Reis de Oliveira, 2012), las mismas se realizan dentro de la terapia por lo que la pasante sólo cuenta con la información brindada por la profesional en la entrevista. La terapeuta enumera principalmente la metacognición, la cual se asocia con la identificación de pensamientos disfuncionales y su eventual modificación. Además menciona que implementa la técnica del uso de metáforas, permitiendo el acercamiento con emociones al buscar una imagen u objeto que refleje esa experiencia vivida. Ambas intervenciones son mencionadas por Dobson y Dobson (2018), como claves dentro del modelo cognitivo conductual. Igualmente, la autora del trabajo atisbó la estrategia confrontacional (Reis de Oliveira, 2012) ejemplificada con el paciente N, el cual no se encontraba del todo comprometido con algunos de los objetivos. La psicóloga, por ende, realizó una pequeña supervisión en conjunto a la pasante asignada, posteriormente la terapeuta preguntó al paciente y este al tratar de manipular su respuesta era confrontado por ella. Avanzando en la observación hecha, con la paciente L, se utilizó la técnica de imaginación del yo futuro (Sears, 2017), permitiendo que esta se pueda proyectar en tiempo e imaginarse a sí misma con todos los objetivos propuestos ya alcanzados, promoviendo la motivación y el compromiso con el tratamiento, más aún identificar los esquemas viejos que no eran funcionales.

Hasta acá no solo se han desarrollado aspectos fundamentales de la TCC, como lo son la alianza terapéutica, la asignación de tareas y la psicoeducación, por nombrar algunos, sino también diversas intervenciones clínicas como el entrenamiento en habilidades comunicacionales y técnicas confrontacionales, técnicas que buscan tanto la modificación de conductas como la reestructuración cognitiva de los pacientes.

5.2 El rol del coordinador en grupos que abordan la ansiedad social

El objetivo que se refiere en este punto, intentaba exponer cuáles eran las funciones e intervenciones que realiza el coordinador de grupos especializados en el trastorno de ansiedad social, con el enfoque cognitivo conductual. En primer lugar, se tratarán aquellos aspectos vinculados al rol del coordinador de grupos de autoayuda, se destacan como pilares fundamentales el coordinador como paciente recuperado, el apoyo emocional y la función socializadora. En un segundo lugar, se van a trabajar con las intervenciones realizadas dentro del tratamiento, para las cuales se identificaron la secuencia del modelado, las habilidades sociales y la desensibilización sistemática.

Respecto del primer componente, que refiere a los coordinadores como pacientes recuperados, la pasante pudo observar con claridad que cada uno de los coordinadores encargados de los distintos grupos eran ex pacientes, los cuales habían sido diagnosticados con algún trastorno de ansiedad y llevaron su tratamiento en la misma institución. La coordinadora A comentó que una vez recuperados podían ser voluntarios en dichos grupos, y ello posibilitaba una mejor comprensión del trastorno padecido por los pacientes por medio de la empatía y permitía plantear posibles soluciones a problemas compartidos. A su vez mencionó que el director de la institución les impartía un curso de cuatro meses como capacitación para brindarles las herramientas necesarias para cumplir este rol. El hecho de que los grupos estaban coordinados por pacientes recuperados es una clara ilustración de lo que Silverman y Murrow (1976) denominan como el componente del éxito de los grupos de autoayuda.

En cuanto al segundo componente, que es el apoyo emocional, Seeböhm y colaboradores (2013) refiere que se brinda por medio de refuerzos positivos o dentro de espacios para compartir sentimientos y experiencias. Sirva de ejemplo la siguiente situación: a la paciente L se le asignó una práctica de exposición, en la que debía hacer uso del transporte público. Durante una parada totalmente sola, se le indica la tarea y una vez que la coordinadora se aseguró que su nivel de ansiedad estuviera estable dio comienzo a la tarea. El temor de esta paciente es el de perderse, y una vez perdida tener que preguntar a alguien como ubicarse nuevamente. Al finalizar esta, la coordinadora A indicó a pasantes y miembros del grupo que aplaudieran, para mostrar refuerzo positivo. Otra forma de ilustrar este concepto, se presentó con la paciente S, dada de alta en lo que respecta a su terapia individual, quien por circunstancias personales decide reintegrarse al grupo por el apoyo que este le brindaba.

Es necesario recalcar que los grupos concurren por la pasante no se apegan fielmente a la definición de grupos de autoayuda (Domenech, 1998). La psicóloga explicó durante la entrevista, que estos funcionan como un refuerzo a la terapia individual de cada paciente, asisten una vez que se encuentran estables y tiene un mayor progreso en su tratamiento. En este caso específicamente la psicóloga refiere que en los grupos no se establecen espacios para que los miembros puedan compartir sus experiencias o sentimientos provenientes de problemáticas de sus vidas personales, simultáneamente los distintos coordinadores no tiene permitido brindar consejo o información acerca de síntomas, signos o medicamentos. Por otro lado la coordinadora A, reafirmó que cuando un paciente desea contar alguna dificultad personal se lo refiere a su terapeuta, son estos los que se encargan de dar dirección. Ellos como coordinadores están a cargo de intervenciones como la desensibilización sistemática y el entrenamiento en habilidades sociales (Granholm et al., 2016; Sars & Van Minnen, 2015). Siguiendo esta línea, añadió que en el grupo existía la regla que prohíbe el hablar de aflicciones médicas, exceptuando si alguien siente niveles muy altos de ansiedad por la actividad realizada en el grupo. Al mismo tiempo, si algún paciente está con un tratamiento médico, por ejemplo antibióticos, el psicólogo debe hacérselo saber al coordinador y el paciente sólo podrá tomar su medicación alejado del grupo. Aunque según los diversos autores (Domenech, 1998; Seebohm et al., 2013), estas características también conforman el aspecto de apoyo emocional, en estos grupos específicamente se brindan por otros medios.

Finalmente, la función socializadora, último componente a desarrollar, Domenech (1998) refiere que es uno de los aspectos más importantes de los grupos de autoayuda. De la misma manera la coordinadora U, mencionó que la asistencia a los grupos es uno de los puntos más relevantes dentro del tratamiento de los pacientes, puesto que se vislumbró que era el primer paso de reintegración a algún círculo social de diversos pacientes. Explicó además que esto se debía a su diagnóstico de trastorno de ansiedad social, que los llevaba al aislamiento. Baste como muestra el siguiente ejemplo: la paciente L, mencionada en párrafos anteriores, no se encontraba realizando ningún tipo de actividad fuera de terapia, las únicas actividades involucraban a familiares o su pareja, por lo que la psicóloga decide una vez avanzado su tratamiento individual que comience a asistir a alguno de los grupos de la institución, permitiendo que socialice con diversas personas de varias edades. Con un ejemplo bastante similar, el paciente N, estaba a punto de iniciar una tecnicatura. La psicóloga por lo tanto solicita que se integre a los dos grupos de autoayuda para que pueda ir

poco a poco socializando con distintos individuos y le sea más sencilla la transición a un ámbito académico una vez que comience su cursada.

A continuación se detallarán las intervenciones que realizan los distintos coordinadores en los grupos que abordan el trastorno de ansiedad social. La primera de ellas refiere a la secuencia de modelado (Norton, 2012), que si bien no es una técnica que realicen de manera explícita, la pasante al observar la dinámica grupal pudo inferir que era una intervención grupal que forma parte del tratamiento. Las diversas entrevistas hechas tanto a las coordinadoras como a los pacientes, permitieron vislumbrar que las primeras son vistas como figuras modelo. La coordinadora U comentó que sus historias personales como pacientes recuperadas sirven de ejemplo y motivación para los pacientes. A su vez, mencionó que permite que observen cómo se comporta un sujeto con esquemas más funcionales, de manera análoga aprenden a identificar aquellos esquemas disfuncionales que tienen. Por consiguiente, comienzan a implementar las nuevas creencias nucleares en su propia rutina, por ejemplo, cómo controlar sus síntomas físicos que se presentan en ciertas situaciones sociales.

La segunda intervención refiere al entrenamiento en las habilidades comunicacionales, esta es de suma importancia en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de ansiedad social, y abarca no solo el lenguaje verbal sino también el no verbal (Granholm et al., 2016). Baste, como muestra el paciente H, el cual se desenvolvía de manera adecuada con su lenguaje verbal, puesto que su profesión involucraba una comunicación constante entre compañeros de trabajo, figuras de autoridad y pacientes. Sin embargo, su lenguaje no verbal se encontraba comprometido, se le dificultaba el contacto visual, la cercanía a los demás y el control de sus expresiones faciales, por lo tanto las coordinadoras se enfocaron en el entrenamiento en habilidades del lenguaje no verbal. Sirva, además, de ejemplo el paciente N, con habilidades sociales bastante deterioradas, utilizaba un tono de voz bajo y un ritmo acelerado a la hora de hablar, más aún no lograba mantener contacto visual y hacía uso de diversas “muletillas” cuando estaba muy ansioso. La psicóloga recomendó el entrenamiento en habilidades sociales no solo con la pasante, que actuaba como acompañante terapéutica, sino también el reforzamiento dentro del grupo. A su vez, la coordinadora A, encargada de este paciente, enfatizó la práctica que conllevaba el entablar conversaciones triviales, iniciar y mantener conversaciones que traten de temas no particularmente interesantes para él, puesto que tendía a interrumpir y distraerse en situaciones que no impliquen temas de su gusto, según comentó la terapeuta.

Finalmente, la intervención estelar en los grupos de esta institución son las exposiciones, que buscan modificar conductas disfuncionales (Sars & Van Minnen, 2015). La psicóloga refiere que se realizan una vez que el paciente se siente lo suficientemente cómodo en el reconocimiento y manejo de sus síntomas, puesto que es una técnica que puede aumentar dichos síntomas y signos, por lo tanto se debe dar inicio con pequeñas exposiciones e ir en aumento. Se observó que todo tipo de exposiciones se realizan en los distintos grupos y están a cargo de las coordinadoras. Se puede poner como caso al paciente H, con el cual se realiza una desensibilización sistemática en una librería. Se le asigna entrar, buscar a un empleado, entablar una conversación de mínimo cinco minutos y posteriormente consultar si tienen un libro que trata de temas bastante íntimos como es la sexualidad, para llevar el miedo al máximo y poder vislumbrar cómo maneja dicha reacción. Durante la exposición la pasante observa su postura rígida a la hora de iniciar la conversación, conforme pasa el tiempo el paciente logra relajarse, mantener contacto visual y una buena expresión de su lenguaje corporal. Sin embargo, cuando se acerca el momento de preguntar por el ejemplar comienza a mostrarse tenso, la transpiración y enrojecimiento son visibles en su cara. No obstante logra completar la tarea sin ningún otro inconveniente y el paciente H comenta que aunque le fue un poco difícil al final, se expresa contento al poder realizar la exposición.

Otro ejemplo que ilustra esta intervención se da con la paciente L, esta teme a que grandes cantidades de gente la vean al mismo tiempo, por lo que la coordinadora diseñó una exposición en un museo que tiene un pequeño escenario. Se le asigna que debe subir a dicha tarima, contar alguna historia o simplemente que hizo en la semana. La autora del trabajo la observó sumamente nerviosa, sus manos temblaban, tenía una postura tensa y no lograba hacer contacto visual pero sí contar su rutina diaria. La coordinadora U comentó que se comenzó con algo pequeño, el público consistía solamente de los miembros del grupo, pasantes y demás coordinadoras. Para concluir, se presenta el caso de la paciente S, quien a pesar de que vuelve a asistir al grupo se encuentra realmente estable, necesitando nada más apoyo emocional. Comenta su experiencia al iniciar, refiere sentir muchos síntomas y malestares al hacer uso del transporte público en especial el subte. Usualmente siente que los demás la miran constantemente y la juzgan, por lo que una vez en el subte tomaba una posición en una esquina viendo hacía la pared, masticando chicle y con ambas manos en algún lugar para sostenerse y aliviar la ansiedad. Sus primeras exposiciones fueron en colectivo, al comienzo ir de pie con una sola mano como apoyo y sin chicle, posteriormente sentada en los primeros asientos del bus que están posicionados de forma contraria a todos los demás para tener que practicar el hecho de ser vista. Finalmente, realizó viajes en subte,

en los cuales debía ir sentada, y además, por su edad pedir un asiento. Todas estas exposiciones; se realizaron siempre bajo la supervisión de los coordinadores de manera gradual y continua, como diversos autores sugieren (Abromowitz, 2013). Hasta este punto se abarcaron distintos aspectos correspondientes al rol del coordinador como el ser paciente recuperado y el apoyo emocional. Asimismo, se ahondó en las distintas intervenciones las mismas fueron la secuencia de modelado, las habilidades comunicacionales y las exposiciones.

5.3 Análisis de las diferencias entre las funciones reales del psicólogo y del coordinador y las funciones percibidas por los pacientes

El objetivo buscaba vislumbrar las diferencias entre las funciones reales que cumplen tanto el psicólogo como el coordinador de grupos con aquellas que vive como significativas el paciente en su tratamiento, desde un enfoque cognitivo conductual. En primer lugar se destacan cuatro características primordiales de la TCC y vinculadas al rol del psicólogo, las mismas son la alianza terapéutica, la estructura y duración de las sesiones, las cualidades propias del terapeuta y la psicoeducación. En lo que refiere a las intervenciones realizadas por el profesional se hace hincapié en la estrategia confrontacional, el entrenamiento en habilidades y la reestructuración cognitiva. En segundo lugar, se van a abordar dos de los aspectos fundamentales de los grupos de autoayuda, los cuales son la cohesión grupal y la confirmación interaccional. En lo que respecta a las intervenciones implementadas por el coordinador se resalta la asignación de tareas y la desensibilización sistemática. Por último se detallará la relevancia de la confidencialidad de los datos del paciente.

La alianza terapéutica (Ardito & Rabellino, 2011), es el primer componente a desarrollar. La paciente L comenta que uno de los factores más importantes para ella es el vínculo que creó con su psicóloga, lo caracterizó como un vínculo de reciprocidad. Además agregó que uno de los trabajos de su psicóloga fue lograr que confié plenamente en ella, refiere a sus propios síntomas explicando que por su diagnóstico su miedo era la ser juzgada por su terapeuta. Por otro lado, el paciente H, el cual explicó que durante 10 años realizó diversas psicoterapias y tratamientos farmacológicos sin mejora alguna, aludió a su escepticismo a la hora de iniciar un nuevo tratamiento, tema que trató en conjunto con su psicóloga acerca de las pocas expectativas de la terapia, aunque tenía en deseo de mejorar. El trabajo que realizaron en conjunto para superar dichos obstáculos permitió que se estableciera un vínculo de honestidad y confianza. Estos casos con una clara ilustración de la confianza como factor crucial para el desarrollo de la alianza terapéutica (Levitt et al., 2006). Tal como

se exhibió en el subapartado correspondiente al desarrollo del objetivo uno, la psicóloga describe la alianza terapéutica como un vínculo crucial dentro del tratamiento del paciente y que se asiente sobre las bases de la comprensión, aceptación y empatía, mostrándose coincidente con aquello que refieren los pacientes. Un componente que refiere la profesional pero los pacientes no destacan es el empirismo colectivo entre ambas partes a la hora de fijar las metas y objetivos del tratamiento y el rol que este componente cumple a la hora de fortalecer la alianza terapéutica, existiendo una leve discrepancia con aquello expuesto por los pacientes.

Con respecto al segundo componente, que refiere a la estructura y duración de las sesiones, los pacientes expresaron opiniones diversas. El paciente N se le observaba inclinado a la estructura rígida de las sesiones y tratamiento. Comentó que su forma de ser un poco distraída y dispersa realmente requería de una terapia y psicólogo bastante directivos, aunque destacó que inclusive con dicho tratamiento estructurado se le dificultaba mantener el orden de sus sesiones y tareas asignadas. Con una visión un poco opuesta, el paciente H, al haber atravesado multiplicidad de psicoterapias con diversos enfoques, remitió que de vez en cuando le resultaban cortas las sesiones, además comentó: “a veces siento que soy un paciente más, es decir, un cliente que solo va y consume y deja su dinero. Algo así como un intercambio comercial pero entiendo que esto es un trabajo directivo”. En contraste a lo expresado por él paciente, diversos autores que refieren a las características de la TCC destacan la efectividad de la estructura de la terapia bajo el modelo cognitivo conductual. De la misma manera distintos estudios enfatizan la perspectiva de los pacientes recalcando este aspecto -estructura y duración- como importantes (Dobson & Dozois, 2019; Levitt et al., 2006). Tal como se expresó en el desarrollo del objetivo correspondiente, aunque él mismo no es incluido dentro de los aspectos que refiere la profesional a lo largo de las distintas observaciones se pudo dar cuenta de que era un aspecto a mejorar, puesto que en diversos casos el tratamiento de alargaba indefinidamente, resultando contrario a los principios de la TCC (Dobson & Dobson, 2018), lo que revela una discrepancia entre la perspectiva de la profesional y aquello que expresan los pacientes. La asignación de tareas (Kazantzis et al., 2017), es un componente que se encuentra estrechamente ligado a la estructura y directiva de estas terapias, es un aspecto que la profesional destacó como relevante para los pacientes pero estos no hacen mención alguna de aquella.

En cuanto al tercer componente, que desarrolla las cualidades propias del terapeuta (Khattra et al., 2017). Las diversas entrevistas realizadas por la autora del trabajo posibilitaron una visión general de las cualidades que rescatan los pacientes con respecto a

sus respectivos terapeutas, las mismas son: la sensación de ser escuchados sin temor de ser juzgados o etiquetados, la empatía y la imparcialidad, puesto que comentaron que muchas veces es necesario que los saquen del lugar de víctima o que no les permitan refugiarse detrás de su trastorno. Franco (2012) explícita que las características de los profesionales de la salud son de suma importancia, porque pueden facilitar el proceso terapéutico o dificultar la adhesión al tratamiento. En lo que refiere a este componente, la terapeuta no hizo mención de características personales o generales que facilitan el proceso terapéutico. La psicoeducación, el cuarto componente, al igual que expertos en la materia indican (Viklund, Holmqvist & Zetterqvist, 2010), los diversos pacientes refieren a la relevancia de esta. Sirva de ejemplo el caso de la paciente S para ilustrar este concepto, quien expresa que fue un aspecto primordial en la mejora de su padecimiento, el poder comprender qué le sucedía y poder ponerle un nombre a sus síntomas permitió vislumbrarlo como un diagnóstico que podía superar y con el cual podría aprender a convivir y manejar. En el caso del paciente H, como se mencionó anteriormente, realizó multiplicidad de tratamientos sin ser diagnosticado correctamente, este refirió que la psicoeducación le brindó una sensación de alivio, al saber que no era el único que padecía dichas incomodidades y malestares. Su psicóloga además le indicó leer material que le brindara una visión más profunda del trastorno de ansiedad social. Asimismo, agregó que en un futuro le gustaría ser parte del grupo de coordinadores y llevar la capacitación para poder transferir dichos conocimientos a más personas, puesto que expresa que la sociedad en general desconoce del tema, tal como sus propios familiares y amigos lo desconocían. Tal como se detalló en el objetivo correspondiente, la profesional refiere lo crucial de informar al paciente del trastorno que padece, y cómo esto permitía la comprensión de los síntomas y una mejor adherencia al tratamiento. Sin embargo, hay que destacar que tanto los pacientes como la psicóloga indican que no existe la psicoeducación para familiares, siendo esta primordial según especialistas (Economou, 2015).

A continuación, se detallarán las intervenciones rescatadas por los pacientes, la estrategia confrontacional es la primera de ellas. La pasante observó que en el caso del paciente N, el cual tendía a ser un poco manipulador era necesaria dicha estrategia, a lo cual le sorprendió que el mismo paciente lo haya identificado. El cliente mencionó que aunque no era algo de lo que estaba orgulloso muchas veces era más fácil manipular que atravesar los desafíos que la terapia le proponía y presentaba, por lo que en su caso mostraba gratitud por tener una psicóloga que vislumbraba su accionar y actuaba de manera directa y confrontacional. De la misma manera la paciente L, refirió que una de sus quejas con respecto a su terapeuta era que se presentaba como muy pasiva, que para ser un modelo

comportamental esperaba un poco más de directiva y confrontación en su tratamiento. Por otro lado, la paciente S, expresó su descontento ante una estrategia tan confrontacional, sin embargo, se propuso tratar el tema con su terapeuta, expresando su descontento y llegar a un acuerdo con la profesional para cambiar dicho acercamiento terapéutico. Este amplio rango de opiniones en relación a esta estrategia la comparten Khattra y colaboradores (2017), que refieren que es una de las técnicas más problemáticas, según su estudio, puesto que depende completamente del juicio del profesional para pesquisar si con su paciente va a ser de utilidad o no. Respecto a este componente, tal como se mencionó en el subapartado correspondiente, aunque la profesional no refiere su utilización, a lo largo de las distintas observaciones se pudo dar cuenta que efectivamente esa intervención es aplicada.

La segunda intervención es el entrenamiento en habilidades de relajación. Tanto especialistas en la materia (Davis et al., 2000) como pacientes hacen mención de esta. En la institución a la que se concurrió, la pasante observó que los diversos profesionales la recomiendan pero solicitan ayuda de terceros para su implementación, siempre teniendo en cuenta los gustos y perfiles de sus pacientes. Como es el caso del paciente N, el cual se encontraba con gran variedad de síntomas característicos del trastorno de ansiedad social. La psicóloga le recomienda tanto natación como yoga para poder comenzar la relajación corporal. A su vez la profesional comentó que la recomendación de estas actividades no eran al azar, este paciente por su diagnóstico tendía a encorvarse con el objetivo de pasar desapercibido, lo que ocasionó en él graves dolores de espalda. De la misma manera el paciente H inició su participación en el gimnasio por pautas de su terapeuta, tal como se mencionó en párrafos anteriores. Ambos clientes expresaron su contento una vez iniciado el entrenamiento en habilidades de relajación, haciendo hincapié en que a la hora de presentarse situaciones sociales que los invadían con síntomas y signos negativos, estos podían implementar técnicas aprendidas en sus respectivos espacios para poder relajar su postura e incluso músculos faciales. Asimismo, el paciente N refirió que sus dolores disminuyeron significativamente por la mejora en su postura. Con respecto a este componente coinciden los pacientes con la profesional, dándole importancia al entrenamiento en habilidades de relajación. La psicóloga en el subapartado correspondiente, refiere que estas ayudan a aliviar síntomas y agregan una actividad nueva a sus rutinas diarias. Sin embargo, varios pacientes comentaron que conllevaba un gasto extra el poder llevarlas a cabo y la paciente L, comentó que para ella no era una posibilidad el financiarlo. Por otro lado, en lo que refiere al entrenamiento en habilidades sociales, la psicóloga hace mención de estas sin embargo hace la salvedad que este entrenamiento en habilidades comunicacionales lo realizan las pasantes,

esta puede ser la razón de la discrepancia entre la perspectiva de la profesional y aquello que mencionan los pacientes.

Para concluir con las intervenciones del psicólogo, se menciona la reestructuración cognitiva, en este caso la técnica que destacaron los pacientes fue la identificación y modificación de distorsiones cognitivas, así como diversos autores refieren que son de las intervenciones más significativas a lo largo de la terapia (Khattra et al., 2017). Sirva de ejemplo la paciente S, que actualmente no se encuentra en terapia individual, quien comentó que durante su tratamiento modificar dichas distorsiones era el objetivo clave pero a su vez el reto más grande, puesto que muchas veces lograba identificar esas formas de pensar disfuncionales pero el obstáculo era cambiarlas. En el caso de la paciente S, explicó que en este momento de su terapia la tarea de su psicóloga era tratar de hacerla comprender cómo su pensar funciona de manera distorsionada, y expresa que no siempre es fácil identificar las distorsiones cognitivas. Por lo tanto, la terapeuta le asignó como tarea que leyera pequeños fragmentos de casos, facilitados por la profesional, para ayudar con la identificación, asimismo si en su día a día lograba pesquisar alguno en su vida personal que lo registrara. Tal como se desarrolló en el objetivo correspondiente al rol del psicólogo, la profesional hace énfasis en las estrategias que permiten la reestructuración cognitiva y su relevancia para el proceso terapéutico. Dichas estrategias son la metacognición y el uso de metáforas, además se observó un ejemplo de asignación de tareas aunque no fue referido por los pacientes.

Seguidamente se ahondará en los aspectos e intervenciones primordiales dentro de los grupos de autoayuda, dentro del modelo cognitivo conductual. La cohesión grupal es el primer aspecto, Dierick y Lietaer (2008) realizaron un estudio comparativo y este fue el componente que se presentó en cada una de las investigaciones. Baste, como muestra la encuesta realizada por la pasante acerca del ambiente de los grupos, en la cual la paciente S mencionó que una de las cosas que más le gustaba de la institución eran los grupos, que por tal motivo aunque ya estaba dada de alta, por una situación personal regresó a los grupos de los sábados. Agregó que a pesar del padecimiento de cada uno de los integrantes percibió desde el inicio un medio muy sano, genuino y verdadero, así como de reciprocidad, solidaridad y apoyo del uno para con el otro. Tal como se exhibió en el subapartado correspondiente, este aspecto los especialistas en la materia lo denominan como apoyo emocional (Seebohm et al., 2013), los diversos coordinadores destacaron la importancia de este desde un ambiente positivo y de soporte para los pacientes hasta celebrar los logros de estos por medio de refuerzos, coincidiendo con aquello que mencionan los pacientes.

El segundo componente refiere a la confirmación interaccional. Al igual que especialistas en el tema (Marcovitz y Smith, 1983), la paciente L comenta que este es de los aspectos más importantes para ella. La asistencia a los grupos fue una asignación de la psicóloga, pero una vez que se integró encontró un lugar con pares, con lo que por primera vez sintió “que hablaban el mismo idioma” y que la adaptación a los grupos fue mucho más fácil de lo que creía. Además, el hecho que los coordinadores comprendieran su situación por haber atravesado una experiencia personal era motivador y le posibilitaba desenvolverse muy bien dentro del grupo. Este componente se relaciona con los aspectos de función socializadora (Domenech, 1998) y la importancia de pacientes recuperados como coordinadores, mencionados en el subapartado que desarrolla dicho objetivo. Las coordinadoras refieren la importancia de ambos aspectos, más aun en el tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad social, coincidiendo con la perspectiva de los clientes.

Por último, se destacan dos intervenciones, las cuales son la asignación de tareas y la desensibilización sistemática. La primera, comenta el paciente H que se realiza en su mayoría en los grupos de los días viernes, grupo especializado en ansiedad social. Las tareas que se les asignan son variadas. Menciona que en varias ocasiones la coordinadora les pide que preparen alguna canción o presentación para la próxima semana y les toca presentarlo ante los miembros del grupo. Sin embargo, expresa que le gustan más las actividades que se realizan el mismo día, puesto que en los otros casos al inicio de su asistencia se sentía bastante ansioso. Es necesario recordar que una de las características de los sujetos que padecen del trastorno de ansiedad social es el pensamiento anticipatorio negativo (American Psychiatric Association, 2013). En relación a este aspecto, las coordinadoras no hacen mención de la asignación de tareas cuando se les entrevista, sin embargo la pasante por medio de las observaciones realizadas vislumbra que efectivamente esta técnica es implementada.

En lo que respecta a la desensibilización sistemática, todos los pacientes de forma unánime expresaron que se daba en ambos grupos de diversas maneras. Tal como Sars y Van Minnen (2015) refieren que las exposiciones deben de realizarse de forma gradual, se presenta el caso del paciente N, el cual realiza exposiciones con el grupo primero para después insertarse al ámbito académico. El paciente N, comentó posteriormente que las exposiciones fueron de gran ayuda para minimizar los síntomas de ansiedad una vez iniciado el curso y que se sentía con más herramientas y preparación para enfrentar los distintos escenarios que se pudieran presentar. Para concluir con este concepto se ilustra un ejemplo más. La paciente S expresó la utilidad que demostraron las exposiciones en su tratamiento. Una de sus dificultades y temores era el uso de transporte público, pero como una señora

jubilada, la cual no cuenta con licencia de conducir, se veía sin posibilidades de salir de su casa por otro medio. Los grupos de los días sábados le permitieron exponerse a dichos miedos, “no de golpe”, comentó, sino poco a poco, con pequeñas tareas y objetivos que iba logrando para no frustrarme hasta poder lograr la meta final, y con orgullo menciona haberlo logrado. Esta es la última técnica que destacan las coordinadoras en el subapartado correspondiente, mencionando que es de suma importancia en el proceso terapéutico de los pacientes, permitiendo un acercamiento a aquellas situaciones que los agobian de manera gradual y poder sobreponerse a ellas.

Otro aspecto relevante que es necesario mencionar, es la confidencialidad de los datos del paciente (Otto et al., 2003) al tratarse de una institución que brinda tanto terapia individual como tratamiento por medio de grupos que abordan los distintos trastornos de ansiedad. En lo que respecta a los profesionales tales datos son resguardados por los códigos de ética profesional (Ley N° 23.277, 1985) pero este desde la perspectiva de los pacientes parecería perderse cuando se trata de los coordinadores dado que son ex pacientes y no tienen el resguardo que un profesional de la salud fue capacitado para mantener en confidencialidad.

En síntesis, este punto permitió vislumbrar aspectos primordiales e intervenciones funcionales que los pacientes valoran en sus tratamientos. Por un lado, en relación al rol del psicólogo, componentes como la alianza terapéutica, la estructura de la terapia y la psicoeducación, e intervenciones como, por ejemplo, la identificación de distorsiones cognitivas y la estrategia confrontacional. Por otro lado, aquellos aspectos relacionados a los grupos de autoayuda como lo son la cohesión grupal y confirmación interaccional; y en lo que respecta a las intervenciones, las exposiciones y la asignación de tareas resaltaron, así como la importancia de la confidencialidad de los datos del paciente.

6. Conclusiones

El propósito de este estudio era describir el rol no solo del psicólogo sino también del coordinador de grupos en el abordaje del trastorno de ansiedad social dentro del modelo cognitivo conductual. Asimismo, analizar si existían diferencias entre las funciones reales y las percibidas por los pacientes. En cuanto a lo abordado con anterioridad, fue posible cumplir con la totalidad de los objetivos propuestos en este trabajo.

Con respecto al primer objetivo, que refería al rol del psicólogo se destacaron tanto aspectos fundamentales de la TCC como intervenciones a cargo del profesional. En primer

lugar, la alianza terapéutica (Castonguay & Beutler, 2006), concepto clave en el trabajo, puesto que fomenta el cambio dentro del proceso terapéutico y posibilita la adherencia al tratamiento. En segundo lugar, el establecimiento de metas (Otto et al., 2003), como trabajo en conjunto y reforzador del vínculo terapéutico, seguido de la orientación y la psicoeducación (Economou, 2015), que refieren no solo al abordaje de los temas correspondientes al trastorno de ansiedad social como también al modelo propuesto y las características de dicho modelo, -por ejemplo, la duración y estructura del tratamiento- (Dobson & Dobson, 2018). Posteriormente se ahondó en las intervenciones que cada especialista en ansiedad social destacaba como indispensables dentro de la terapia. A lo largo de este trabajo se hizo referencia a la asignación de tareas, elemento característico de la TCC y clave para la adhesión al tratamiento y disminución de la recidiva (Culluy & Teten, 2008). Además, se hizo hincapié en el entrenamiento en habilidades -de relajación y comunicacionales- (Davis et al., 2000), sin embargo se pudo vislumbrar que aun siendo un pilar en el tratamiento de este trastorno la psicóloga no mantenía un rol activo sino que delegaba tanto el entrenamiento de las habilidades de relajación como sociales a terceros. En lo que respecta a la reestructuración cognitiva se utilizaban diversas estrategias como la metacognición, el uso de metáforas y el yo futuro; las distorsiones y esquemas al ser parte del núcleo que conforma el ser de los pacientes fue sin duda el mayor desafío y estaba en su totalidad a cargo de los profesionales de la salud (Reis de Olivera, 2012; Sears, 2017).

En cuanto al segundo objetivo, relacionado con las funciones que cumplen los coordinadores de grupos, resalta como aspecto crucial el hecho que los coordinadores fueran pacientes recuperados (Silverman y Murrow, 1976), lo que los convierte en motivadores para los pacientes que están iniciando su proceso terapéutico. A su vez, la función de apoyo emocional se vio reflejada por medio de refuerzos positivos dentro de los espacios grupales. Por último, la función socializadora que cumple este tipo de grupos, al tratarse del trastorno de ansiedad social, es primordial. El comprender la situación del otro y asistir en el comienzo de la reintegración a situaciones sociales constituye un factor clave en el tratamiento (Domenech, 1998; Seebohm et al., 2013). Por otro lado, se identificaron tres intervenciones. Las mismas son la secuencia de modelado, el entrenamiento en habilidades comunicacionales y las exposiciones. La primera, se da de forma implícita, los modelos en este caso son los propios coordinadores, puesto que cumplen el rol de sujetos que lograron esquemas más funcionales (Norton, 2012). En cuanto al entrenamiento en habilidades sociales, la segunda intervención, los coordinadores bajo las indicaciones de los terapeutas practicaban con los diversos pacientes tanto los aspectos del lenguaje verbal como no verbal

que cada uno necesitaba reforzar (Granholm et al., 2016). Finalmente, la intervención más relevante resultó ser la desensibilización sistemática, la cual es desarrollada por Sars y Van Minnen (2015). Cada grupo se enfocaba en distintos tipos de exposiciones que iban desde el uso de transporte público lleno hasta presentaciones en pequeñas tarimas.

En cuanto al tercer objetivo que refería a las diferencias entre las funciones reales y las funciones percibidas por los pacientes, en primer lugar se abordaron aquellas funciones e intervenciones que cumplía el psicólogo en su terapia individual con el paciente. Los clientes resaltaron la alianza terapéutica (Ardito & Rabellino, 2011), la cual es imprescindible para la efectividad de la psicoterapia sin importar el enfoque de esta, así como las cualidades del profesional entre las que destacaron la empatía, la imparcialidad y la escucha dejando de lado los prejuicios y etiquetas (Levitt et al., 2006). Asimismo, en relación al modelo cognitivo conductual, la estructura y duración del tratamiento (Dobson & Dobson, 2018) resultaron relevantes; sin embargo, aquellos pacientes que a lo largo del tiempo estuvieron en contacto con otro tipo de terapias no siempre lo vislumbraron como algo positivo. Relacionados al componente anterior, se encuentran el empirismo colaborativo y la asignación de tareas (Kazantis et al., 2017), los cuales la psicóloga destacó como primordiales pero los pacientes no los refirieron. Una de las estrategias enfatizada por los clientes fue la estrategia confrontacional, sus opiniones no fueron unánimes, pero en definitiva cumplió un rol dentro de sus terapias. Para concluir en lo que refiere al rol del psicólogo, hicieron mención a la importancia de la psicoeducación para poder comprender su diagnóstico y síntomas por lo tanto aprender a sobrellevarlo de la mejor manera y cambiar las distorsiones cognitivas ligadas al trastorno (Khattra et al., 2017). En lo que respecta a los grupos de autoayuda hicieron hincapié en aspectos del clima dentro del grupo, como lo son la cohesión grupal y la confirmación interaccional (Dierick & Lietaer, 2008; Marcovitz y Smith, 1983). Estos conceptos refieren a integrantes que propiciaban un espacio de solidaridad, confianza y seguridad, estableciéndose una relación de reciprocidad y apoyo entre los miembros y los coordinadores. Finalmente, las intervenciones fundamentales en estos grupos fueron la asignación de tareas y la desensibilización sistemática (Sars y Van Minnen, 2015), esta última era la pieza clave dentro de las terapias de muchos pacientes y se llevaba a cabo sólo dentro de estos espacios.

Entre las limitaciones del trabajo puede mencionarse primeramente el tamaño reducido de los participantes, así como también que se entrevistaron tanto profesionales como pacientes de una única institución. Un estudio con una muestra más abundante y con mayor variedad de actores provenientes de diversas instituciones permitiría conclusiones más

adecuadas y por lo tanto generalizables. Asimismo, la muestra pudo verse condicionada por la deseabilidad social (Crowne & Marlowe, 1960), puesto que existe una inclinación de los sujetos a responder de una manera culturalmente aceptable y por consiguiente evitar conflictos y minimizar carencias o debilidades. Muchas técnicas psicométricas cuentan con índices de validez y control, sin embargo en una entrevista se presenta una mayor dificultad para controlar esta variable. Otra limitación, refiere al tiempo reducido de las entrevistas a los diversos participantes. En esta misma línea solo se pudo entrevistar a un profesional de la salud mental; a su vez, los pacientes que se entrevistaron no eran clientes de esta terapeuta solamente por lo que en la extrapolación de respuestas puede existir cierta discordancia. Aunque no se busca encajar todas las piezas como un rompecabezas puede afectar en las conclusiones del estudio descriptivo. Con respecto al rol del psicólogo se presenta otra limitación. La autora del trabajo tuvo acceso, sin restricción alguna, a los grupos de autoayuda, sin embargo, la observación de las intervenciones del terapeuta fue prácticamente nula. Esto se entiende porque se busca siempre lo mejor y menos invasivo para los pacientes. Por otro lado, se presentó una limitación vinculada a la falta de bibliografía que dé cuenta de la perspectiva de los pacientes en relación al rol que cumplen los coordinadores como pacientes recuperados. Esto se debe a que la mayoría de investigaciones son realizadas en el extranjero y dichos grupos son coordinados por profesionales de la salud mental (Erickson et al., 2007; Wolgensinger, 2015).

Asimismo, cabe mencionar la importancia de sumar un profesional de la salud a los distintos grupos de la institución, puesto que enriquecería de gran manera la dinámica grupal entre los integrantes de estos espacios, permitiendo el resguardo de la confidencialidad de los datos de los pacientes (Ley N° 23.277, 1985). Si esto no es posible, asegurarse que exista una supervisión de los profesionales por sobre los coordinadores y las técnicas que estos aplican dentro de los grupos ya que, durante las entrevistas existieron discrepancias en las cuales se pudo pesquisar que no existen supervisiones constantes y de calidad. A su vez, la inclusión de un psicólogo propiciaría un tiempo dentro del grupo en el cual los pacientes podrían compartir experiencias, sentimientos y síntomas personales que han atravesado durante la semana. Además, se podría incluir, ya sea en los grupos o en las terapias individuales, técnicas de relajación para los pacientes de cara a reducir los costos de estos, puesto que actualmente este entrenamiento en habilidades solo se da en espacios externos. Asimismo, es necesario mencionar la relevancia de realizar estudios que posibiliten vislumbrar la perspectiva de los pacientes. Teniendo en cuenta qué componentes e intervenciones

realmente valoran y viven como significativos en su proceso terapéutico, se pueden mantener y aumentar la demanda del servicio que se provee como profesionales de la salud mental.

Para terminar, se presentan posibles nuevas líneas de investigación. Dado las propias limitaciones de la investigación, planteadas anteriormente, se podría realizar una investigación que estudie qué variables intervienen en la lenta mejoría de la sintomatología tanto de la ansiedad en general como en la ansiedad social en particular. Por otra parte, sería interesante estudiar acerca de la historia de la sintomatología de los pacientes así como sus recaídas o comorbilidades con otros trastornos de ansiedad u otras patologías, puesto que el trastorno de ansiedad social presenta muchas veces diagnósticos comórbidos (Fehm, Beesdo, Jacobi, & Fiedler, 2008; Grant et al., 2005). En la práctica clínica se presentan casos de pacientes con trastornos de ansiedad social asociados al desarraigo, esta investigación no fue la excepción, a raíz de las entrevistas realizadas se pudo observar que los diversos pacientes evidenciaron que sus síntomas dieron comienzo o bien se acentuaron al abandonar sus lugares de origen. Sería interesante indagar por medio de un estudio si la inmigración es un factor que influye en el desarrollo del trastorno de ansiedad social (Bhugra & Gupta, 2004; Breslau et al., 2011). Por otra parte, también existen casos en la práctica que vislumbran la relación del trastorno con la edad (fin del secundario) e inicio de una carrera universitaria, en la muestra de esta investigación se presentaron dos casos, el paciente N y la paciente L, ambos culminaron sus estudios secundarios sin poder adaptarse de manera exitosa la universidad, por esta razón es importante analizar con más detalle el punto de inicio de la sintomatología del trastorno según la perspectiva de los pacientes. Otra posible línea de investigación, trataría acerca de vislumbrar cómo funcionan los grupos de autoayuda en otros trastornos de ansiedad posibilitando una mirada más amplia al respecto. Asimismo, realizar estudios comparativos entre las terapias individuales y las grupales para pesquisar si existen diferencias desde la perspectiva de los clientes y profesionales de la salud. Siguiendo la línea de estudios comparativos, sería interesante realizar una investigación que permita observar las diferencias que existen entre los grupos de autoayuda y aquellos grupos que son dirigidos por terapeutas. Para concluir, se podría realizar un estudio similar al presentado pero además de los instrumentos utilizados agregar técnicas psicométricas que disminuyan o controlen la deseabilidad social, puesto que hay temáticas que tanto profesionales como pacientes no están dispuestos a admitir en entrevistas cara a cara, como por ejemplo, si se transgrede o no el secreto profesional.

7. Referencias Bibliográficas

- Abromowitz, J. (2013). The practice of exposure therapy: Relevance of cognitive behavioral theory and extinction theory. *Behavior Therapy*, 44(4), 548-558. doi: 10.1016/j.beth.2013.03.003
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental health disorders* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental health disorders* (3rd ed. revised). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental health disorders* (4th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental health disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Ardito, R., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2(270), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Beck, A. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333. doi: 10.1001/archpsyc.1963.01720160014002
- Beck, A. (1964). Thinking and Depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1964.01720240015003
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basis and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bhugra, D., & Gupta, S. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258. doi: 10.1017/CBO9780511760990
- Breslau, J., Borges, G., Tancredi, D., Saito, N., Kravitz, R., Hinton, L., Vega, W., Medina-Mora, M., & Aguilar-Gaxiola, S. (2011). Migration from Mexico to the United States and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: A cross-national study. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 428-433. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.21

- Bruce, L., Heimberg, R., & Coles, M. (2012). Social phobia and social anxiety disorder: effect of disorder name on recommendation for treatment. *Am J Psychiatry*, 165 (5), 538-538. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11121808
- Castillo, J., & Villena, J. (1998). *Ergonomía, conceptos y métodos*. Madrid: Editorial Complutense.
- Castonguay, L., & Beutler, L. (2006). Principles of therapeutic change: a Task Force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631-638. doi: 10.1002/jclp.20256
- Cicero, M. T. (2007). *Cicero's tusculan disputations*. Oregon: Echo Library.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1066-1075. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Compton, S., Villabo, M., & Kristensen, H. (2019). *Pediatric anxiety disorders*. Massachusetts: Academic Press.
- Crocq, M. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17 (3), 319-325. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284936134_A_history_of_anxiety_From_Hippocrat_to_DSM
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354. doi:10.1037/h0047358
- Culluy, J., & Teten, A. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy*. Houston: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC.
- Davis, M., Robbins, E., & McKay, M. (2000). *The relaxation and stress reduction workbook*. Dunfermline: Better World Books.
- Dierick, P., & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: An empirically based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2), 203-230. doi:10.1521/ijgp.2008.58.2.203
- Dobson, D., & Dobson, K. (2018). *Evidence-based practice of cognitive behavioral therapy*. New York: The Guilford Press.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2019). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York: The Guilford Press.

- Domenech, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 6, 179-195. doi: 10.14198/ALTERN1998.6.8
- Dozois, A., & Dobson, K. (2001). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 914-925. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.914
- Economou, M. (2015). Psychoeducation: A Multifaceted Intervention. *International Journal of Mental Health*, 44(4), 259-262. 10.1080/00207411.2015.1076288
- Eley, T., Rijdsdijk, F., Perrin, S., O'Connor, T., & Bolton, D. (2008). A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(6), 839-848. doi: 10.1007/s10802-008-9216-x
- Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S. & Macdermott, S. (2006). Social anxiety disorder in children and youth: a research update on aetiological factors. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 151-163. doi: 10.1080/09515070600811790
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford: Lyle Stuart.
- Erickson, D., Janeck, A., & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58(9), 1205-1211. doi: 10.1176/appi.ps.58.9.1205
- Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Polemos.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 257-65. doi: 10.1007/s00127-007-0299-4
- Franco, C. M. (2012). Client Motivation, Working Alliance and the Use of Homework in Psychotherapy (Doctoral thesis). Recuperado de Florida State University Library (FSU_migr_etd-4840)
- Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En *Obras completas, Vol. III* (pp.85-115). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuhriman, A., & Burlingame, G. (1994). *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New Jersey: Wiley

- Granhölm, E., McQuaid, J., & Holden, J. (2016). *Cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: a practical treatment guide*. New York: The Guildford Press.
- Grant, B., Hasin, D., Blanco, C., Stinson, F., Chou, S., & Goldstein, R. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(11), 1351–1361. doi:10.4088/JCP.v66n1102
- Hattingh, C., Ipser, J., Tromp, S., Syal, S., Lochner, C., Brooks, S., & Stein, D. (2013). Functional magnetic resonance imaging during emotion recognition in social anxiety disorder: an activation likelihood meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, *6*(347), 1-7. doi:10.3389/fnhum.2012.00347
- Heimberg, R., Hofmann, S., Liebowitz, M., Schneier, F., Smits, J., Stein, M., Hinton, D., & Craske, M. (2014). Review: Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, *31*, 472-479. doi:10.1002/da.22231
- Jaspers, K. (1977). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Editorial Beta.
- Kazantzis, N., Brownfield, N., Mosley, L., Usatoff, A., & Flifhty, A. (2017). Homework in cognitive behavioral therapy: A systematic review of adherence assessment in anxiety and depression (2011–2016). *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(4), 625-639. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.001
- Kelley, N., Kramer, A., Young, K., Echiverri-Cohen, A., Ka-Yi Chat, I., Bookheimer, S., Nusslock, R., Craske, M., & Zinbarg, R. (2019). Evidence for a general factor of behavioral activation system sensitivity. *Journal of Research in Personality*, *79*, 30-39. doi:10.1016/j.jrp.2019.01.002
- Khattra, J., Angus, L., Westra, H., Macaulay, C., Moertl, K., & Constantino, M. (2017). Client perceptions of corrective experiences in cognitive behavioral therapy and motivational interviewing for generalized anxiety disorder: An exploratory pilot study. *Journal of Psychotherapy Integration*, *27*(1), 23-34. doi: 10.1037/int0000053
- Lebowitz, E. R., Shic, F., Campbell, D., MacLeod, J., & Silverman, W. K. (2015). Avoidance moderates the association between mothers' and children's fears: Findings from a novel motion-tracking behavioral assessment. *Depression and Anxiety*, *32* (2), 91-98. doi: 10.1002/da.22333
- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, *376*(23), 2255–2264. doi: 10.1056/NEJMcp1614701

- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment to moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 314-324. doi: 10.1037/0022-0167.53.3.314
- Ley N° 23.277, Boletín Oficial 25.806, Buenos Aires, Argentina, 15 de noviembre de 1985.
- Lucretius, T. (1921). *On the nature of things*. New York: E.P Dutton & Co.
- Marcovitz, R., & Smith, J. (1983). Patients' perceptions of curative factors in short term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 33*(1), 21-39. doi: 10.1080/00207284.1983.11491742
- Marks, I. & Gelder, M. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry, 123*, 218-221. doi.org/10.1176/ajp.123.2.218
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. Boston: Springer Publishing Company. doi: 10.1007/978-1-4757-9739-8
- Michail, M., & Birchwood, M. (2009). Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia. *British Journal of Psychiatry, 195*(3), 234–241. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053124
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist, 61*(1), 10–26. doi:10.1037/0003-066x.61.1.10
- Navas, W. & Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 19*, 497-507. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
- Nezu, A., Nezu, C., & D'Zurilla, T. (2013). *Problem solving therapy: A treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Norton, P. (2012). *Group Cognitive-Behavioral Therapy of Anxiety: A Transdiagnostic Treatment Manual*. New York: The Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud mental, décima versión. Madrid: Meditor.
- Otto, M., Reilly-Harrington, N., Kogan, J., & Winett, C. (2003). Treatment contracting in cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(3), 199-203. doi: 10.1016/S1077-7229(03)80031-7
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety, 26* (6), 528-536. doi: 10.1002/da.20422

- Reis de Oliveira, I. (2012). Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy. Rijeka: In Tech.
- Reisenzein, R. (1986). A structural equation analysis of Weiner's attribution model of helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(6), 1123-1133. doi: 10.1037/0022-3514.50.6.1123
- Rodebaugh, T., Holaway, R., & Heimberg, R. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24 (1), 883-908. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.007
- Sanderson, W., Wetzler, S., Beck, A., & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51(2), 167-174. doi: 10.1016/0165-1781(94)90036-1
- Sars, D., & Van Minnen, A. (2015). On the use of exposure therapy in the treatment of anxiety disorders: a survey among cognitive behavioral therapists in the Netherlands. *BMC Psychology*, 3(1), 1-10. doi: 10.1186/s40359-015-0083-2
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis: Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. Recuperado de http://revistas.iberomx.com/psicologia/articulo_detalle.php?id_volumen=9&id_articulo=104
- Schreiber, F., & Steil, R. (2013). Haunting self-images? The role of negative selfimages in adolescent social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 158-164. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.10.003.
- Sears, R. (2017). *Cognitive behavioral therapy & mindfulness toolbox: 50 tips, tools and handouts for anxiety, stress, depression, personality and mood disorders*. Wisconsin: Pesi Publishing & Media
- Seebom, P., Chaudhary, S., Boyce, M., Elkan, R., Avis, M., & Munn-Giddings, C. (2013). The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & Social Care in the Community*, 21(4), 391-401. doi: 10.1111/hsc.12021
- Seneca, L. A. (1932). *On the shortness of life*. London: Heinemann.
- Silverman, P., & Murrow, H. (1976). Mutual help during critical role transitions. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 12 (3), 410-418. doi: 10.1177/002188637601200312
- Spence, H., & Rapee, R. (2016). The etiology of social anxiety disorder: an evidence based model. *Behavior Research and Therapy*, 86, 50-67. doi:10.1016/j.brat.2016.06.007
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado*. Madrid: TEA.

- Stein, M., & Stein, D. Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125. doi:10.1016/S0140-6736(08)60488-2
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W., & Álvarez, J. (2007). Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 523-530. doi:10.1037/0022-006X.75.4.523
- Tee, J., & Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(1), 47 - 61. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01234.x
- The British Psychological Society (2013). *Social anxiety disorder: the guideline on recognition, assessment and treatment*. London: Stanley L. Hunt.
- Viklund, E. (2013). Therapy talk and talk about therapy: Client-identified important events in psychotherapy(Licentiate thesis). Recuperado de Linköping University Library (doi: 10.3384/lic.diss-111919)
- Viklund, E., Holmqvist, R., & Zetterqvist, K. (2010) Client identified important events in psychotherapy: Interactional structures and practices. *Psychotherapy Research*, 20(2), 151-164. doi: 10.1080/10503300903170939
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G., & Villaseñor, S. (2005). Trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-11. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(3), 347-351. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26487815/>