



**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**“Presentación de un caso clínico sobre ansiedad social bajo el modelo de terapia cognitiva conductual”**

**ALUMNA:** Guillermina Dimateo

**TUTORA:** Nora Gelassen.

**FECHA DE ENTREGA:** 30 de Junio de 2020

## Índice

1	Introducción .....	3
2	Objetivos .....	3
2.1	Objetivo general .....	3
2.2	Objetivos específicos.....	3
3	Marco teórico .....	4
3.1	Ansiedad .....	4
3.1.1	Trastornos de ansiedad.....	5
3.1.2	Fobia social.....	6
3.1.3	Sintomatología.....	8
3.1.4	Fobias específicas. El miedo a volar.....	9
3.2	Tratamiento para fobia social .....	12
3.2.1	Tratamientos con evidencia empírica .....	13
3.2.2	Terapia cognitivo conductual para fobia social .....	13
3.2.3	Reestructuración cognitiva .....	15
3.2.4	La exposición .....	17
3.2.5	Entrenamiento en habilidades sociales .....	20
3.2.6	Empleo de grupo. ....	21
4	Metodología .....	22
5	Desarrollo.....	25
6	Conclusiones .....	37
6.1.	Limitaciones.....	39
6.2.	Aporte Personal. Perspectiva Crítica.....	40
6.3.	Nuevas líneas de Investigación .....	42
7	Referencias bibliográficas .....	44

## **1 Introducción**

El desarrollo del presente Trabajo Final Integrador se elaboró a partir de la Práctica Profesional 5 correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología realizada en una institución especializada en el desarrollo de tratamientos en diversos trastornos de ansiedad a través de un enfoque terapéutico cognitivo conductual. La práctica se extendió por un total de 280 horas de actividad en trabajo en conjunto con dicha institución, localizada en la ciudad de Buenos Aires y que cuenta con un total de 4 sucursales en el resto del país. Los tratamientos que ofrece el centro son: desarrollo de actividades de docencia, investigación y orientación a personas que tienen trastorno de ansiedad y apoyo de psicoeducación a sus familiares. La metodología de la institución es a través de trabajo interdisciplinario con diferentes profesionales para la asistencia individual y grupal a personas que padecen diversos trastornos de ansiedad; las mismas se desempeñan dentro de la institución o bien de forma ambulatoria.

El desarrollo del trabajo se basó en el transcurso de diversas exposiciones, trabajando de forma conjunta con un adulto de 40 años el cual presenta alteraciones en su vida diaria como consecuencia de fobia social; afectando principalmente en su entorno laboral, además de manifestarse con miedo a volar desde hace 6 meses. A lo largo del presente trabajo se analizará el desarrollo y evolución de las diferentes exposiciones realizadas.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Analizar el tratamiento de un adulto de 40 años con trastorno de Fobia Social y aerofobia desde una perspectiva cognitiva conductual.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Describir los síntomas de fobia social y la comorbilidad con aerofobia en un adulto mayor de 40 años.
- Describir las intervenciones cognitivas conductuales realizadas durante los procesos de exposición y dentro del grupo de fobia social.
- Analizar los cambios producidos en la sintomatología del paciente a partir del tratamiento y las intervenciones realizadas.

### 3 Marco teórico

#### 3.1 *Ansiedad*

La ansiedad es una condición propia de los seres humanos, lo cual permite al hombre anticiparse a algunas situaciones puntuales, que pueden tener relación con funciones de defensa o también puede ser por motivos de ataque; mientras que las experiencias vividas le otorgarán múltiples significaciones. La defensa de la persona no será necesariamente por una amenaza actual, sino que podrá ser una reacción frente a una amenaza potencial que puede ser de tipo físicas o bien cognitivas. El valor que la persona le conceda a dicha amenaza es lo que le va a otorgar tal cualidad y no otra cosa. Esto dependerá de la calificación sobre los estímulos, ya sean externos o internos y de la capacidad de respuesta, la cual esta medida por la valoración que la persona tenga sobre sus propios recursos. En cuanto al ataque, está relacionado con las anticipaciones preventivas que luego serán convertidas en acciones puntuales, como parte de un plan orientado a satisfacer las necesidades de la propia persona y de su entorno, lo que lleva al hombre a sentirse motivado para cumplir sus objetivos (Bulacio, 2011)

Experimentar este tipo de ansiedad, hasta cierto punto, no solo es normal, sino que puede resultar muy útil y adaptativo (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011) y además funciona como una señal de alarma frente a la percepción de una posible amenaza. Por esta razón se trata de una emoción enormemente relevante para nuestras vidas. Su función es adaptar el organismo para responder a las demandas de su entorno; pero, en algunos casos, puede resultar una respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal (Carrión & Bustamante, 2008).

Tanto la ansiedad como el miedo cuentan con expresiones y características similares, en ambos casos se da la existencia de pensamientos negativos, sensación de peligro, de aprensión, en donde existen respuestas fisiológicas y motoras. Tanto el miedo como la ansiedad son considerados como mecanismos que forman parte de la evolución adaptativa para favorecer la supervivencia del ser humano (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

No obstante, la ansiedad se diferencia del miedo en dos aspectos fundamentales. En cuanto al foco temporal, el miedo se orienta al momento presente, mientras que, en el caso de la ansiedad, la preocupación que implica está motivada por la incertidumbre con respecto al futuro. Por otra parte, el miedo es una reacción primaria, que inicia un proceso de activación fisiológica e impulsa a la acción. La ansiedad suma a esta activación el aspecto emocional/afectivo (Barlow, 2002).

Para Beck, Emery y Greenberg (1985) la ansiedad es “el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (p. 9). Los autores plantean su acuerdo con Barlow en cuanto a lo que implican estas diferencias: el miedo es una reacción básica y puntual, mientras que la ansiedad corresponde a un estado subjetivo más general. Considerar la subjetividad implica reconocer en la ansiedad un fenómeno más complejo que el miedo, en el que pueden diferenciarse aspectos fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales. Además, la ansiedad involucra un juicio acerca del futuro que es temido por ser impredecible y representar una amenaza para la integridad de la persona, que está más allá de su capacidad de control. Una de las características que conllevan a diferenciar una respuesta normal de una ansiedad desadaptativa, es decir patológica, es que esta última se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir que existen diferencias cuantitativas entre una y otra (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Clark y Beck (2012) proponen cinco criterios para diferenciar ansiedad normal y patológica. En primer lugar, una cognición disfuncional, es decir una valoración de una situación o evento como amenazante que no sería confirmada por una observación objetiva. La activación de estos esquemas disfuncionales conlleva a un miedo excesivo que no se ajusta a la situación real. El segundo criterio es el deterioro del funcionamiento, frente a una amenaza percibida la ansiedad interfiere afectivamente e interrumpe con la adaptación del escenario previsto. Otras de las condiciones es la persistencia, en donde el estado de ansiedad persiste más de lo esperado en condiciones normales. Las falsas alarmas en donde el miedo surge en ausencia de un estímulo amenazante, es decir la presencia de una crisis de angustia intensa en ausencia de señales de amenaza. El último de los criterios para diferenciar ansiedad normal de patológica es la hipersensibilidad a los estímulos, es decir cuando el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos, pueden ser externos o internos, en donde la intensidad de la amenaza es comparativamente intrascendente y, en situaciones normales, sería percibida como inofensiva (Beck et al., 1985).

### *3.1.1 Trastornos de ansiedad*

Conforme a lo comentado en el párrafo anterior, la ansiedad es un fenómeno que tienen todas las personas, la cual, en circunstancias normales, puede mejorar el rendimiento en aspectos generales de su vida, favoreciendo la adaptación al medio laboral, social o académico. No obstante, cuando dicha ansiedad sobrepasa las condiciones normales adaptativas al medio se convierte en desadaptativa siendo esto un problema de salud que

imposibilita el bienestar e interfiere en las actividades sociales, laborales o intelectuales. Cabe aclarar que la ansiedad forma el núcleo de un conjunto de cuadros que se consideran trastornos de ansiedad (Bulacio, 2009)

Dentro del DSM 5 (APA, 2014) se encuentran los siguientes trastornos de ansiedad:

- Trastorno de ansiedad por separación, que es el miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.

- Mutismo selectivo, que implica el fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existen expectativas por hablar.

- Fobia específica. Es el miedo o ansiedad intensa por una situación específica.

- Trastorno de ansiedad o fobia sociales, involucra el miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.

- Trastorno de pánico, es una aparición súbita de miedo intenso que alcanza su máxima expresión en minutos.

- Agorafobia, es el miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, estar fuera de casa solo y por último hacer fila o estar en el medio de una multitud.

- Trastorno de ansiedad generalizada, es la ansiedad o preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos. Otros trastornos de ansiedad especificados y por último otros trastornos de ansiedad no especificados.

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10) define a los trastornos de ansiedad fóbica como un grupo de trastornos en donde la ansiedad se origina frente a situaciones muy puntuales y definidas, produciendo en consecuencia la evitación o bien con la manifestación de un miedo excesivo; con sólo imaginar la situación fóbica se genera ansiedad anticipatoria.

### *3.1.2 Fobia social*

En los vínculos y las relaciones que se dan entre los seres humanos se tiene la necesidad y se busca, de alguna u otra manera, satisfacer las expectativas del otro a través de comportamientos o actitudes, en donde muchas veces existe el temor de que la persona sea

rechazada por estas actitudes. Cuando este miedo a ser descalificado por las personas se vuelve más intenso y persiste en el tiempo, se denomina ansiedad o fobia social, es decir el miedo a ser evaluado negativamente por terceros (Fernández-Sogorb, Aparicio Flores, Granados & Aparisi Sierra, 2018).

En la fobia social se experimenta un intenso miedo o ansiedad en una o más situaciones sociales en donde el individuo percibe un posible examen por parte de la otra persona. El miedo/ansiedad es desproporcionado con respecto a la amenaza real y suele tener como consecuencia la evitación de este tipo de situaciones. Esto se manifiesta en circunstancias de la vida cotidiana, como tener una reunión con una persona, mantener una conversación, actuar delante de otros individuos. Dicho miedo, ansiedad o evitación dura 6 o más meses, causando un malestar clínico en la vida diaria. En el caso de niños, la ansiedad, no sólo está sujeta a la interacción con adultos, sino que se puede producir en contacto con personas de la misma edad (APA, 2014). Es la percepción de la ineficacia de las actuaciones lo que puede provocar una ansiedad anticipatoria ante una o más situaciones sociales, y esto, a su vez, va generando un circuito en donde aumentan los temores anticipatorios y las posturas negativas frente a situaciones sociales de diversos tipos. El miedo a la evaluación negativa por parte de los demás y a las situaciones sociales se ha reconocido y ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Fue Janet quien en 1903 habló por primera vez de fobia social (Caballo, Salazar, García-López & Iruña, 2014).

Dicho trastorno comúnmente es confundido con timidez, ya que las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas, pero no alcanzan a experimentar la extrema ansiedad que le genera a una persona con ansiedad social y tampoco evitan situaciones sociales por miedo a ser juzgados de forma negativa en público. Por otro lado, las personas con fobia social no necesariamente son tímidas, ya que pueden sentirse perfectamente cómodas frente a muchas personas, pero por otro lado existen muchas cosas en público que no pueden hacer. Las personas con fobia social comprenden que el miedo es irracional, pero de todos modos tratarán de hacer lo posible por evitar la situación estresante (Bulacio, 2011). Las fobias sociales más graves se relacionan con baja autoestima y con el miedo a ser criticado; de todos modos, las consultas más frecuentes realizadas por el paciente son ruborización, temblor de manos, náuseas o urgencias miccionales, dichos síntomas también pueden desencadenar en una crisis de pánico, según la CIE-10 (OMS, 2010).

### *3.1.3 Sintomatología*

La sensación de miedo o ansiedad persistente frente a una amplia gama de diferentes situaciones sociales puede llegar a ser invalidante para el desarrollo de las actividades diarias. Algunas de estas situaciones sociales de la vida cotidiana pueden ser: hablar en clase, asistir a eventos sociales, participar de eventos deportivos o de recreación, hablar frente a figuras de mayor rango jerárquico como por ejemplo algún jefe, o simplemente asistir a encuentros sociales informales. Como consecuencia de las exposiciones a estas y otras situaciones se desarrolla una respuesta psicofisiológica de ansiedad, tales como sentir un nudo en la garganta, ruborizarse, palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, dolor de cabeza, sudoración extrema y en ocasiones ataques de pánicos (Carrión & Bustamante, 2008).

Uno de los primeros síntomas más comunes en las fobias sociales es la sensación de malestar como suceso inicial, que puede asociarse a sentimientos que inducen a la evitación. Las personas evitan el contacto con otros, ya sea desconocidos o no; obteniendo como consecuencia un efecto negativo en su desarrollo social. Estas evitaciones se producen en contextos de la vida diaria, como por ejemplo el desempeño en el trabajo y en las relaciones interpersonales (Macia Fernández, Mendoza Carrera & Jimenez Bonilla. 2017). Acorde a lo indicado por Belloch (2013) la fobia social se puede expresar en tres niveles distintos: fisiológico, cognitivo y comportamental.

En cuanto a lo físico, la sintomatología se caracteriza por taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, contracción de diafragma, perturbaciones en la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, mareo e inestabilidad. En los casos muy elevados de activación neurofisiológica también puede existir perturbaciones en el sueño, la alimentación y la respuesta sexual de la persona. Los síntomas cognitivos también están presentes en la ansiedad, sus principales características son: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o de atacar, falta de seguridad, sensación de vacío, de extrañeza o de despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más graves puede llegar experimentarse temor a la muerte, a la locura o a cometer suicidio. Existen también dificultades en la atención, concentración y memoria, aumento de descuidos, preocupaciones excesivas, expectativas negativas, rumiación y pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de la duda y la sensación de confusión, tendencia a recordar cosas desagradables, sobrevalorar cosas desfavorables,



abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad. Las sintomatologías conductuales están caracterizadas por estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Existen alteraciones físicas que acompañan a todos estos síntomas además del lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos de extremidades de forma bruta o torpe, tensión en la mandíbula, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o encogimiento, etc. Y, por último, existen síntomas de la ansiedad de tipo sociales, por ejemplo: irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc. La manifestación que presente la persona va a depender de diversos factores como su predisposición biológica o su vulnerabilidad psicológica. De todos modos, las personas que han sufrido a lo largo de su vida fuertes trastornos por ansiedad van a estar más predispuestas y sensibles y posiblemente tengan mayores dificultades para mantener su ansiedad dentro de parámetros normales e incluso discernirla de la ansiedad patológica (Bulacio, 2011).

#### *3.1.4 Fobias específicas. El miedo a volar*

La presencia de un trastorno de ansiedad aumenta significativamente la posibilidad de padecer uno o más trastornos adicionales. De hecho, los trastornos puros de ansiedad son menos frecuentes que la ansiedad comórbida (Clark & Beck, 2012). Según el DSM 5 (APA, 2014) las comorbilidades más frecuentes con la fobia social son otros trastornos de ansiedad como la depresión mayor y los trastornos por consumo de sustancias. La génesis de la fobia social antecede al resto de los trastornos comórbidos, a excepción de los casos de ansiedad por separación y las fobias específicas. Estas últimas se describen como la aparición de miedo inmediato e invariable frente a un objeto o situación específica que se evitan o soportan como causa del miedo o la ansiedad (APA, 2014). Las personas que sufren de fobias específicas tienen una alta presencia de comorbilidad con otros tipos de fobia (LeBeau et al., 2010).

El primer criterio para el diagnóstico es la presencia de miedo o ansiedad intensa ocasionados por un objeto o situación específica, que se evita activamente. Además, el miedo o la ansiedad son desproporcionados frente al peligro real que representa el objeto o situación específica en un contexto sociocultural determinado. Las sensaciones mencionadas o la

evitación son persistentes y duran al menos seis meses. Además, el miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Como criterio para el diagnóstico diferencial se debe descartar que la alteración no se explique mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas del tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social) (APA, 2014). Por otro lado, la presencia de una amenaza produce aumento de la ansiedad, que ayuda a localizar el objeto y planificar posibles formas de enfrentarlos y en donde muchas veces puede concluir en pánico. Este tipo de respuesta es considerada como adaptativa desde una perspectiva de *lucha o huida*, esta relación entre ansiedad y pánico es también considerada frente a otros estímulos como las alturas, animales, entre otras (Antony & Barlow, 1997; Marks, 1987).

Las fobias, en cambio, corresponden a miedos irracionales. Aunque esto es comprendido por las personas, muchas veces se genera un suceso de crisis o ansiedad muy grande con tan solo pensar en enfrentar la situación o el objeto en sí. Algunas de las fobias más comunes son: perros, espacios cerrados, miedo a las alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar un auto en rutas, agua, volar y heridas que produzcan sangre (Bulacio, 2011).

Dentro de las fobias específicas se encuentra la fobia a volar, como una de las que surgen a partir de situaciones especiales, tales como viajar en transporte público, en ascensores, atravesar un túnel, un puente o estar solo en un lugar cerrado. Los temores más frecuentes entre quienes padecen este tipo de fobia son que el avión tenga un accidente y sus consecuencias; a estar encerrado en un sitio pequeño, a las molestias provocadas por la inestabilidad del avión, a la altura, a no tener el control de la situación o perder el de la propia conducta (gritar, volverse loco, desmayarse, sufrir un infarto), sufrir un ataque de pánico y a tener una crisis que luego lo haga sentirse ridículo (Bados López, 2017) y pueden surgir a causa de los infortunios que ocurran en el vuelo como puede ser posibles turbulencias, tormentas, o cualquier otro indicador que la persona considere como anomalía en el vuelo; a partir de estas experiencias es donde las personas desarrollan pensamientos catastróficos y conductas evitativas (Mimica, Castillo & Estrada, 2018). Este padecimiento inicia

generalmente en la infancia, de todos modos, como surge a muy temprana edad es muy posible que no puede ser recordado el suceso que inició dicho trastorno (APA, 2014)

Las conductas defensivas más frecuentes tomadas por estas personas son: tomar mucho alcohol, hablar en demasía sin importar si es con una persona conocida o no, o también desarrollar mutismo hasta que el avión aterrice, leer, escuchar música, viajar acompañado, preguntar a la azafata por el clima o por algún posible problema técnico del artefacto, permanecer despierto la noche anterior del viaje, así ese mismo día la persona se encuentra cansada y puede dormir en el vuelo, volar sólo si se dan algunas condiciones (como por ejemplo, época del año, clima especial o tipo de avión específico). Entre las variables que afectan al miedo están: el tipo de avión y el tamaño del mismo, turbulencias, ruido del avión, condiciones atmosféricas (como, por ejemplo, lluvias eléctricas, niebla, nieve o vientos), momento del día, momento del año, retraso de los vuelos y condiciones de los mismos, localización del asiento (ventanilla o pasillo) despegue o aterrizaje, duración del vuelo, estar en compañía de una persona de confianza, nivel de estrés y el tamaño del aeropuerto (Bados López, 2017). De todos modos, la forma característica que tenga el consultante de procesar toda la información brindada forma parte de los factores internos personales que pueden ser uno de los indicadores sobre la inconsistencia de los resultados. Por ejemplo, muchas personas tienen una posición activa sobre la búsqueda de la información, mientras que otros sólo buscan evitar cualquier tipo de información que tenga que ver con dichas amenazas. (Miró et al, 2003)

La exposición es el primer tratamiento de elección cuando se trata de fobias, aunque en el caso de la fobia a volar no siempre es suficiente. Existen personas que siguen teniendo miedo a volar aun cuando han realizado decenas de vuelos. Para ellas, Capafóns, Sosa y Averó (1997) recomiendan la desensibilización sistemática, que incorpora la sensación de autoeficacia a través del trabajo con el sentimiento de control de la situación. Esto señala la importancia de implementar un tratamiento que considere los distintos aspectos de una fobia y, en consecuencia, recurra a técnicas diversas para abordar cada uno de ellos. Por otro lado, los ejercicios de relajación y respiración contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad (Bulacio, 2011).

Sin bien en la actualidad existen muchas aplicaciones on line para poder realizar un tratamiento al miedo a volar, algunos autores recomiendan el uso de la información sobre el vuelo, es decir de qué manera el avión flota en el aire, sistema de control de tráfico aéreo, el

diseño del avión para soportar las posibles turbulencias, la identificación de los distintos ruidos. Además de ello se recomienda propiciar datos estadísticos que ayuden al pasajero, en donde reafirman que el avión es el medio de transporte por excelencia más seguro que existe (Bados López, 2017)

### 3.2 *Tratamiento para fobia social*

Existen tres modelos para explicar la etiología y el mantenimiento de la fobia social: un modelo basado en el condicionamiento clásico, en donde se conoce que la ansiedad se adquiere debido a la repetición de experiencias negativas frente a situaciones sociales. Un modelo cognitivo, en donde se plantea que la ansiedad social se produce por una mala valoración de las propias actuaciones y expectativas de consecuencias adversas. Por último, el que plantea un déficit en habilidades, en donde se considera que uno de los orígenes de la ansiedad es que la persona posee una suma de conductas inadecuadas, lo que le impide enfrentar correctamente las adversidades del ambiente social. A través de estos modelos se busca dar respuesta a la etiología de la ansiedad/fobia social, considerando que, aunque las situaciones sociales que la generan pueden ser muy variadas, las manifestaciones de respuesta son similares a las de otros trastornos de ansiedad (en lo fisiológico, cognitivo y comportamental). A partir de estos modelos se han generado tratamientos desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que han demostrado su eficacia para tratar la ansiedad/fobia social (Caballo, 2005). A partir de esta generación de tratamiento (TCC) se considera la presencia de distintas variables, por un lado, las variables cognitivas del individuo, tales como pensamientos, creencias, ideas y por otro lado las variables situacionales, como por ejemplo estímulos que activan la emisión de la conducta (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Una vez que se ha instalado el trastorno, la aprensión y el temor a verse superado por las situaciones que ocasionan la fobia favorecen las conductas de evitación. Esto se da por dos formas de reforzamiento. Un reforzamiento negativo, que se logra cuando la evitación de estas situaciones aleja las consecuencias temidas y los síntomas ansiosos; y uno positivo, por ejemplo, cuando personas del entorno del paciente, le ofrecen ayuda para evitar las situaciones temidas, o estímulos agradables cada vez que emite una conducta de este tipo. Las conductas de evitación contribuyen al mantenimiento del trastorno, en la medida en que fortalecen las creencias y valoraciones de peligro y los temores hacia el objeto fóbico, ya que nunca se tiene oportunidad de poner a prueba esas creencias para determinar si los temores son justificados (Bados López, 2017).

### *3.2.1 Tratamientos con evidencia empírica*

Existen diversos tratamientos con evidencia empírica de su eficacia para la fobia social. Las técnicas más investigadas y eficaces son la exposición, tanto en vivo como en la imaginación, su combinación con reestructuración y la terapia cognitiva de Clark y Wells. También han mostrado su eficacia la TCC de Heimberg et al. (1990) y el entrenamiento en habilidades sociales. Dada la alta comorbilidad con otros trastornos, se recomienda un análisis previo para establecer el orden en el que se deben trabajar los problemas. Cuando exista un trastorno de mayor gravedad que altere el funcionamiento cognitivo, como podría ser una depresión mayor, abuso de sustancias o un trastorno por estrés postraumático grave, éste deberá ser abordado en primer lugar. La presencia de trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada no impide el tratamiento conjunto, incluyendo intervenciones adicionales para dichos trastornos (Bados, 2009).

Entre los objetivos que pueden proponerse en un tratamiento de la fobia social, Bados (2001) enumera los siguientes:

a) que el consultante aprenda a fijarse metas realistas en sus interacciones sociales; b) eliminar las expectativas, interpretaciones y valoraciones negativas que contribuyen a mantener la ansiedad, modificando los supuestos básicos en los que se fundan; c) desplazar el foco de atención hacia la interacción social concreta en lugar de ponerlo en las sensaciones internas y los pensamientos negativos; d) reducir significativamente, y de ser posible eliminar, las conductas de evitación y defensivas; e) reducir los síntomas de la activación autonómica y somática o enseñar a soportarlos cuando se presentan; f) reducir significativamente la ansiedad experimentada, tanto en las situaciones sociales temidas como en su anticipación; g) desarrollar habilidades para comportarse más efectivamente en aquellas situaciones en las que se registran déficits; h) reducir significativamente la interferencia producida por el trastorno en la vida cotidiana (Bados, 2009).

### *3.2.2 Terapia cognitivo conductual para fobia social*

Uno de los tratamientos más eficaces es el enfoque cognitivo conductual, cuyos elementos claves son la exposición y la reestructuración cognitiva (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011). En el caso de la fobia social, también se pueden sumar técnicas como la focalización de la atención y el auto reforzamiento positivo, o entrenamiento en técnicas de respiración profunda y relajación (Bados, 2009).

La terapia cognitiva conductual es una forma de entender cómo piensa la persona sobre sí mismo, sobre los demás y del mundo que lo rodea, y de qué manera se relacionan su conducta, sus pensamientos y emociones. Esta terapia ayuda al sujeto a cambiar la forma de pensar (parte cognitiva) y actuar (parte conductual). La TCC se centra en problemas y dificultades del aquí y ahora, en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, buscando una manera de mejorar el estado anímico a corto plazo (Hernández Martínez & Bustamante Jiménez, 2016).

La teoría en la cual se basa la TCC postula que hay importantes estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente, denominadas esquemas, que actúan como determinantes de la conducta guiadas por reglas. Dichos esquemas proporcionan las instrucciones que guían el centro, la dirección y las cualidades de la vida diaria, así como las contingencias especiales. Una extensa gama de personas puede subsumirse bajo una clase, y ser influidas por cambios en un único esquema o en varios. Los sentimientos y la conducta disfuncional se producen en gran medida debido a la acción de estos esquemas que tienden a generar sistemáticamente juicios tendenciosos y una tendencia correlativa a cometer errores en algunas situaciones puntuales. La práctica de la TCC se focaliza en la identificación y modificación de las fallas en los esquemas nucleares (Beck & Freeman, 1995).

Algunos de los esquemas son construidos durante el transcurso de la infancia, y son muy significativos ya que formarán los principios en los cuales el individuo se percibirá a sí mismo y al mundo que lo rodea. No obstante, los esquemas presentan diversas características; estos pueden ser más o menos flexibles, es decir, permeables a su modificación (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Sánchez García (2003) propone que el tratamiento grupal en trastornos de ansiedad tiene sus beneficios, incluso cuando las personas que forman el grupo tienen distintos diagnósticos, por ejemplo, fobia social, agorafobia y ansiedad generalizada. Eso se explica por la similitud que existe entre algunos de los trastornos de este grupo y, fundamentalmente, porque los tratamientos usuales para ellos son variaciones de tres técnicas básicas: exposición-desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades, además de la psicoeducación, componente común a todos los tratamientos en TCC. En un estudio realizado por este investigador se diseñó una intervención conjunta para aplicar a un grupo de pacientes con distintos trastornos de ansiedad. La misma se basó en la psicoeducación acerca de los síntomas, la discusión grupal de los pensamientos y sensaciones

que tenían los pacientes y unos minutos de entrenamiento en técnicas de relajación. Los resultados mostraron mejorías significativas en comparación con un grupo control en cuanto al nivel de ansiedad, estado de ánimo, quejas subjetivas y molestias físicas.

Uno de los componentes principales del tratamiento es la reestructuración cognitiva, cuyo objetivo principal es la identificación y modificación de aquellos aspectos cognitivos que juegan un papel importante en el mantenimiento de los trastornos mentales (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

### *3.2.3 Reestructuración cognitiva*

Como herramienta de la terapia cognitiva conductual, la reestructuración cognitiva puede utilizarse para modificar las creencias erróneas de las personas con fobia social, ofreciendo otras alternativas para afrontar las situaciones temidas, previniendo posibles recaídas. En primer lugar, es un medio para que la persona comprenda el impacto que tienen las cogniciones sobre las emociones y la conducta (Bados, 2009)

Los pensamientos automáticos pueden caracterizarse por tener un formato verbal o en imagen y representan la interpretación de un escenario en particular. Son pensamientos involuntarios, que aparecen en el individuo de forma espontánea. En ocasiones son pensamientos o creencias que surgen de forma fugaz y muchas veces no forman parte de la conciencia del individuo (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011)

El procedimiento consiste en ubicar los pensamientos disfuncionales como hipótesis que deben ser puestas a prueba por el trabajo conjunto entre terapeuta y consultante con la finalidad de sustituirlos por otros pensamientos más adaptativos a la situación. A través de preguntas, el método socrático avanza cuestionando las cogniciones inadecuadas, no sólo de forma verbal, sino también proponiendo experimentos conductuales que las desmientan. La reestructuración cognitiva propiamente dicha, o verbal, debe integrarse como paso previo, de preparación, para los experimentos conductuales sobre tareas puntuales graduadas, como la exposición en vivo, en el caso de las fobias. La exposición a la situación temida es justamente un medio que se utiliza para poner a prueba las cogniciones del cliente. Después de cada exposición se vuelve a trabajar la parte cognitiva con un enfoque de ampliación, buscando pensamientos alternativos y acompañando al consultante en una evaluación realista de lo ocurrido durante la misma. También se evalúa en qué medida fueron alcanzadas las metas, el nivel de ansiedad experimentada, el éxito en la aplicación de pensamientos alternativos y la posibilidad de nuevos pensamientos negativos. En caso de terapias individuales, la situación

de reestructuración verbal es facilitada por el terapeuta; en terapias grupales, es el grupo quien estimulará a cada uno de sus miembros para corregir aquellas creencias que se identifiquen como disfuncionales. A medida que las sesiones avanzan, el papel del terapeuta deberá ir disminuyendo gradualmente. Previo a la exposición la persona emplea los pensamientos adaptativos previamente trabajados, para que de este modo pueda manejar su ansiedad, a la vez que tenga una imagen positiva sobre sí mismo. Muchas veces es necesario que estos pensamientos positivos los tenga la persona escritos, hasta que los pueda incorporar de forma natural. En los casos donde es necesario una mayor preparación frente a la exposición, el consultante podrá realizar un ensayo encubierto recreando la situación temida, identificando los pensamientos negativos y sustituyéndolos por otros más adaptativos. La exposición podrá hacerse en la sesión para luego concretarse en el medio natural. Debido a que durante las situaciones sociales no suele ser posible un cuestionamiento detallado de los pensamientos o el empleo de pensamientos adaptativos, ya que esto interfiere en el desarrollo de la propia interacción, con la actuación y además reducirá la atención hacia la información externa, es conveniente el trabajo previo en la construcción de pensamientos alternativos para poder utilizarlos frente a la situación temida. La realización de una evaluación real sobre lo ocurrido tiene el objetivo de introducir las modificaciones necesarias durante los momentos oportunos. En la exposición simulada se evalúa en qué medida se ha cumplido con las metas, los objetivos y los niveles de ansiedad alcanzados, si se pudo implementar los pensamientos alternativos, los posibles surgimientos de pensamientos negativos que pudieron interferir de manera no favorable con la situación para luego poder ser reestructurados en el contexto de las sesiones. Todos estos puntos se realizan a través de un autorregistro el cual puede incluir, fecha y actividad de exposición, describir la ansiedad en una escala del 1 al 100, colocar los pensamientos negativos, pensamientos alternativos, acciones realizadas, cuáles fueron las reacciones de los otros, grado de satisfacción de acuerdo con la respuesta otorgada (Bados, 2009).

Cano Vindel y Dongil Collado (2017) presentan una actualización del tratamiento del pánico y la agorafobia en el que hacen una actualización del modo de abordar la reestructuración cognitiva considerando la evidencia científica más reciente, en particular las investigaciones basadas en el modelo de los cuatro factores de la ansiedad de Eysenck que propone la existencia de dos tipos de sesgos cognitivos relacionados con la ansiedad: el sesgo atencional, por el cual se tiende a prestar más atención a los estímulos amenazantes que a los



neutros, y el sesgo interpretativo, que determina que los eventos ambiguos sean interpretados como amenazas. Siguiendo este modelo, la reestructuración cognitiva en el marco de la clínica de la ansiedad debe dirigirse a desviar la atención hacia estímulos diferentes de aquellos que producen sensaciones de ansiedad, así como a interpretar estas de una manera menos amenazante. En el caso del trastorno de ansiedad social, el foco atencional suele estar puesto en la conducta propia, como objeto de evaluación negativa por parte de los demás, aunque está en realidad sea una autovaloración sesgada. En el caso del pánico, el sesgo atencional está dirigido a las sensaciones de activación fisiológica que, por otra parte, son interpretadas como una gran amenaza a la vida o a la salud mental. La reestructuración cognitiva entonces, tendrá el objetivo de reducir los sesgos cognitivos, refocalizando la atención y disminuyendo la percepción subjetiva de amenaza. La diferencia esencial con la reestructuración cognitiva típica, centrada en los procesos cognitivos conscientes y en la racionalización, es que, si solo se emplea un enfoque racional, confiando en el control ejercido a nivel cognitivo, el resultado puede ser limitado, ya que el paciente puede cambiar sus modos de racionalizar las situaciones sin aprender a manejar sus emociones. En realidad, éste debe ser el foco de una reestructuración cognitiva eficaz en el tratamiento del pánico y otros trastornos de ansiedad, concentrando todo el esfuerzo del trabajo de reestructuración en enseñar al paciente a manejar su ansiedad y su miedo.

De acuerdo con Cano Vindel y Dongil Collado (2017) un procedimiento adecuado para llevar a cabo una reestructuración cognitiva en pacientes con ansiedad debe ayudarlos a adquirir la información necesaria para identificar las emociones a partir de sus distintas manifestaciones, para conocer los procesos cognitivos que están en la base de dichas emociones y la forma en la que actúan, para identificar los sesgos cognitivos y alteraciones en el procesamiento de la información emocional y para modificar estos aspectos a través de información adecuada, entrenamiento en autoobservación y el desarrollo de múltiples habilidades, como las relacionadas con la constatación empírica de los posibles errores cognitivos, la reinterpretación y modificación de pensamientos y el manejo y redireccionamiento de la atención.

#### *3.2.4 La exposición*

La exposición consiste en que la persona enfrente las situaciones temidas, ya sea que se las reproduzca o actúe dentro de un contexto terapéutico controlado o en medios naturales, es decir, exposiciones simuladas o exposiciones en vivo, respectivamente. La técnica consiste

en exponer sistemática y gradualmente a la persona a las situaciones temidas hasta conseguir que las afronte con niveles de ansiedad tolerables y tiene una profunda raigambre biológica, bajo la hipótesis de que habituarse a los estímulos temidos facilita la adaptación a las diversas situaciones de la vida cotidiana.

En la actualidad existen diferentes variantes de terapia de exposición, inclusive en los últimos años se incorporó la tecnología; como es el caso de la exposición a través de realidad virtual o la exposición asistida por ordenador. La aplicación de esta técnica se ha extendido a distintos tipos de fobias, especialmente fobias específicas como el miedo a volar, y se utiliza también para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo y cuadros clínicos muy diversos. La terapia de exposición requiere, como condiciones previas, el establecimiento de una alianza terapéutica sólida y la toma de conciencia de parte del paciente de su responsabilidad en el resultado final del tratamiento. Los pacientes con fobias suelen ser muy dependientes, por tal motivo se usa la auto exposición para reducir la dependencia del paciente, acortar el tiempo de dedicación profesional por parte del terapeuta y facilitar el mantenimiento de los resultados terapéuticos. En la auto exposición es importante establecer pautas realistas, identificación de cada una de las conductas problemáticas, para mantener una práctica regular de auto exposición con cada una de ellas, evaluando la reducción del nivel de ansiedad y planificando el manejo de contratiempos frente a situaciones nuevas o difíciles de afrontar normalmente. Los componentes fundamentales de este método son sus explicaciones y las instrucciones terapéuticas encaminadas a la auto exposición prolongada en vivo a las situaciones fóbicas (Labrador Encinas, 2008).

En los casos en que las situaciones se simulan, deberá procurarse que sean lo más realistas posible, aunque las condiciones puedan ser creadas de forma artificial. La exposición simulada es más fácil de realizar si es en grupo, ya que los miembros pueden participar de la actividad a través de distintos roles. Es posible que los roles más complejos sean cubiertos por el terapeuta o personas colaboradoras, para luego ser reproducidos por el consultante. De este modo el terapeuta tiene más control sobre la situación, pudiendo ver en tiempo real cuales son las reacciones particulares de cada consultante frente a la situación temida, incluyendo la duración de la exposición y detalles del comportamiento de cada uno de los participantes. Para que no se produzca acostumbamiento entre los miembros del grupo, es conveniente acudir a personas externas al mismo, creando un ambiente más realista y heterogéneo. La primera situación que se trabaje mediante la exposición debe ser una que el

paciente pueda completar y en la que actúe con un nivel de dificultad moderado. En la exposición simulada, los ensayos pueden ocurrir sin una retroalimentación puntual sobre la actuación, el énfasis estará en la exposición prolongada o repetida de una situación. Lo usual es que los ensayos se combinen con una retroalimentación y un reforzamiento, por parte del consultante, del terapeuta y de los otros miembros del grupo. Dentro de la sesión de grupo, la exposición a la ansiedad anticipatoria puede incluir informar al cliente sobre el ensayo que se realizará y recordarle que piense sobre el ensayo venidero mientras se trabaja con otros miembros, esto es aplicable a una terapia individual (Bados, 2019). La mayoría de los componentes de la exposición están asociados con la exposición frente al estímulo, que es el fundamento de un tratamiento conductual, siendo un componente crítico en este tipo de terapias. El objetivo es bloquear la evitación o escape al estímulo temido cuando la persona presiente una señal de este y puede aparecer de una forma real, virtual, imaginada o simbólica (Pérez Acosta, 2005)

La exposición en vivo, a diferencia de la postulada anteriormente, no está basada en un ambiente artificial, sino que el contexto y el entorno es el real temido por la persona. No existe un número de exposiciones pautadas, sino que la duración del tratamiento en las exposiciones dependerá de la cantidad y el tipo de fobia social que la persona tenga. La primera sesión se consagra a la conceptualización del o de los problemas del consultante, especificación de los objetivos a lograr y descripción y justificación del tratamiento a seguir y de la eficacia de este. En algunos casos se emplea el manejo de la respiración controlada, para ser aplicada de forma automática. La sesión termina cuando se le facilita al consultante que resuma lo que ha aprendido y plantee sus dudas, si quedaron cuestiones sin entender (Caballo, 2007)

En el caso de que el tratamiento sea en grupo, puede empezarse por reforzar a los pacientes por haberse decidido a cambiar y por formar parte de una terapia de grupo, luego se pasa a la presentación de los miembros y la explicación de las reglas básicas del funcionamiento de la sesión, como por ejemplo: asistencia de las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, posibles intervenciones y opiniones de los otros, confidencialidad de lo tratado dentro del grupo, realización de tareas entre sesiones. La idea es que los miembros puedan compartir detalladamente sus miedos sociales y metas del tratamiento. En la segunda sesión se acuerda el orden del día y se repasan las actividades entre sesiones. En el momento de jerarquizar las exposiciones es conveniente acordar con el consultante. En las

siguientes sesiones, se acuerda el orden del día, se revisa como han sido las actividades de exposición en vivo, se refuerza los progresos y los esfuerzos, y se buscan las soluciones a las situaciones que no fueron del todo asertivas o que presentaron una dificultad durante la exposición. Para ello se llevarán a cabo ensayos de exposición simulada con situaciones anteriores que no han podido ser manejadas o bien se trabajarán nuevas situaciones de la jerarquía. Luego de la tercera sesión es conveniente grabar la exposición de forma digitalizada, puede ser a través de video o grabación de voz, así la persona puede verse a sí misma y modificar la imagen distorsionada que tiene sobre sus actuaciones. En la última sesión se explican las pautas del programa para el mantenimiento (Bados, 2009).

Existen particularidades de las exposiciones en vivo en el caso de la fobia social, a diferencia de otras fobias, la técnica requiere una gran experiencia, flexibilidad y capacidad de motivación por parte del terapeuta en el momento de elaborar tareas de exposición y persuadir a los clientes para que la afronten. Por ejemplo, una de las características que deberá tener el terapeuta es ser empático y firme pero no autoritario. Las técnicas del programa implican tolerar ciertos grados de ansiedad, pero también de malestar e incomodidad frente a las situaciones expuestas. Debe avisarse al cliente que las exposiciones se realizaran de forma gradual y que se avanzara sobre las mismas en función a como sea el progreso. Para evitar los abandonos es conveniente que las exposiciones se realicen de forma gradual respetando una jerarquía de obstáculos. Se comienza por ítems y obstáculos que produzcan una ansiedad leve o moderada, en donde luego se irá avanzando a situaciones más ansiógenas, pero sin abrumar al paciente con ansiedad desmesurada o pánico intolerable. Deben incluirse todas las situaciones que son temidas o evitadas por el consultante; en el caso de ser muchas se hace una muestra representativa de las mismas, que sean pertinentes y significativas para la persona, es decir situaciones reales que debe afrontar en su vida, o que le cueste enfrentar, o bien que por algún motivo particular evite. Es importante que la exposición tenga una duración mínima necesaria, ya que es lo que causa la reducción sustancial de la ansiedad y la desaparición del deseo de escapar o evitar la situación. En casos en que sea necesario se introduce un entrenamiento en habilidades sociales para brindar herramientas para el manejo de situaciones problemáticas. Puede arrancarse con ella desde el principio, como complemento de la reestructuración cognitiva y la exposición (Bados, 2009).

### 3.2.5 *Entrenamiento en habilidades sociales*

El entrenamiento en habilidades sociales incluye un conjunto de técnicas que se utilizan para desarrollar en las personas habilidades útiles para resolver diversas cuestiones sociales. Considerando que el hombre es un ser social y, por tal motivo, está inmerso en un ambiente que incluye en mayor o menor medida otros sujetos, las habilidades sociales contribuyen a la formación de nexos entre el individuo y su entorno. En el caso de algunos trastornos, el entrenamiento en habilidades sociales constituye un procedimiento básico de su tratamiento, ya sea solo o aplicado junto a otras técnicas terapéuticas, que consiste en la combinación de elementos conductuales dirigidos a incrementar la capacidad del individuo para implicarse en las relaciones interpersonales de una manera socialmente apropiada.

Las habilidades sociales se definen siempre en relación con un contexto cultural determinado y están involucrados factores como la edad de la persona, la educación y la clase social. En función de estos y otros factores, cada individuo trae consigo sus propias creencias, valores, capacidades cognitivas y su forma característica de interacción social. La definición de lo que es una conducta social adecuada debe implicar tres componentes: el tipo de habilidad social, una variable cognitiva de la persona y un contexto social. Algunos de los elementos más utilizados o considerados dentro de las habilidades sociales son la mirada o el contacto ocular, la calidez de voz, el tiempo de conversación y el contenido verbal de esta última. Estos componentes pueden cambiar dependiendo de las variaciones entre las diversas situaciones; es decir, en el contexto en el que se desarrolle esa conducta (Caballo, 2007).

La comunicación entre las personas se lleva a cabo tanto a través de las conductas verbales como de las no verbales; ambas son medios en los que se pueden observar las habilidades sociales. La comunicación no verbal es uno de los componentes más importantes a la hora de transmitir un mensaje adecuado al receptor; éstos pueden ser recibidos de forma no consciente. Los mensajes no verbales tienen varias funciones: pueden reemplazar a la palabra, pueden repetir lo que se está diciendo, enfatizar un mensaje verbal, especialmente de tipo emocional, o bien pueden contradecir el mensaje verbal. Las expresiones faciales tienen un papel muy importante en el momento de una interacción social, ya que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones, además de ser la zona más compleja de la comunicación no verbal y la que más se observa en el momento de la interacción. Entre ellas se incluyen la sonrisa, los gestos y la mirada. Esta última implica que se ha hecho contacto ocular con otra persona y se utiliza para abrir y cerrar los canales de comunicación y

para regular los turnos de las palabras. Otro de los componentes no verbales a la hora de realizar un vínculo social es la postura corporal, es decir la posición del cuerpo y de los miembros, la forma como se sienta la persona refleja el sentimiento sobre sí misma y la relación que desarrolle sobre los otros. Las señales vocales pueden afectar directamente cómo se dice y de qué manera el receptor recibe el mensaje, el intervalo temporal, el volumen, el timbre, el tono y la inflexión son utilizados para comunicar sentimientos y emociones. Los componentes no verbales deben integrarse adecuadamente a los verbales para el desarrollo de una buena comunicación, lo que implica un proceso de amalgama complejo y regulado entre ambos tipos de componentes (Caballo, 2007).

### *3.2.6 Empleo de grupo.*

Aunque la TCC sigue siendo tan eficaz en grupo como en formato individual, en el caso de la fobia social resulta comprensible que haya quienes se resistan a asistir a una terapia de grupo. Sin embargo, el empleo de la terapia en grupo puede ser más eficaz en este tipo de fobia. Sólo en casos puntuales, como por ejemplo casos que cuenten con una excesiva ansiedad social, conductas muy deficitarias, o casos muy puntuales que por algún motivo no pueden trabajar en grupo, será necesario comenzar con una terapia individual para luego pasar a terapia de grupo una vez alcanzado cierto nivel de capacidad de interacción. El tamaño del grupo puede variar, en general deberá ser lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con las personas, pero no tanto como para dispersar la atención del terapeuta. El tamaño ideal permite que cada participante reciba atención centralizada en sesiones alternas y si fallan una o dos personas, todavía existe un número adecuado de personas para trabajar la sesión. Las ventajas con las que cuentan las intervenciones en grupo para tratar la fobia social son que las interacciones sociales pueden ser desarrolladas de forma realista, es decir el grupo proporciona un contexto social real (Bados, 2009).

Por otra parte, el contexto de grupo proporciona una perspectiva de los errores cognoscitivos desde el punto de vista de otras personas. Cabe destacar que algunos especialistas como el propio Barlow han trabajado en los últimos años con un enfoque transdiagnóstico y considera que el trastorno de pánico se puede tratar en conjunto con otros trastornos de ansiedad como la ansiedad social en un mismo grupo de pacientes. De acuerdo con este planteo las fases de psicoeducación y reestructuración cognitiva se pueden trabajar con un formato compartido para los distintos trastornos de ansiedad, suministrando información común a todos los trastornos y trabajando en la reestructuración cognitiva

mediante la refocalización y revalorización, además de incluir técnicas de relajación (Cano Vindel & Dongil Collado, 2017).

Los integrantes del grupo muchas veces proporcionan información o experiencias que se puede tomar como referencias de uno mismo. En las terapias de grupo los pacientes descubren que sus problemas no son únicos, que hay otras personas que también los experimentan y se sienten de la misma manera. Es común que los pacientes que ya han desarrollado algunas competencias y habilidades puedan servir de ejemplo y de referencia para los otros miembros del grupo, y que principalmente puedan entender que es posible un buen desarrollo de la terapia. Estos modelos son más cercanos y tienen más cosas en común con los otros clientes que el terapeuta. De esta manera, los miembros del grupo proporcionan una retroalimentación y reforzamiento, y esto produce un mejor impacto que cuando los consejos y las recomendaciones son dadas por el propio terapeuta. Además, la motivación de los clientes aumenta debido al compromiso público que se expresa delante del grupo, a la presión del grupo para prácticas, a la aprobación del grupo por los esfuerzos y progresos y a la observación de los progresos de los otros. Las sesiones en grupo suelen durar entre 2 horas y 3 horas, con un pequeño descanso en el medio, pero pueden reducirse a menos tiempo en aquellas personas que presenten problemas de concentración (Bados, 2009).

Es recomendable que los integrantes del grupo presenten alguna similitud en algunos puntos tales como nivel sociocultural, intervalo amplio de edad y que el grupo este equilibrado en variables como sexo y gravedad de la fobia social. Es útil invitar a participar del grupo a personas que sean ajenas a éste para crear situaciones más realistas y generalizar la situación. La primera actividad del grupo es que el terapeuta se presente ante el grupo y que cada miembro de una presentación de sí mismo, dando su nombre y proporcionando alguna información extra, como por ejemplo dónde trabaja, a qué se dedica, con quién vive o cuáles son sus simpatías. Es necesario que el grupo se atenga a las normas, las cuales deberán ser presentadas por escrito y preferentemente durante la primera sesión (Bados, 2009).

## 4 Metodología

**4.1 Tipo de estudio:** descriptivo. Estudio de caso.

**4.2 Participante:** Germán (40 años) trabaja como supervisor en una empresa multinacional de sistemas. Tiene a cargo un grupo de 12 personas, los cuales se encuentran

localizados en diferentes países y realiza reuniones con el personal a través de teletrabajo, la mayoría de ellos de habla inglés. Posee título universitario, graduado en Marketing y Publicidad. Actualmente vive sólo en su departamento y esta recientemente separado de su novia con quien convivió más de 3 años. Germán es oriundo de Bolivia, al igual que toda su familia, y está viviendo en Argentina desde los 6 años. Dice tener una muy buena relación con su familia y no tiene hermanos, si tiene primos, pero que no ve con frecuencia. Actualmente está en tratamiento psicológico desde hace 6 meses en la institución de referencia. Efectúa dos encuentros semanales, uno con la psicóloga que lleva su caso y otra vez por semana está en el grupo de fobia social el cual está dotado entre 5 y 10 personas dependiendo del día de encuentro. Consultó a la institución por una compañera de trabajo, la cual le dio buenas referencias del lugar. Su primera consulta fue con el Dr. en Psicología que dirige el centro, quien le indica realizar una batería de test para medir sus niveles de ansiedad, no le indican medicamentos al momento. Los motivos de consulta fueron por un primer y único episodio que tuvo al viajar en un vuelo junto con su novia a Ecuador. German se considera una persona que disfruta mucho viajar y su anhelo es conocer la mayor cantidad de lugares posibles. Por lo que ante la imposibilidad de realizar una de las cosas que más disfruta, decidió comenzar terapia. Pese a que su consulta fue por un ataque de pánico que tuvo al viajar en el vuelo y su imposibilidad de volver a hacerlo, su psicóloga en la institución lo diagnóstico con fobia social.

- Coordinadora del grupo de fobia social. Se encarga de coordinar el grupo de fobia social una vez por semana, los viernes. La coordinadora fue paciente de la institución, lo cual es una condición para realizar el proceso. Los encuentros se realizan en distintas locaciones de la ciudad o bien dentro de la institución, su tarea principal es armar distintos proyectos y actividades para que los integrantes del grupo lo lleven a cabo. Luego de finalizar los mismos, deberá presentar un informe de cada uno de los participantes y de su desempeño en el grupo a los psicólogos correspondientes.

- Psicóloga de German. Graduada en psicología de la UBA y se especializa en trastorno de ansiedad. Realiza terapia con un enfoque cognitivo conductual, al igual que el resto de los profesionales de la institución, lo aplica tanto en grupo como de forma individual. Asiste una vez por semana a German y es quien le realiza el seguimiento a su tratamiento junto con el resto de los profesionales.



### **4.3 Instrumentos:**

- Observación del consultante en el desarrollo dentro del grupo de encuentro de fobia social, su relación con sus pares y con la coordinadora del grupo.

- Observación del consultante en el desarrollo de las diferentes actividades pautadas previamente, considerando su predisposición y colaboración hacia las mismas, el desarrollo de las sintomatologías y también la interacción con el ambiente, ya sea natural o artificial de las diferentes actividades.

- Entrevista semidirigida al paciente en dos oportunidades, al iniciar el proceso de actividades consultando sobre sus síntomas, antecedentes de los mismos, realización de posibles terapias pasadas y las expectativas que tiene sobre el actual tratamiento, antecedentes familiares de trastornos similares, terapias anteriores, etc. La segunda entrevista semidirigida al paciente corresponderá a indagar sobre las sintomatologías previas, durante y después de realizar un vuelo en avión. El mismo fue realizado cuando estaba cursado su tratamiento. Principalmente se indagó sobre cuáles fueron sus expectativas sobre el mismo, sobre su sintomatología y de qué manera lo pudo resolver según las herramientas brindadas por la institución.

- Entrevista semidirigida a la coordinadora del grupo de fobia social en donde se investigó sobre la evolución del paciente desde sus inicios hasta los últimos encuentros. También se preguntó por las dificultades y los logros que el consultante tuvo a lo largo de su tratamiento.

- Informes al finalizar cada encuentro con el paciente, enviados a su psicóloga.

### **4.4 Procedimientos:**

Durante la práctica se realizaron las observaciones participantes, una vez por semana con la tutoría de la psicóloga a cargo y previo acuerdo con el paciente, con horarios y días acordados semanalmente. Posteriormente a cada uno de los encuentros se registraron notas acerca de los aspectos trabajados y los detalles más importantes de la observación.

Las observaciones dentro del grupo de tratamiento de fobia social se realizaron una vez por semana los viernes de 19:00hs a 21:00hs. También en este caso se tomaron notas después de cada una de las reuniones.

Las entrevistas semidirigidas tuvieron lugar en distintos momentos de la práctica. En primer lugar, en el momento de iniciar el trabajo de campo, se llevó a cabo una entrevista con la psicóloga de German, una entrevista con el paciente, de 40 minutos aproximadamente y otra entrevista con la coordinadora del grupo de fobia social.

Una vez transcurridos los 4 primeros encuentros se realizó otra entrevista con la psicóloga responsable. Con el paciente se realizó una entrevista antes de realizar su viaje en avión y otra luego de finalizar el mismo. En ambos casos tuvieron una duración aproximada de 20 minutos.

Finalmente se llevaron a cabo entrevistas al finalizar el tratamiento con el paciente y con la coordinadora del grupo de fobia social. La duración aproximada en ambos casos fue de 20 minutos cada entrevista.

Además de lo anterior se contó con informes semanales luego de finalizar cada encuentro con el paciente, los mismos eran enviados por mail a la psicóloga; a la vez que eran impresos y colocados en la historia clínica del paciente situado en el archivo de la institución.

## **5 Desarrollo**

### **5.1. Describir los síntomas de fobia social y la comorbilidad con aerofobia en un adulto mayor de 40 años.**

Durante el transcurso del primer encuentro entre la Licenciada en Psicología y la tesista, se informa que el paciente está diagnosticado con fobia social; explica que es una persona a la cual se le dificulta considerablemente relacionarse con la gente. Esto ocurre principalmente al enfrentar dos situaciones, por un lado, grupos grandes de personas y, por otro lado, al verse expuesto en el momento de hablar en público. El diagnóstico se basó en los criterios del DSM 5 (APA, 2014) El consultante comenzó a realizar tratamiento en la institución 2 meses antes de tomar contacto con él; en oportunidades anteriores había realizado otros tratamientos psicológicos con distintas terapias, pero sin tener éxito alguno.

En la primera entrevista entre la tesista y German, al preguntarle puntualmente cual fue su motivo de consulta con la institución, este afirma que no es su miedo a relacionarse con la

gente, sino que su principal problema consistía en el miedo a volar. Esta problemática comenzó durante un viaje a Ecuador que realizó con su novia de ese momento, hace más de 6 meses. German comentó que durante el transcurso del vuelo tuvo un episodio de taquicardia e insuficiencia respiratoria, lo que él consideró como un ataque de pánico *“nunca me había pasado algo igual. Lo que más disfruto en la vida es viajar y conocer distintos lugares del mundo, y que me ocurra algo así en un avión realmente me asustó mucho, entendí que me estaba muriendo”*. German indicó a la tesista su última experiencia en avión, *“Sentía que no podía respirar, y que tenía mucha taquicardia, pero a la vez me daba vergüenza pedirle ayuda a la azafata, fue horrible”*. El escenario presentado por Germán es coherente según lo planteado por el DSM-5 (APA, 2014), en donde también menciona síntomas confirmados por el paciente durante su entrevista inicial que son palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, molestias en el tórax, náuseas, sensación de mareo, escalofríos, parestesias; o psicológicos: desrealización o despersonalización, miedo de perder el control o a morir.

German le explicó a la tesista que fue un momento límite, nunca le había pasado antes y no quería que le vuelva a suceder. Su pareja de ese momento, al ser médica, le prescribió un fármaco, a lo que Germán se negó a hacer uso de este ya que optó por transcurrir el suceso de forma natural y sin medicamentos. Debido a su interés y ganas de seguir volando es que decide consultar en la institución por su ataque de pánico luego de dicho episodio.

Aunque el impulso de consulta de German con la institución fue su miedo a volar y el ataque de pánico que le produjo aquel vuelo en avión, fue diagnosticado por su psicóloga con fobia social. Esto concuerda con lo exhibido por Clark y Beck (2012), en donde la presencia de un trastorno de ansiedad aumenta significativamente la posibilidad de padecer uno o más trastornos adicionales, mientras que los trastornos puros de ansiedad son menos frecuentes que la ansiedad comórbida.

Durante el desarrollo del primer encuentro entre Germán y la tesista, le explicó que siempre fue una persona muy vergonzosa y tuvo algunas particularidades que él consideró como poco sociables. De todos modos, fue encontrando distintas formas de adaptarse a las situaciones generales, sin percibir hasta el momento su problema como invalidante para su vida diaria (laboral, social y familiar). La diferencia entre una persona tímida o vergonzosa y una persona con ansiedad social es que muchas veces estas últimas evitan situaciones sociales por miedo a ser juzgados de forma negativa en público (Bulacio, 2011). Actualmente estas

condiciones que él considera poco sociables estaban afectando a su vida laboral, lo cual German señaló como una gran frustración *“disfruto mucho de mi trabajo, realmente me considero un afortunado en poder desarrollarme en lo que me gusta, pero hace unos meses me ofrecieron un ascenso y por miedo a no poder hacerlo dije que no”*. German comenta a la tesista que, en su niñez, comenzó a realizar terapia psicológica para poder afrontar esta situación, e inclusive por muchos años fue a clases de teatro que fueron sugeridas por su terapeuta en ese momento: *“la pasaba muy mal, cada vez que tenía que ir a un cumpleaños o bien ir a jugar con mis primos, sentía como un fuego en mi cabeza y quería llorar, pero no podía”*. Según lo expresado por el paciente, tenía mucho miedo de que le preguntaran sobre su vida y no saber que decir. Esto corresponde con la sintomatología que describe en la actualidad y las limitaciones que presenta al hablar en público en su trabajo *“tengo miedo de que me sigan preguntando sobre el tema y no saber que decir”*. Manifiesta que cuando realiza un discurso o habla con alguien su sensación es que transpira mucho, saliva y él cree que su discurso no tiene coherencia. Germán experimenta un intenso miedo o bien ansiedad en diversas situaciones sociales en la que percibe un posible examen por parte del otro (APA, 2014). Este miedo desproporcionado se manifiesta en situaciones de la vida cotidiana, como tener una reunión con una persona, mantener una conversación o actuar delante de otras personas. En una de las sesiones que tiene German con su grupo de fobia social dentro de la institución comenta que su extrema vergüenza comienza desde muy temprana edad; de todos modos, no todas las personas con fobia social son necesariamente tímidas, dado que pueden sentirse perfectamente cómodas frente a muchas personas, pero por otro lado existen muchas cosas en público que no pueden hacer (Bulacio, 2011). Germán comienza su relato en el momento que él se muda desde Bolivia a vivir a la Argentina, sentía que tenía miedo de la posible discriminación que él o su familia pudieran experimentar, y, aunque no recuerda haber tenido un episodio puntual, reconoce que fue en dicha época que dejó de relacionarse con la gente de su edad *“tenía miedo que se rían de mí, no quería decir de donde venía, me daba vergüenza y a su vez sentía culpa de decirles a mis papás”*.

La psicóloga de la institución le diagnosticó fobia social y recomendó que focalice su tratamiento en este trastorno, sin dejar de lado ni desconsiderar el episodio de pánico y su miedo a volar, que comenzó a desarrollar luego del último episodio en el avión, puesto que la génesis de la fobia social antecede al resto de los trastornos comórbidos, a excepción de los casos de ansiedad por separación y las fobias específicas (APA, 2014).

Para describir la sintomatología del paciente observado se consideran los tres niveles en los que pueden presentarse los síntomas de ansiedad social según Belloch (2003): fisiológico, cognitivo y comportamental. En lo fisiológico, se presentan síntomas corporales muy puntuales, como fuerte sudoración y sensación de salivar en demasía al hablar; otros síntomas comunes como la elevación de la tasa cardiaca, molestias estomacales, mareos, rubor y temblores, no se presentaron en este caso. En el nivel cognitivo, existen pensamientos negativos en el relato del paciente, como por ejemplo “*se me van a burlar*” o “*no me van a llamar más para trabajar*”, en donde la anticipación de una mala evaluación por parte de otros se asocia con la previsión de consecuencias catastróficas. Por último, en cuanto a los síntomas comportamentales, se observan conductas de evitación de la situación temida, recurriendo a tácticas para reducir las ocasiones en que debe hablar en público.

En conversación con el paciente se obtuvo un relato preciso de su sintomatología, que no se limitaba a los aspectos fisiológicos, sino que también incluía distorsiones cognitivas y pensamientos intrusivos que aparecían en su mente de forma involuntaria. En cuanto a los síntomas corporales, confirmaba que luego de unos minutos o segundos de hablar en público y obtener la atención de la gente notaba que su rostro empezaba a traspasar de forma automática y, siguiendo sus palabras, “*comienzo a traspasar como si alguien me tirara un balde de agua mientras estoy hablando*”. Hablar en público es una de las situaciones sociales que Carrión y Bustamante (2008) enumeran entre las que típicamente disparan los síntomas en aquellas personas que padecen fobia social, como es el caso de Germán. Otra de las cuestiones que él indicaba como uno de los síntomas físicos esta focalizado en el contexto laboral. Cuando le preguntaban en el trabajo sobre una temática en la cual el sentía mucho interés y conocimiento, al hablar y explayarse sobre el tema le era inevitable la sensación de necesitar expectorar, o bien de estar produciendo saliva en demasía. Frente a dicha situación Germán optaba por no hablar o no opinar sobre dichos temas. Esto le generaba preocupación, porque su trabajo, según mencionó en reiteradas oportunidades, le gustaba y disfrutaba mucho haciéndolo. Conforme a lo informado por German, al momento de preparar una reunión o hacer una entrega de su trabajo, comenzaba a preocuparse desde unos días antes del evento y no podía conciliar el sueño desde la noche anterior, asimismo durante esos días tenía pérdida de apetito. Esto concuerda con lo que Caballo et al. (2014) describen como ansiedad anticipatoria, que es el resultado de una percepción de ineficacia en la actuación. El malestar que experimentaba era tanto que comenzó a evitar algunas situaciones y a disminuir, tanto las

reuniones con sus clientes como así también los encuentros que debía hacer con su propio equipo, en el cual él era coordinador. Cabe aclarar, que evitar estas situaciones de trabajo que lo interpelaban es una de las consecuencias esperables conforme a lo informado por Macia Fernández et al. (2017), dichas conductas acompañan al malestar inicial que generan las circunstancias mencionadas y los pensamientos que acompañan a los síntomas físicos. Para poder hacerle frente a dicho malestar, Germán comenzó a organizar sus reuniones por medio de Skype; si bien esto estaba permitido en la empresa y formaba parte de su cultura, se convirtió para el paciente en la forma casi exclusiva en que se contactaba con sus compañeros, forzando cada vez más a tener este tipo de reuniones o dar respuestas a las consultas que recibía a través de dicho método digital. Esto por un lado lo aliviaba mucho, pero por otro lado lo angustiaba ya que entendía que no podía hacerlo durante un largo tiempo. Esto estaba acompañado por pensamientos automáticos tales como “*se van a burlar de mi*” o “*no me van a preguntar más sobre el desarrollo del trabajo*”. El temor que se expresa en estos pensamientos automáticos tiene por objeto la presunta crítica de otra persona, algo que el DSM 5 (APA, 2014) considera un criterio básico para el diagnóstico de la ansiedad social. En el caso analizado, este temor tomaba una forma más precisa: cada vez que el paciente tenía una reunión importante en su trabajo, en la cual debía dar una charla con su equipo o hablar con un cliente, los síntomas físicos comenzaban a afectar su aspecto exterior y su registro de esta situación afectaba su capacidad para expresarse; no podía hablar correctamente y todo esto producía que se limitara tanto en el contenido como en la extensión de su discurso: “*digo dos palabras y hablo rápido porque quiero que el tiempo pase y sacarme de encima la situación*”. Esto ocurre debido a la sobrevaloración de la situación o evento al cual German considera como amenazante, obteniendo como resultado un miedo excesivo que no se ajusta a la situación real y obstaculiza la adaptación (Clark & Beck, 2012). Durante los distintos encuentros entre la tesista y Germán, este informaba sobre su vasto conocimiento sobre la tarea que desarrollaba en su trabajo, no sólo reiteraba su deseo de continuar en su trabajo y lo gratificante que para él era estar a cargo del proyecto, sino que también hacía alusión al conocimiento y la información que tenía sobre el mismo. Su gran preocupación y angustia aparecía en el momento en donde debía sociabilizar con el resto de los empleados, a causa de una mala valoración de las propias actuaciones y expectativas negativas respecto de los hechos futuros. Al mismo tiempo, se plantea un déficit en habilidades, en donde se considera que uno de los orígenes de la ansiedad es que la persona

posee una suma de conductas inadecuadas, lo que le impide enfrentar correctamente las adversidades del ambiente social (López Bados, 2007). Todas esas situaciones lo limitaban en su trabajo para desarrollar su puesto como líder de grupo, por lo que muchas veces consideraba seriamente si debía continuar con el cargo o renunciar. Más allá de que Germán pensaba que estaba altamente capacitado para ocupar su posición, sentía que no podía afrontar las tareas que el propio puesto le exigía y como consecuencia su sentimiento de intranquilidad permanente crecía. Se puede observar en este caso cómo la ansiedad social transforma la vida normal de una persona, a la vez que interfiere con una carrera o con una relación social (Bulacio, 2011). Durante la entrevista que la tesista realizó a la coordinadora del grupo de fobia social, ésta confirma que la principal limitación que German tenía al sociabilizar con el grupo eran sus temores internos *“el síntoma principal que German tiene son sus pensamientos automáticos, que se le disparan de la mente cada vez que quiere hablar”*. Acorde a lo comentado por la coordinadora el consultante tiene muchas inseguridades y miedos y esos se ven reflejados a la hora de interactuar no sólo con su grupo de trabajo en la institución, sino que también se ve reflejado en su trabajo.

## **5.2. Describir las intervenciones cognitivas conductuales realizadas durante los procesos de exposición y dentro del grupo de fobia social.**

Considerando el diagnóstico inicial brindado por la psicóloga del consultante durante la entrevista con la tesista, se fijó cumplir las intervenciones habituales en las terapias cognitivo-conductuales. El encuadre de éstas se realizó en ambientes tanto naturales, como artificiales y se aplicó dicho tratamiento de forma individual y grupal. También fue incorporado al tratamiento charlas de psicoeducación por parte de la psicóloga y de la tesista con la bibliografía que fue sugerida por la institución. Los encuentros entre la tesista y el consultante fueron pautados semanalmente, en dónde la base principal de los mismos fueron el desarrollo de distintas especies de exposiciones; una de las bases del tratamiento con enfoque cognitivo conductual además de la reestructuración cognitiva (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011) La exposición en este tipo de fobia es recomendada por la mayoría de los autores (Bados, 2019; Caballo, 2007; Labrador Encinas, 2008). No sólo coinciden que este tipo de método es el indicado para fobias sociales, sino que también hay evidencia empírica que este tipo de tratamiento cognitivo conductual es exitoso en fobias específicas como por ejemplo el miedo a volar. Los objetivos de la terapia dictados por la psicóloga de German

fueron lograr diferentes tipos de exposiciones en diversas situaciones. Esto mismo fue acordado entre la tesista y el consultante. La terapia de exposición requiere, como condiciones previas, el establecimiento de una alianza terapéutica sólida y la toma de conciencia de parte del paciente de su responsabilidad en el resultado final del tratamiento (Labrador Encinas, 2008). Las exposiciones estuvieron previamente acordadas con la psicóloga de German, y se realizaron de forma gradual, avanzando sobre las mismas en función del progreso y también se incluyeron situaciones temidas o evitadas por el consultante, conforme a lo recomendado por Bados (2009). La coordinadora del grupo, en una entrevista con la tesista, informa que German suele faltar a las sesiones más de lo normal y que la mayoría de las veces no avisa, ni tampoco tiene una justificación coherente. Este tipo de actitud es muy frecuente en fobias sociales, ya que Germán evita la situación fóbica que él relaciona con su malestar, en este caso puntual los encuentros con su equipo de trabajo terapéutico, pero también sucede en su vida diaria al momento de afrontar a su equipo de trabajo y exponerse frente al mismo (Macia Fernández et al., 2017).

Las primeras exposiciones observadas fueron realizadas dentro del grupo terapéutico, ya conocido por Germán. El objetivo de la exposición era realizar una presentación personal durante 10 minutos y aplicando las técnicas en habilidades sociales previamente aprendidas durante los encuentros de grupo de fobia social. El grupo estaba formado por 12 personas y el lugar era un centro cultural de Capital Federal en el cual había mucha circulación de público. Germán comenzó hablando de su historia personal, incluyendo sus orígenes familiares. De acuerdo con lo informado por la psicóloga en una de las entrevistas a la tesista, este es uno de los temas que más le preocupa a German. Durante el desarrollo de la exposición se observa que la voz de Germán empieza a entrecortarse y sus manos se mueven hacia la frente con la idea de secar gotas de sudor, que la tesista nunca pudo observar. Con respecto a las habilidades sociales previamente aprendidas se observó que sostuvo la mirada durante su discurso y su posición de la espalda era recta; la comunicación entre Germán y su público se dio en dos ejes, por un lado, su discurso y, por otro lado, su conducta no verbal que forma parte de las habilidades sociales aprendidas previamente (Caballo, 2005).

Algunas de las herramientas más utilizadas dentro de las habilidades sociales son la mirada o el contacto ocular, la calidez de voz, el tiempo de conversación y el contenido verbal de esta última. El discurso otorgado por German tuvo una trama informativa y a la vez un componente emocional, ya que no solamente dio información concreta de las costumbres



y la historia de la región, sino que también comentó durante la exposición lo que ello significaba para él.

Otra de las exposiciones realizadas en ambientes naturales fue en un restaurante de la zona de Recoleta, en donde la consigna consistía en sentarse durante el mayor tiempo posible sin pedir asistencia del servicio, incluso cuando la camarera se acerque a la mesa. Germán debería dilatar la situación de elección del menú a tal punto que luego de unos minutos debería levantarse e irse sin completar el pedido realizado. La consigna la pudo cumplir con algunas dificultades, aseguró no sentirse cómodo al respecto y que se quería levantar todo el tiempo para dejar la mesa; en su comentario Germán dice *“la moza me miraba con una cara de odio, me quería matar, todo el restaurante me estaba mirando”*. Estos pensamientos negativos son característicos de personas que sufren ansiedad social, es decir, la anticipación de una mala evaluación por parte de otros produce evaluaciones de consecuencias catastróficas como *“la moza me quería matar”* (Belloch, 2003). Aunque, de acuerdo con lo que Germán le informó a la tesista, esa experiencia le resultó muy incómoda, pudo cumplir con el objetivo pautado. Considerando que la idea de la exposición en vivo implica tolerar ciertos grados de ansiedad, es parte del proceso que se genere malestar e incomodidad frente a las situaciones expuestas (Bados, 2009).

Otra de las exposiciones realizadas no consistió en relacionarse con la gente de forma verbal, sino que se caracterizó por la vinculación a través de la danza. La misma residió en realizar la exposición en una clase de Tango, compuesta por alumnos locales y extranjeros de ambos sexos y de diferentes idiomas con un total de 12 personas. La clase consistía en vincularse con una persona del sexo opuesto y realizar los pasos indicados por la profesora, la duración de la misma era de 90 minutos y a lo largo de la clase se bailó la danza con todas las personas del sexo opuesto. German asistió a la clase 10 minutos más tarde del horario indicado, ya que había tenido un problema laboral; acto seguido, la profesora le solicitó que haga una breve presentación personal en la clase. Durante el transcurso de la exposición German se ve muy concentrado y al momento de bailar presta atención a los pasos indicados por la profesora, pero a su vez se pudo observar que estaba incómodo con su sintomatología de la sudoración excesiva, esto efectivamente pudo ser observado por la tesista y dicha incomodidad duro algunos minutos. Luego de un tiempo se pudo observar que esto comenzó a disminuir notablemente quedando su atención focalizada en realizar los pasos de baile correctamente. Luego de terminar la clase Germán le comenta a la tesista que quedó muy

contento con la exposición y que quiere volver a realizar la experiencia, ya que nunca había pensado que le gustara el tango: *“me gustó mucho el tango, nunca se me había ocurrido venir a un lugar así, era mi primera vez y tengo muchas ganas de volver”*. Al día siguiente de la exposición, Germán envía un mensaje telefónico a la tesista comentando lo cómodo que se había sentido y que realmente sentía que había sido un cambio para él.

Durante los próximos dos encuentros, German no asiste al lugar acordado para realizar la exposición semanal correspondiente. En el caso de la primera inasistencia, la tesista trata de contactar en reiteradas oportunidades a Germán y luego de llamar dos veces este atiende el teléfono, indicando que no había entendido el día de encuentro y que pedía disculpas por no poder asistir. Frente a una posible falta de comunicación, la tesista pauta las condiciones de los próximos encuentros a través de una ficha técnica que se enviará de forma digital y este deberá responder si la recibió correctamente. De todos modos, su conducta de evitación frente a la situación temida o fóbica se considera característico de las personas con fobia social, (Caballo et al., 2014). A partir de los próximos encuentros es que se comienza a enviar por escrito las órdenes de encuentros, siendo respondidas con éxito por Germán y acoplándose a las nuevas pautas. Esto permitió volver a enmarcar las pautas de trabajo para poder seguir realizando las exposiciones, en donde sus componentes fundamentales de este método son sus explicaciones y las instrucciones terapéuticas (Labrador Encinas, 2008). No obstante, el siguiente encuentro volvió a ausentarse y sin previo aviso. Luego de que la tesista lo llamara, él responde indicando que está con mucho trabajo y no puede asistir.

La próxima exposición de Germán se dio durante el contexto de su grupo de trabajo de fobia social dentro de la institución, la temática principal del encuentro es hablar sobre los miedos que tienen cada una de las personas. Cuando le toca el turno a Germán, comienza a comentar uno de sus principales miedos, y es que cuando él habla le da mucha vergüenza, porque transpira mucho, a tal punto que se limita a hablar en público y comenta *“cuando tengo que hablar en el trabajo o tengo una reunión para presentar un proyecto a otras áreas me siendo muy mal, transpiro mucho y siento que escupo a la gente cuando estoy hablando”*, comentó entre carcajadas nerviosas a la tesista. La tesista observa que a medida que va pasando el tiempo en su discurso, realiza el movimiento como si se secara sus manos y su frente y se acomoda la remera en repetidas oportunidades. Si bien se observa sudoración en su frente, la tesista nota que no es en demasía como él mencionó en reiteradas oportunidades *“es como si me tirarán un balde de agua sobre la cabeza”*. Esto mismo ocurrió con su

discurso, la tesista observó que el mismo fue pausado y coherente, esto no concuerda con la entrevista realizada en donde Germán le explica a la tesista que él quiere hablar rápido ya que su sensación es que nadie lo puede entender debido a su discurso poco coherente y claro “*me saco de encima el tema rápido, no quiero que nadie me pregunte nada porque empiezo a trabarme y no digo nada en concreto*”. Todos estos síntomas observados por la tesista son característicos del trastorno de ansiedad, en donde existe una autoevaluación negativa de los recursos para afrontar las situaciones (Bulacio, 2011), lo que genera pensamientos catastróficos y conductas evitativas (Mimica, et al., 2018).

La siguiente exposición fue en una clase de Chi Kung, técnica medicinal china que combina habilidades de respiración, posturas físicas y concentración. El lugar de encuentro fue en el barrio de Belgrano, en un centro cultural de la zona. Durante el siguiente encuentro Germán se presentó a horario. La tesista le preguntó si sabía de qué se trataba la clase y en qué consistía la técnica, a lo que Germán dijo desconocer por completo la misma. Durante el transcurso de la clase Germán no presentó ninguna sintomatología, luego de finalizar los 60 minutos de clases, dijo no gustarle la clase, y que en referencia a su patología no sintió ninguna incomodidad al respecto. En efecto, Germán solicitó permiso antes de comenzar la clase para cambiar su ropa a un atuendo más cómodo, sin presentar signos de incomodidad o vergüenza al respecto. Asimismo, en la entrevista realizada con su psicóloga y con la coordinadora de grupo de fobia social por separado, ambas manifestaron a la tesista que Germán había tenido cambios positivos y que se veían reflejados en su vida diaria. La psicóloga también comenta que él estaba muy animado con las exposiciones realizadas hasta el momento y que había disminuido su sintomatología física de dialogar en público. Por otro lado, la coordinadora de Germán informa que sigue ausentándose a los encuentros y sin previo aviso. Como fue mencionado anteriormente, esto puede ser causado por una conducta de evitación. Las conductas de evitación contribuyen al mantenimiento del trastorno, en la medida en que fortalecen las creencias y valoraciones de peligro y los temores hacia el objeto fóbico (Bados López, 2017).

Otra de las exposiciones realizadas por German fue tomar una clase de teatro. La ubicación de este fue en el barrio de Nuñez, con un grupo de nueve personas incluido el profesor de la clase, la duración fue 90 minutos. La dinámica de la clase se dividió en dos segmentos; por un lado, expresión corporal y por otro lado la interpretación de una obra de teatro basada en la improvisación. Desde un primer momento se observó que German no

presentó ninguna sintomatología, sino que por el contrario interactuó con el resto de sus compañeros sin inconvenientes. La clase de expresión corporal consistía en realizar diferentes gestos y movimientos a través de una técnica de imitación. Se formó un círculo con todos los integrantes de la clase y se realizaban muecas y gestos faciales y físicos con el compañero de al lado. En cuando a la clase de teatro, Germán se destacó con su interpretación e inclusive fue aplaudido por el público que estaba mirando la obra. Al finalizar la clase la tesista le preguntó a Germán cómo se había sentido durante el encuentro a lo que respondió que al principio le costó un poco incorporarse, pero que luego de unos minutos sintió que se integró sin mayores limitaciones. Según lo observado por la tesista, esto se veía reflejado en la comunicación no verbal que mostraba Germán. Los mensajes no verbales tienen varias funciones: pueden reemplazar a la palabra, pueden repetir lo que se está diciendo, enfatizar un mensaje verbal, especialmente de tipo emocional, o bien puede contradecir el mensaje verbal (Caballo, 2005). En este caso se observó principalmente en la postura del cuerpo y de los miembros superiores al comienzo de la clase, por ejemplo, la falta de contacto visual al momento de comenzar la clase y sus brazos tomados por detrás de la espalda. Esto sucedió durante los primeros minutos de clase, pero a medida que pasaron los minutos y se iba desarrollando la clase estos rasgos se fueron disminuyendo drásticamente, para terminar en una expresividad más abierta.

### **5.3. Analizar los cambios producidos en la sintomatología del paciente a partir del tratamiento durante las intervenciones realizadas en los encuentros.**

Los cambios sintomatológicos de Germán observado por la tesista a lo largo de las intervenciones fueron puntuales, se dieron en los niveles cognitivo, social y físico, principalmente en lo que refiere al desarrollo de habilidades sociales y herramientas de afrontamiento. Según lo que la psicóloga de German informó a la tesista en la entrevista, el paciente había realizado mejoras a lo largo de su tratamiento. Los cambios observados por la tesista fueron fundamentales y se veían en dos áreas: en lo que respecta al sector laboral, Germán, durante el transcurso de su tratamiento, finalmente había tomado su nuevo puesto, que implicaba tener gente a cargo, según lo planteado a la tesista en una de sus entrevistas él refirió *“es algo que tengo que hacer porque me va a ayudar, y sé que con el tratamiento que estoy haciendo voy a poder ir superando mis miedos de hablar en público”*. Germán también comentó que desde que aprendió nuevas herramientas, fue aplicándolas en distintas áreas, aunque seguía con su temor principal que era la manifestación de exceso de transpiración y no

poder decir un discurso coherente para el público. No obstante, sus temores no fueron invalidantes al momento de aceptar su nuevo puesto de trabajo, el cual incluía un ascenso y una mejora en el mismo. Según se pudo observar por la tesista en los diferentes encuentros e intervenciones realizadas, existió un cambio en el discurso del paciente, en donde constantemente apelaba al razonamiento. En el caso puntual del ascenso del trabajo él lo entendió como una mejora profesional y entendía que tenía dificultades para desarrollarse en público, pero con las herramientas aprendidas lo podría superar.

Otro de los cambios importantes observados por la tesista fue cuando Germán decidió volver a volar en avión. Según lo comentado a la tesista en la entrevista inicial este, había sido su motivo de consulta para el inicio de la terapia y una de las cosas que más le gustaba hacer en sus momentos libres. A la mitad del tratamiento Germán decide realizar su primer viaje en avión luego de aquel episodio que él describe como ataque de pánico. El lugar escogido es la ciudad de Mendoza y el viaje lo realizó solo. Cuando la tesista le pregunta por qué eligió la ciudad de Mendoza, él refiere que es un lugar muy lindo, el cual siempre quiso conocer. La fecha elegida fue durante un fin de semana largo, por lo que la duración del viaje fue de 4 días. Durante la entrevista realizada con el paciente un día antes de concretar el vuelo, Germán, aún no había preparado su equipaje, como tampoco había reservado su habitación en el hotel, algo que él mostraba con tranquilidad *“cuando llego a la ciudad reservo un hotel, ahora es temporada baja y se puede conseguir promociones en el mismo momento”*, algo similar ocurrió cuando la tesista le preguntó en qué momento prepararía su equipaje, a lo que Germán respondió que como son muy pocos días, no tenía pensado llevar mucha ropa, y que además se había fijado el clima y llovería todo los días. Esta actitud de Germán, aunque intentan manifestar tranquilidad, se puede interpretar como síntomas de evitación frente al objeto o situación temida (Macia Fernández et al., 2017). No obstante, durante la entrevista anterior al vuelo Germán le comentó a la tesista que tenía un poco de miedo, pero que, de todos modos, no llevaría ningún medicamento, sino que utilizaría los recursos y las herramientas que se venían trabajando para afrontar las situaciones de miedo. Al regreso de su viaje, Germán le comentó a la tesista que durante su vuelo había tenido algunos pensamientos negativos *“tuve miedo durante algunos momentos de turbulencias”*, a los cuales él los definió como *“miedos normales”* y que en dichas circunstancias utilizó las herramientas de respiración para salir de la situación de pensamientos negativos y catastróficos (Bados, 2009). Germán le informó a la tesista durante la última entrevista que su experiencia había sido

exitosa considerando el incidente que había tenido en su último vuelo y por el cual había empezado su tratamiento en la institución.

En lo que respecta a la sintomatología física que Germán afirmó tener en varios momentos, tales como: sudoración excesiva, salivación y miedo de escupir sobre las otras personas, de todos modos, no estuvieron presentes en la mayoría de las intervenciones observadas por la tesista. Sí fueron observadas en una intervención puntual en donde se realizó la danza de tango, en donde Germán se notó nervioso durante los primeros minutos de la clase y comenzó a sudar. De todos modos, esto fue disminuyendo paulatinamente durante el transcurso de la clase, finalizando la misma con naturalidad. Esto mismo fue notado por Germán y manifestado a la tesista al finalizar la clase. A medida que transcurren las diversas intervenciones esto dejó de observarse por la tesista, y la sintomatología física desapareció por completo según lo observado, ya sea desde intervenciones en donde el foco estaba puesto en el cuerpo y la expresión corporal tales como la clase de Chi kung, clase de Tango, clase de expresión corporal. Lo mismo ocurrió en las intervenciones en donde exigía una mayor demanda en manifestarse con el dialogo, como por ejemplo la clase de teatro, los diferentes encuentros grupales y también en las intervenciones donde el foco de ansiedad estaba puesto en la expresión.

Durante el transcurso del tratamiento, existieron dos cancelaciones por parte del paciente, sin previo aviso. Esto puede interpretarse como un indicador de que el paciente evita la situación temida; aunque, luego de transcurridas varias intervenciones y según los intercambios con la tesista, dejó de ocurrir. Luego de un nuevo acuerdo con el paciente, los encuentros se comenzaron a dar sin circunstancias impredecibles. Es necesario tener en cuenta que, una vez que se ha instalado el trastorno, la aprensión y el temor a verse superado por las situaciones que ocasionan la fobia favorecen las conductas de evitación (Bados López, 2017).

## **6 Conclusiones**

Los objetivos del presente trabajo se orientaron a analizar la evolución del tratamiento de una persona adulta con fobia social y fobia a volar. Dicho estudio fue abordado desde una perspectiva cognitiva-conductual en una institución dedicada a tratar la ansiedad con este mismo enfoque terapéutico. El análisis propuesto se centró en las intervenciones que se realizaron en conjunto con la coordinación de la psicóloga y la coordinadora del grupo de

fobia social, grupo de apoyo al cual el paciente concurrió una vez por semana, junto con los demás miembros de la institución con misma situación. El diagnóstico de fobia social fue presentado por su psicóloga quien se basó en los criterios de DSM-5 (APA, 2014) el cual indica que el trastorno de ansiedad o fobia social registra como síntoma principal el miedo o ansiedad intensa a una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. El motivo de consulta del paciente al ingresar a la institución fue su miedo a volar, el cual desencadenó en un episodio de ataque de pánico que había tenido en su último vuelo. El diagnóstico de Germán de fobia social con comorbilidad con miedo a volar coincide con lo que se reseña en trabajos previos, las personas que sufren de fobias específicas tienen una alta presencia de comorbilidad con otros tipos de fobia (LeBeau et al., 2010). Una de las características principales de la fobia social es la evitación de situaciones en las que la persona siente temor a ser descalificado o evaluado negativamente por terceros (Fernández-Sogorb et al., 2018); en el caso de Germán las conductas de evitación se basaron en no asistir a eventos sociales y sobre todo a no aceptar un nuevo cargo de trabajo el cual le implicaba tener que relacionarse aún más con la gente y un mayor equipo de trabajo, lo que significó un estancamiento laboral, y con lo que respecta a su miedo a volar, evito la situación de volver subirse a un avión y seguir conociendo lugares, lo cual era uno de los acontecimientos que más realizaba y más disfrutaba. El temor principal a la hora de sociabilizar de German estaba relacionado con sintomatologías físicas y como consecuencia tenía pensamientos automáticos negativos. Con respecto a los síntomas físicos, que surgían a partir de la socialización presentaba exceso de transpiración y abundante salivación además de tener miedo a perder el control. En cuanto a la sintomatología cognitiva su impresión era la sensación de amenaza o peligro y temor a perder el control, estas manifestaciones son las más frecuentes en la fobia social (Bulacio, 2011). Todas estas conductas llevaron al padecimiento y las limitaciones de las actividades en la vida diaria social y laboral de Germán. Desde las primeras exposiciones realizadas entre el paciente y la tesista, la actitud del paciente fue muy positiva y cooperativa, de todos modos, su conducta a través del transcurso de las diferentes exposiciones denotó características de evitación propias de una persona con ansiedad o fobia social (Bados López, 2017). Un ejemplo de ello fue el ausentarse durante dos encuentros sin previo aviso, aunque las pautas de conductas hayan sido establecidas con anterioridad de forma escrita y hablada. Similar actitud de evitación tomó al no preparar su equipaje, ni reservar con antelación su alojamiento a un día de realizar

su viaje. En lugar de ello, optó por buscar alojamiento una vez llegado al destino, su justificación fue que estaría en el lugar por pocos días y que era temporada baja para los hoteles por lo cual encontraría alojamiento disponible sin problema. A partir de las diferentes exposiciones realizadas en conjunto con German fue experimentando una desensibilización de su sintomatología y se redujeron sus miedos a sociabilizar con las personas. Las mismas fueron aplicadas de manera progresiva en diferentes niveles de intensidad y acordes a su desempeño y cooperación en las mismas, de acuerdo con lo que sugieren Labrador Encinas (2008) y Bados (2009). El tipo de intervenciones se diferenciaron en dos áreas, unas que requerían mayor desempeño físico y otras que requerían una mayor involucración cognitiva. En muy pocas exposiciones se pudo observar el nivel de sintomatología que presentó Germán en un principio, su evolución se basó principalmente en conductas de modificación de pensamientos a medida que se iba avanzando con las exposiciones. Esto responde a lo que plantea Bados (2009) respecto de la importancia de la reestructuración cognitiva como preparación y acompañamiento de las exposiciones. Con respecto a su miedo a volar, pudo concretar su viaje sin mayores inconvenientes, a la vez que utilizó las herramientas aprendidas en la institución, como por ejemplo desplazar el foco de pensamiento de algo negativo a algo positivo y lo pudo aplicar con éxito y sobre todo sin el uso de fármacos.

De acuerdo con las entrevistas con la coordinadora de grupo y la psicóloga de Germán, el paciente se encontraba mucho mejor que al comienzo del tratamiento, esto se vio reflejado en la conducta que tuvo con sus compañeros del grupo.

## **7 1. Limitaciones**

Entre las limitaciones encontradas a nivel teórico al momento de realizar el presente trabajo se destaca la dificultad en lo que respecta al acceso a información de investigaciones locales; específicamente, no se encontraron estudios científicos argentinos de los últimos años. Son muy pocas las investigaciones de carácter cuantitativo que se realizaron a nivel regional sobre este tipo de trastorno, en comparación con los estudios cualitativos que se pueden encontrar. Si bien el miedo a volar es una fobia frecuente (Bados López, 2017) es un trastorno poco estudiado en la Argentina y los estudios encontrados no son científicos, ya que están desarrollados en una muestra de comunidad de Internet, teniendo una población de estudio poco significativa; por lo cual es poco preciso y confiable el desarrollo planteado por las investigaciones locales realizadas en los últimos años. Como consecuencia de ello es la



falta de datos estadísticos que apoyara al estudio cuantitativo, principalmente para conocer la prevalencia y la incidencia de una población específica.

En lo que respecta a las limitaciones referentes a la institución se puede afirmar que la invalidación de poder acceder a su historia clínica con el detalle de su diagnóstico y evolución anterior a las intervenciones fue una limitación al momento de comenzar el trabajo, considerando que Germán ya se encontraba realizando el tratamiento desde hacía dos meses. Esta misma limitación ocurrió frente a la imposibilidad de obtener los resultados del test de personalidad que fueron realizados por los profesionales de la institución a Germán al comienzo del tratamiento. Si bien el acceso a los profesionales que trabajaban con Germán y al mismo paciente fue considerado, acceder a esta información antes de iniciar el contacto entre el paciente y la tesista hubiera permitido tener una base más sólida de conocimiento sobre su trabajo previo en la institución y la evolución de éste (Bados, 2009).

La duración del proceso de prácticas fue otro de los limitantes, ya que dificultó la observación de la evolución del paciente con respecto a las sintomatologías que se habían percibido en un principio del tratamiento. El presente trabajo se desarrolló en un total de 280 a lo largo de tres meses, de todos modos, el contacto entre la tesista y German se dio durante una vez a la semana, en donde muchas veces el consultante no concurría a los encuentros según lo acordado (Bados, 2001). Esto limitaba las intervenciones y acortaba el tiempo de exposición de Germán, y por ende las observaciones que se podrían realizar por parte de la tesista referente a la sintomatología.

En lo que concierne a las limitaciones del desarrollo en relación con las distintas intervenciones, se puede señalar la imposibilidad de observar la expresión de sintomatología durante las intervenciones realizadas, es decir la falta de evidencia que puede presentar una persona como sintomatología física o cognitiva (Bulacio, 2011). Si bien una de las condiciones favorables y que fomentaban la evolución del tratamiento fue el contacto directo entre Germán y la tesista, no fue posible observar grandes cantidades de síntomas ya sea físicos o cognitivos como los mencionados por diversos autores a lo largo del presente trabajo (Bulacio, 2013). Sólo en los primeros encuentros se pudo observar algún nivel de ansiedad alcanzado por el paciente, de todos modos, esto nunca fue una restricción significativa para realizar las intervenciones pautadas. Circunstancialmente, fueron observadas por la tesista algunas conductas de evitación durante el transcurso del tratamiento, que muy probablemente también puedan formar parte de su conducta habitual y no de una sintomatología. Cabe

aclarar que la institución, al comenzar los tratamientos, realiza a todos los consultantes un test de personalidad, pero, al no tener acceso a la historia clínica del paciente o a los resultados de los test, no se podrá saber si las conductas de evitación son fehacientes sintomatologías o forman parte de su personalidad.

### **7.1 Aporte Personal. Perspectiva Crítica**

Según la opinión subjetiva de la tesista se considera que las horas realizadas en la institución en el campo administrativo no fueron de utilidad al momento de realizar las prácticas profesionales, dado que las mismas sólo implicaban ordenar las historias clínicas de los pacientes que tomaban los turnos dichos días. Este tipo de actividades, en comparación con el resto de las horas concurridas por la tesista dentro de la institución, no seguía la misma línea de beneficio con el fin de realizar el presente trabajo.

Germán realizaba el tratamiento en diferentes espacios terapéuticos, por un lado, su actividad dentro del grupo de fobia social, realizada una vez por semana y por otro lado las exposiciones realizadas entre la tesista y el consultante. Las situaciones de exposición se determinaron al principio según el asesoramiento brindado por la coordinadora del grupo de fobia social y la psicóloga de Germán; a medida que se avanzó en el trabajo la decisión pasó a ser resultado del consenso entre éste y la tesista. Ambos ámbitos estimulaban a Germán a poder desempeñarse en diferentes situaciones y en distintos ámbitos de la vida cotidiana. El grupo de agorafobia no formaba parte del proceso terapéutico, aunque fue de gran utilidad para conocer las características del trastorno de agorafobia y su tratamiento. Desde una perspectiva crítica se considera que hubiera sido favorable para la evolución del tratamiento de Germán el desempeño del paciente en el grupo de agorafobia, ya que el formar parte de un grupo podría haber estimulado su desempeño en un espectro más amplio de situaciones, permitiéndole desenvolver diferentes aspectos comportamentales involucrados con las habilidades sociales.

Una cuestión para mencionar en relación con el tratamiento es el posible efecto de la confianza entre el paciente y la tesista sobre la efectividad observada de las exposiciones. Al estar trabajando juntos durante tres meses se pueden convertir en una rutina las intervenciones y eso influir en la falta de sintomatología, al no considerarse expuesto a situaciones fóbicas ni incómodas por parte del consultante (Macia Fernández et al., 2017). Sin embargo, las exposiciones carecieron de objeción o crítica por parte de los expertos de la

institución en cuanto a las metas del tratamiento. En este sentido, una sugerencia podría ser que las diferentes intervenciones se hagan con distintos tesisistas. Siguiendo con esta línea, podría proponerse una revisión y evaluación permanente del tratamiento por parte de los profesionales de la institución.

## **7.2 Nuevas líneas de Investigación**

A partir de la revisión de la bibliografía realizada se puede concluir que el miedo a volar o aerofobia es un trastorno poco estudiado en la actualidad a nivel local; si bien existen muchos estudios a nivel cualitativo y con referencias locales e internaciones, en la actualidad no existe un estudio que indique la prevalencia de dicho trastorno en la Argentina o estudios eficacia de las intervenciones usuales. Estos estudios podrían contribuir, a través del análisis de información obtenida, a identificar las diferentes variables que intervienen en esta fobia específica en particular, y sobre todo de la procedencia de ésta en los últimos años en donde la aeronavegación de masificó en los últimos años en Argentina. Considerando el impacto de la pandemia de Covid - 19 que tiene lugar al momento de realizar este trabajo, se puede hipotetizar que esto sumará motivos para temer a volar en avión y para evitar este tipo de viajes. A través de las nuevas líneas de investigaciones se podrá obtener, no sólo datos actualizados sobre la fobia a volar propiamente dicha, sino que también resulta útil en las construcciones de técnicas y su validación contribuyendo a su evaluación y diferentes tratamientos. Tanto la fobia social, como la fobia a volar producen padecimientos y una alteración y limitación en la vida diaria de las personas, por lo tanto, el estudio de casos podría contribuir al mejoramiento del diagnóstico de dicha fobia.

## 8 Referencias bibliográficas

- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Publisher.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados López, A. (2009). *Fobia social: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bados López, A. (2017). *Fobias específicas: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Beck, A. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Madrid: Paidós.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Belloch, A. (2003). Fobia Social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 8(1), 79-80.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral*. Librería Akadia Editorial.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. (6ta ed.). España: Siglo XXI
- Cano Vindel, A. & Dongil Collado, E. (2017). *Nuevo tratamiento del pánico y la agorafobia*. Madrid: Síntesis.
- Capafóns, J. I., Sosa, C. D., & Avero, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema*, 9(1), 17-25.
- Carrión, O & Bustamante, G. (2005). *Ataques de pánico y trastornos de fobia social y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.

- Fernández-Sogorb, A., Aparicio Flores, P., Granados, L., Aparisi Sierra, D., & Inglés, C. J. (2018). *Ansiedad y fobia sociales: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española*.
- Hernández Martínez, F. & Bustamante Jiménez, V. (2016). Presentación de un caso sobre ansiedad social bajo el modelo de terapia cognitivo conductual. *Huella de la Palabra*, 10, 51-58.
- Labrador Encinas, F. (2008). *Técnicas de Modificación de conductas*. Madrid: Pirámide.
- LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H.-U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., & Craske, M. G. (2010). Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148–167.
- Macías Fernández, A., Mendoza Carrera, J. & Jiménez Bonilla, D. (2017). La fobia social en las relaciones interpersonales de los seres humanos. *Revista Psicología Unemi*, 1(1), 25-32.
- Marks, I. M. (1987) Social and Specific phobias. En: Isaac M. Marks *Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders*. p.p (1) 362-399. Oxford. Ed. Oxford University Press. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iqvnCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=marks+1987&ots=VLPvQSotf6&sig=yFjfDxnM\\_nUHx8JUUsOOeNXeNX20#v=onepage&q=marks%201987&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iqvnCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=marks+1987&ots=VLPvQSotf6&sig=yFjfDxnM_nUHx8JUUsOOeNXeNX20#v=onepage&q=marks%201987&f=false)
- Mimica, J. L., Castillo, G., & Estrada, C. (2018). Miedo a volar: Componentes y formas de afrontamiento de un grupo de patagones que viven en aislamiento relativo. *Terapia psicológica*, 36(3), 167-176.
- Miró, J., de la Banda, G. G., Abascal, M. A. M., Feliu, M. T., Bornas, X., & Llabrés, J. (2003). Estilo de afrontamiento y resultados del tratamiento de exposición en sujetos con fobia a volar. *International Journal of clinical and health psychology*, 3(3), 477-487.
- Pérez Acosta, A. M. (2005). Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: Una Propuesta Teórica Integradora de la Conducta de Evitación. *Terapia Psicológica*, 23(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78523103>
- Rodríguez Biglieri, R & Vetere G (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e Subjetividade*, 3 (1), 10- 9. Recuperado de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151861482003000100002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482003000100002&lng=pt&tlng=es).

World Health Organization (2017). *Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19(4), 654-660.