

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Pilar Martínez Castillo, Clínica López-Ibor
Pedro Pablo Neira Romeral, Clínica López-Ibor
Carolina Marín Martín, Universidad Complutense de Madrid
Mar Gómez GutierrezA, Universidad Complutense de Madrid

ASSESSMENT AND TREATMENT OF A SOCIAL ANXIETY DISORDER CASE

Pilar Martínez Castillo, Clínica López-Ibor
Pedro Pablo Neira Romeral, Clínica López-Ibor
Carolina Marín Martín, Universidad Complutense de Madrid
Mar Gómez GutierrezA, Universidad Complutense de Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Pilar Martínez Castillo, Clínica López-Ibor
Cardenal Cisneros
Correo electrónico: pilarmc20@gmail.com

Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social

Resumen

Se presenta el caso clínico de una mujer C.M. de 22 años con diagnóstico de Fobia Social. Como motivo de consulta se identifica un cuadro permanente de elevada ansiedad ante situaciones sociales en las que presenta un intenso miedo a la evaluación negativa de los demás. Esta ansiedad es mantenida por la evitación a las situaciones ansiógenas, que será uno de los ejes centrales del tratamiento. Tras la evaluación, se realizó el diagnóstico de fobia social según el DSM-5. En base a este diagnóstico, se diseñó un tratamiento cognitivo-conductual que, según la Sociedad Americana de Psicología (APA, 2013) es el más eficaz para este trastorno. Se diseñaron dieciséis sesiones de tratamiento. Aunque C.M. no pudo finalizar el tratamiento, se hizo una evaluación post-tratamiento donde se manifiestan cambios favorables en la problemática de C.M., constatados objetivamente y a nivel de cambios en su vida. Sin embargo, aún existe un cuadro de ansiedad social que necesita tratamiento, ya que el desplazamiento geográfico de la paciente interrumpe la terapia. Se presentan los resultados y se discuten las alternativas, para aplicar en situaciones en las que se interrumpe la terapia por motivos diversos y así poder continuarla.

Palabras clave: Fobia social; tratamiento cognitivo-conductual; dificultades en terapia; caso clínico

Assessment and treatment of a social anxiety disorder case

Abstract

A single case study of CM, a 22-year-old woman who had been diagnosed with Social Anxiety Disorder, is reported. The reason for consultation was permanent and elevated anxiety response towards a negative evaluation made by others in social situations. All this anxiety was maintained by avoiding anxiogenic situations, which will be one of the main axes of the psychotherapy. Following the assessment, the social phobia diagnosis was established according to de DSM-5. Based on the diagnosis, a cognitive behaviour therapy was designed, which according to American Psychological Society (APA, 2013), is the most effective for this disorder. Sixteen intervention sessions of treatment were designed. Even though CM could not finish the treatment, a post-treatment evaluation took place in session number fourteen. In the post-treatment evaluation favorable changes were manifested in the patient's problem, they were objectively verified and also appreciable in terms of changes in the daily life. However, there is still a social anxiety disorder that needs to continue being treated since the patient migration did not allow the termination of therapy. Results are presented and the alternatives are discussed for those situations where therapy has to be interrupted for various reasons so that it can be continued.

Key words: Social anxiety, cognitive behaviour therapy, difficulties in therapy; clinical case

Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social

INTRODUCCIÓN:

La fobia social se define como un cuadro caracterizado por la presencia de ansiedad o temor excesivo, persistente e intenso, ante una o más situaciones sociales en las que el sujeto se ve expuesto a la posible evaluación por parte de otras personas (Caballo, Salazar & Hofmann, 2019). En el DSM-5 (APA, 2013), la fobia social pasa a llamarse también trastorno de ansiedad social y se enmarca en la sección de los trastornos de ansiedad. Y en la CIE-10 (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992-2000), este trastorno se encuadra en las fobias sociales dentro de la categoría de trastornos de ansiedad fóbica.

Según los estudios epidemiológicos de la APA (1994), los valores de prevalencia de la fobia social a lo largo de la vida oscilan entre un 3-13%. Estos datos varían en función del sistema de clasificación diagnóstico, y de los instrumentos de evaluación empleados (Caballo et al., 2014).

Las tasas de prevalencia de la fobia social según las últimas encuestas de salud mental de la OMS, arrojan resultados que denotan la existencia de cierta variabilidad entre los distintos países teniendo en cuenta el factor edad (Citado por Kessler y Üstün, 2008; en Caballo et al., 2014). Realizando comparaciones entre los distintos países, se puede apreciar que Estados Unidos tiene una tasa de 12,1%, siendo la más elevada de todas las regiones evaluadas, frente a Nigeria, que es la que tiene una tasa inferior, con un 0,2%. Dentro de los países europeos, se observan datos muy dispares. En el caso de Francia, se aprecian las tasas más elevadas, con un 4,3%, frente a un 1,2% en España, siendo éste el país con una tasa inferior en Europa.

El trastorno de ansiedad social surge como consecuencia de la interacción de distintas variables biológicas, ambientales y de aprendizaje. Cabe destacar dentro de las variables ambientales y de aprendizaje: según Chartier, Walker y Stein (2001) la pérdida de alguna relación muy íntima con una figura adulta; según Wittchen et al., (1999) largos períodos de separación de los progenitores a edades tempranas; según DeWit et al., (2005) haber sufrido abuso, y según De Eil et al., (2005) e historia de psicopatología en los padres (Citado en Caballo et al., 2014).

Merece especial atención la Teoría de los dos factores de Mowrer (2009), para explicar la adquisición y el mantenimiento de las fobias, en este caso, de la fobia social. Esta teoría sostiene que la sintomatología fóbica es una respuesta condicionada, resultado de la asociación de un estímulo condicionado, el estímulo fóbico, y una experiencia desagradable. Una vez adquirida la fobia, la evitación es el componente que mantiene el sistema ya que reduce la ansiedad e impide que se experimente el estímulo, manteniendo las anticipaciones de peligro hacia él (Caballo et al., 2014).

En relación a los tratamientos de primera elección para la fobia social según los niveles de evidencia de la Sociedad de Psicología Clínica, División 12, de la Asociación Americana de Psicología (2018), se puede establecer que el tratamiento más adecuado es la Terapia Cognitivo-Conductual, en la que se combinan técnicas cognitivas y de exposición.

La Terapia Cognitivo-Conductual incluye el uso de diversas técnicas, que suelen aplicarse de forma conjunta. Entre éstas se encuentran: la reestructuración cognitiva, la exposición, a menudo las técnicas de relajación, y en casos de fobia social, también podría incorporarse el entrenamiento en habilidades sociales (Salaberría y Echeburúa, 2005).

En primer lugar, la reestructuración cognitiva tiene como objetivo que el paciente, con la ayuda del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos disfuncionales, para sustituirlos por otros más adaptativos, reduciendo y/o eliminando así el malestar emocional producido por los primeros (Bados, y García, 2010).

En segundo lugar, las técnicas de exposición tienen como objetivo conseguir que el sujeto se exponga a las situaciones ansiógenas, de forma progresiva, para conseguir que no lleve a cabo conductas de escape/evitación, y se produzca el fenómeno de habituación (Echeburúa, y de Corral, 2004).

No obstante, un aspecto que puede surgir en las fobias, y que caracteriza al caso del que consta el trabajo, es el fenómeno de incubación. Según la teoría de la incubación, este proceso surge como consecuencia de un ciclo en el que la persona, a veces, evita la situación ansiógena, y otras se enfrenta a ella. Entonces, cuando esto sucede, de forma repetida, con una exposición breve, y con resultados de fracaso, en lugar de producirse el fenómeno de habituación, por la exposición al estímulo fóbico, puede fortalecerse la respuesta condicionada, produciéndose una sensibilización. Esto incrementa la interferencia de la fobia, y dificulta que se produzca el proceso de extinción (Citado por Eysenck, 1985; en Chorot, 1991).

En tercer lugar, se concibe técnica de relajación como aquel procedimiento que tiene como objetivo enseñar a un sujeto a controlar su nivel de activación. Las técnicas de control de la activación tienen su origen en la meditación de las religiones orientales. Dentro de éstas se encuentran: la respiración, y la relajación propiamente dicha (Labrador, de la Puente, y Crespo, 2004).

En el tratamiento aplicado a la paciente del presente trabajo, se eligió utilizar como técnica de reducción de la activación, la respiración diafragmática. Esta técnica se basa en el uso del diafragma en la respiración, llevando el aire a la parte inferior de los pulmones, para así controlar el nivel de activación fisiológica. Los objetivos de esta técnica son los de tratar de promover el aprendizaje de esta respiración para, más adelante, poder automatizarla y utilizarla en situaciones problemáticas de la vida cotidiana de la persona para reducir los niveles de ansiedad (García-Grau, Fusté y Bados, 2008).

Por último, el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento que tiene como objetivo promover la adquisición u optimización de las destrezas sociales para así mejorar la calidad de las relaciones sociales del sujeto (Gil y García, 2004).

En el caso del presente trabajo, no se considera necesario el entrenamiento en habilidades sociales, por tanto, no se incorporará en el plan de tratamiento.

Por otro lado, también existen otras opciones de tratamiento validadas empíricamente, como son: la exposición por sí sola; la terapia cognitiva, aunque se recomienda que vaya preferiblemente acompañada de componentes conductuales; las técnicas de relajación, que también se aconsejan combinar con otros componentes de la terapia cognitivo-conductual; y el entrenamiento en habilidades sociales, que constituye

un componente adicional para las personas que lo necesiten (Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12, 2018; Crespo et al., 2012).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción del caso

Identificación paciente

C.M., tiene 22 años, vive en el domicilio familiar ubicado en Madrid. En el momento presente está realizando un Máster de Fotografía y de forma ocasional, trabaja haciendo reportajes fotográficos.

Acude a consulta por presentar un cuadro permanente de elevada ansiedad ante numerosas situaciones sociales. Refiere ponerse nerviosa por la posible evaluación negativa por parte de los demás. Según manifiesta, lleva años sufriendo esta situación y pide ayuda porque se siente desesperada: “*vivo en una tensión constante*”. Refiere una gran afectación en su vida cotidiana, especialmente en el área académica y laboral, habiendo perdido oportunidades de trabajo, y no adecuándose a tareas académicas de su Máster de Fotografía.

Historia Problema

C.M. manifiesta haber sido siempre una chica tímida, con miedo a lo que los demás pudiesen pensar de ella. A los 9 años, recuerda un acontecimiento que vivió con mucha ansiedad, fue durante el bautizo de su prima cuando se sintió presionada y obligada a leer en la iglesia, recuerda equivocarse constantemente, hasta que al final, rompió a llorar y salió corriendo. Por esa época, describe una relación fría y distante con sus padres, empeorando esta relación con su padre, en torno a los 10 años: “*siempre me decía que se agobiaba con los abrazos*”. Relaciona este hecho con un descenso en sus calificaciones académicas por lo que, tanto en el colegio como sus padres la castigaban.

La adolescencia la recuerda como muy dura, a los 17 años, pide por primera vez ayuda a un psicólogo, sin embargo, no se sintió preparada para empezar una terapia. A los 18 años, empieza el Grado de Diseño Gráfico. Dice que, aunque su vocación siempre ha sido la fotografía, no era vista con mucho futuro por su padre y por lo tanto no recibía apoyo. Recuerda realizar el trabajo fin de grado, pero no poder presentarlo por su ansiedad a exponerlo en público, finalmente abandona los estudios y se sumerge en un estado de tristeza y apatía. Comienza, esta vez si, la ayuda psicológica centrada en esta sintomatología depresiva, sin embargo, apenas se trabajó el tema social. Tras varios meses de intervención centrada en su estado de ánimo bajo, y aunque los resultados estaban siendo muy positivos, abandona la terapia para realizar una estancia en el extranjero. En relación con el área social y sentimental, manifiesta que, sus relaciones sociales se restringen a las personas de su entorno más familiar, por ejemplo, refiere que en su clase del Máster en los descansos se aísla. A los 22 años conoció a su actual pareja, con la que lleva 9 meses. Respecto a los antecedentes de trastornos mentales en la familia, refiere que su madre tiene un diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, su hermano pequeño de Trastorno por Déficit de Atención e

Hiperactividad, y su hermana está en tratamiento psiquiátrico y psicológico por graves problemas de conducta, no sabiendo especificar más.

Procedimiento

El presente artículo está dirigido al Comité de Ética de la International Journal Of Clinical And Health Psychology con el fin de obtener su aprobación y el honor de ser publicado en su institución.

Este caso clínico abarca todo el proceso terapéutico, desde la evaluación y diagnóstico hasta el diseño e implementación de un programa de intervención. Asimismo, se llevó a cabo una evaluación post-tratamiento con el fin de valorar los resultados obtenidos. Debido a un desplazamiento geográfico de la paciente, se llevó a cabo esta evaluación post-tratamiento en la última sesión realizada con la paciente.

EVALUACIÓN

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

1. Entrevista Conductual de Fernández-Ballesteros (1994). Consta de una entrevista semiestructurada donde se exploró el motivo de consulta, y la historia del mismo, en el caso de CM sintomatología de ansiedad social con inicio temprano en la infancia y con gran interferencia en su día a día.
2. Inventario de 90 síntomas Revisado (SCL-90R). Es un instrumento autoadministrado, que tiene como objetivo la evaluación de 9 dimensiones psicológicas entre las que se encuentra la sensibilidad interpersonal, y la ansiedad, que son las más elevadas de C.M., con percentil 65 y 80, respectivamente. Este instrumento funciona como screening evaluando posible sintomatología destacable y orienta la posterior evaluación (Derogatis, 2001).
3. Cuestionario de Salud General de Goldberg (CGHQ que busca identificar el estado de salud general de la persona en distintas dimensiones. En base a los resultados, destaca la dimensión ansiedad-insomnio, con una puntuación directa de 4, y la dimensión de la disfunción social, con 3. Esto podría poner de manifiesto la existencia de un problema de ansiedad. En la puntuación total GHQ ha obtenido 10 puntos, y debido a que el punto de corte oscila entre 5-6, se puede establecer que existe una sintomatología intensa (Goldberg, 1979; Lobo et al., 1986). Por otro lado, en las puntuaciones CGHQ empleadas para identificar posibles problemas crónicos cabe destacar alto nivel de cronificación en la subescala de ansiedad, con una puntuación de 7 sobre 7. Y en base a la puntuación total obtenida de 17, se puede considerar cronicidad en la sintomatología de la paciente, ya que supera el punto de corte, situado en 12-13 (Goldberg, 1979; Lobo et al.,1986).
4. Escala Breve de Fobia Social (BSPS) para evaluar la fobia social. C.M. obtiene una puntuación total de 48, indicando la existencia, al superar la puntuación de corte (20), de una fobia social que requiere tratamiento (Davidson, et al., 1991).

DIAGNÓSTICO

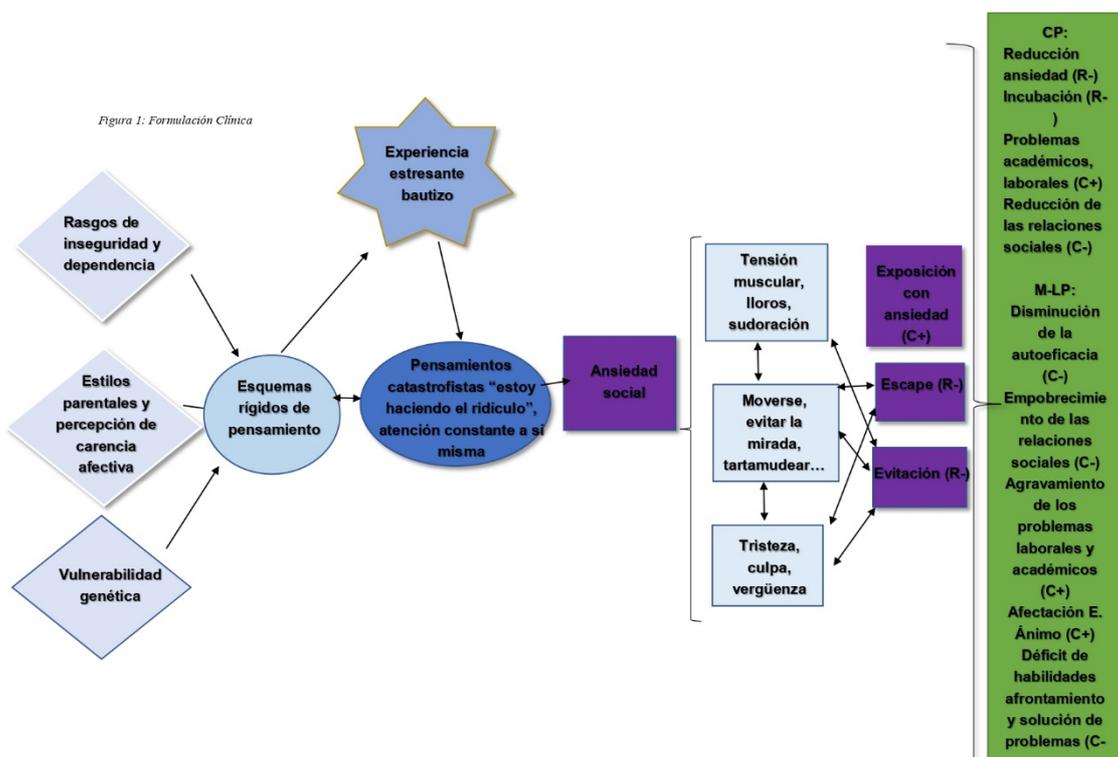
Tras finalizar el proceso evaluativo, y la aplicación de diferentes técnicas se concluye con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social o Fobia Social [300.23] según el DSM-5 (APA,2013).

Análisis y descripción de las conductas problema

En la Figura 1, se muestra la Formulación del Caso (FC). Como puede verse el problema principal que presentaba CM es la ansiedad a ciertas actividades sociales o de carácter laboral.

El problema podría haber sido propiciado por unos rasgos de su personalidad que le podrían hacer vulnerable a esta problemática, y una percepción de carencia afectiva por parte de sus padres, derivados de unos estilos parentales distantes. Todo esto, podría haber influido generando inseguridad en la personalidad de C.M. De tal forma que, todas estas variables podrían facilitar el desarrollo de esquemas rígidos de pensamiento que guardarían una relación bidireccional con los pensamientos catastrofistas que presente C.M. ante distintas situaciones sociales ansiógenas. Parece identificarse un desencadenante claro, el acontecimiento estresante del bautizo, en el que la paciente experimentó mucha ansiedad, y finalmente llevo a cabo una conducta de escape, saliendo corriendo del lugar. Esta podría ser la variable que desencadenase la problemática.

Este miedo a la evaluación negativa provoca unos niveles de ansiedad altos haciendo que C.M. evite o escape de todas aquellas situaciones que considera como “amenazantes”.



Y, por último, los pensamientos catastrofistas acerca de su propia actuación y del escrutinio negativo de los demás, es algo que genera que, ante situaciones sociales determinadas, la paciente experimente una elevada ansiedad social. En relación con las conductas problema, en situaciones ansiógenas como una exposición en público la sintomatología se manifiesta a distintos niveles: (1) fisiológico: la paciente en las situaciones ansiógenas experimenta tensión, sudoración en las axilas, nerviosismo, hiperactivación, etc. (2) cognitivo: tiene pensamientos automáticos negativos: “*soy la que peor lo está haciendo*”, “*estoy haciendo el ridículo*”, “*van a pensar que soy tonta*”, acompañados de una atención constante hacia sí misma y su ejecución, favoreciendo más pensamientos automáticos. (3) motor: se mueve de un lado para otro, tratando de no tener contacto visual con los demás, e incluso es frecuente el tartamudeo al hablar. (4) emocional, siente culpa por no poder controlar esos síntomas. También experimenta ansiedad e impotencia por no saber qué hacer, y tristeza, por el mantenimiento del problema, etc....

Ante estas circunstancias, son habituales las conductas de: exposición con ansiedad, escape y evitación. Estas conductas son útiles a corto plazo, (reducen su ansiedad), pero evitan que se exponga a situaciones temidas y desconfirme las creencias catastróficas hacia las mismas, reforzando y manteniendo el problema. De esta manera, a corto plazo se reduce la ansiedad, produciendo el fenómeno de incubación, manteniendo el problema y afectando a sus relaciones sociales y su área académica/laboral. A medio y largo plazo, encontramos una disminución de la autoeficacia, el estado de ánimo, las relaciones sociales y un déficit en estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, agravando los problemas académicos/laborales.

Objetivos terapéuticos, plan de intervención y tratamiento.

En la Tabla 1 se especifican las sesiones, los objetivos de cada sesión y las técnicas aplicadas para la consecución de los mismos. Asimismo, se realizó una sesión antes de comenzar el tratamiento con el fin de explicar la formulación del caso y el plan de intervención.

Como puede verse, el tratamiento diseñado consta de un programa cognitivo-conductual, por ser la terapia con mayor apoyo empírico para la Fobia Social (Sociedad de Psicología Clínica, División 12 de la Sociedad Americana de Psicología, 2018). Este programa está constituido por 16 de duración y 2 de seguimiento.

El programa de tratamiento se aplicó de forma individual. Asimismo, durante la intervención se aplicaron técnicas de evaluación con el objetivo de valorar su eficacia y de resolver posibles problemas. A continuación, se procederá a explicar brevemente la explicación de las técnicas en lo que se refiere a su estructura y procedimiento.

En primer lugar, la psicoeducación, empleada en la primera sesión, se aplica para dar información del trastorno de ansiedad social. Más concretamente, se comenzó valorando la información que tenía la persona acerca de esta problemática, y en función de ello se le fueron explicando las características, funcionamiento y tratamiento de la misma. Para ello, resultó de mucha utilidad emplear la formulación clínica para explicar la problemática aplicándolo a su caso concreto.

En segundo lugar, se decidió aplicar la respiración diafragmática. Desde la primera sesión se comenzó con una explicación teórica, y después se procedió de forma

práctica. Más concretamente, en el despacho se llevó a cabo un entrenamiento en respiración utilizando el diafragma e intentando llevar el aire a la parte inferior de los pulmones.

El procedimiento fue progresivo, de tal forma que primero se comenzó pautando la respiración en situaciones sencillas para, progresivamente, ir la utilizando en situaciones más complejas, hasta poder emplearla en situaciones ansiógenas. La secuencia utilizada fue la siguiente (García-Grau et al., 2008):

- Practicar sentada y, en caso necesario, tumbada.
- Practicar de pie en una situación tranquila, sin hacer nada.
- Practicar de pie realizando alguna actividad.
- Practicar en situaciones en las que se experimente ansiedad.

Tabla 1: Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual

Sesión	Objetivos	Técnicas aplicadas
Sesión 7	Aumentar el conocimiento sobre la ansiedad y la fobia social Refuerzo de conocimiento	Psico-educación
Sesión 8	Reducir el estado de ansiedad Controlar el nivel de activación Conocer los principios A.B.C	Respiración diafragmática Reestructuración cognitiva
Sesión 9	Identificar, cuestionar y reestructurar las creencias irracionales por otras más racionales Promover el conocimiento de los fundamentos de la exposición	Reestructuración cognitiva Inicio de exposición
Sesión 10	Identificación de situaciones ansiógenas Elaboración de escala de ítems y ordenar por magnitud Programar exposición ítem 1. Identificar, cuestionar y reestructurar las creencias irracionales por otras más racionales	Exposición Reestructuración cognitiva
Sesión 11	Revisar ítem 1. Programar exposición ítem 2 Rebatir y cuestionar creencias irracionales asociadas a la exposición Sustituir pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos	Exposición Reestructuración cognitiva
Sesión 12	Revisar ítem 2 Preparar exposición al ítem 3 Sustituir pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos	Exposición Reestructuración cognitiva
Sesión 13	Revisar ítem 3 Programar exposición ítem 4 Cuestionar pensamientos irracionales y sustituirlos por pensamientos más adaptativos	Exposición Reestructuración cognitiva
Sesión 14	Revisar ítem 4 Programar exposición del ítem 5 Aplicación del SCL90R, GHQ y la BSPS para valorar los resultados obtenidos	Exposición Reestructuración cognitiva Evaluación post-tratamiento

Más concretamente, desde el día de inicio se pautó realizar la respiración diariamente y, para valorar la eficacia y los resultados de esta técnica, se decidió utilizar un registro de respiración, cumplimentado cada vez que la paciente realizaba la técnica, hasta que se consiguiese un correcto aprendizaje de la misma. En este registro, la paciente anotaba el nivel de ansiedad experimentado antes y después de la realización de la respiración. De esta forma, pudo evaluarse la eficacia de la técnica, así como también pudieron identificarse y resolverse problemas derivados de la misma.

Al hilo de lo anterior, conviene resaltar que, al principio, la paciente experimentó algunos días dificultades para reducir la ansiedad al realizar la respiración durante la noche. De tal forma que, gracias al registro, esto se identificó y se descubrió que era debido a que antes de realizar la respiración escuchaba música que la activaba. De tal forma que, al suprimirse esto, se resolvió el problema.

En tercer lugar, se inició la aplicación de la reestructuración cognitiva. El proceso de aplicación de esta técnica abarca: la presentación del modelo ABC, la identificación de las creencias irracionales, y el debate, distinción y discusión de las mismas (Labrador et al., 2014).

En relación al procedimiento de aplicación de esta técnica, una vez explicado el modelo ABC, se utilizó un autorregistro, para identificar las situaciones ansiógenas y los pensamientos que tenía la paciente en esas situaciones (p.ej., cuando quiere hacer una pregunta en clase y piensa que va a quedar fatal). De esta forma, la paciente podía comprobar por sí misma el papel que juegan las cogniciones sobre la sintomatología experimentada y las conductas posteriores. Además de esto, también se identificaban las creencias sobre las que subyacen esos pensamientos catastrofistas, relacionadas con la necesidad de caerle bien a todo el mundo o el deber hacer todo perfecto. Estas creencias y pensamientos irracionales se reestructuraban a través de su cuestionamiento y de la exposición a las situaciones ansiógenas (Labrador, de la Puente, y Crespo; 2004).

De esta forma, al mismo tiempo se fue implementando la exposición. Para ello, primero se proporcionó una explicación teórica de la técnica, después se identificaron las situaciones ansiógenas, y se estableció una jerarquía de las mismas, adjunta a continuación, ordenándolas en función del nivel de ansiedad que le suscitaban a la paciente.

Figura 2. Jerarquía de exposición

1. Quedarme en el descanso de clase con los compañeros del máster.
2. Quedar con los compañeros del máster el fin de semana.
3. Hacer preguntas en clase.
4. Exponer un proyecto en clase.
5. Fotografiar a personas, hacer un reportaje fotográfico.
6. Fotografiar un bautizo u otro evento.
7. Apuntarme al deporte que me gusta.
8. Utilizar el estudio del profesor.

A partir de esto, en la terapia se dedicó la mitad de la sesión a diseñar la exposición, empezando con las que le suscitaban un menor nivel de ansiedad a la paciente, como es el caso del ítem 1: “Quedarme en los descansos con los compañeros”. No se pasaba a otra situación de la jerarquía hasta que no se había reducido el nivel de

ansiedad del ítem anterior, al menos en un 30% (Labrador et al., 2004). Para ello, se utilizaba el diario de exposición, donde se anotaban las tareas y se escribía el nivel de ansiedad experimentado antes y después de exponerse a la situación, para así valorar la eficacia de la técnica.

Por consiguiente, la exposición contribuía a que la paciente se diese cuenta de que realmente los pensamientos negativos que tenía en esas situaciones no se correspondían del todo con la realidad de lo que sucedía. Más concretamente, el comenzar a hacer preguntas en clase ayudó a la paciente a darse cuenta de que no parecía tonta por preguntar cosas, y que sus preguntas no eran tan absurdas como pensaba muchas veces cuando evitaba hacerlas.

Finalmente, debido a que no ha llegado a concluir el plan de tratamiento por un desplazamiento geográfico de C.M., al que le quedan ocho sesiones, del total de dieciséis sesiones del programa de intervención, se explicarán los pasos que se pretenden dar.

Se continuará con la mitad restante del plan intervención hasta su finalización, y después se dedicarán dos sesiones a realizar un balance de la terapia y a establecer un seguimiento. Este seguimiento se realiza con los objetivos de:

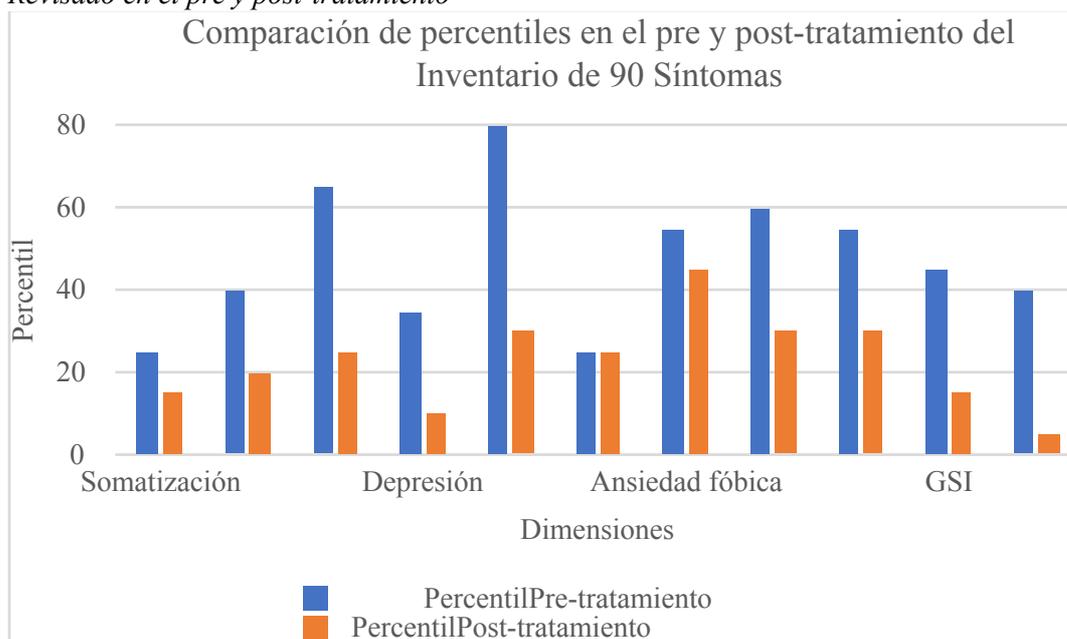
- Evaluar los resultados en el tiempo.
- Revisar los objetivos conseguidos.
- Mantener las ganancias adquiridas.
- Aportar estrategias y recursos que pueda utilizar la paciente en futuras posibles situaciones problemáticas para prevenir recaídas.
- Tratar posibles recaídas.

RESULTADOS

En la evaluación post-tratamiento se aplicó el SCL90R, con el fin de evaluar la sintomatología general, el CGHQ con el propósito de evaluar si todavía existía esa cronicidad y la BSPS como técnica más específica para valorar la sintomatología ansiosa de naturaleza social.

- (1) En relación con el SCL-90-R (Derogatis, 2001), tal y como se observa en la siguiente tabla, se observa disminución en las dimensiones de ansiedad llegando al centil 25 y sensibilidad interpersonal, situándose en ambas en un centil 25. Mientras que en la evaluación pre-tratamiento se concluyó que la paciente presentaba una elevada sintomatología en todas las dimensiones evaluadas y un intenso grado de malestar asociado las puntuaciones post-tratamiento, indican una reducción de síntomas incluso por debajo de la media de puntuaciones obtenidas en población clínica.

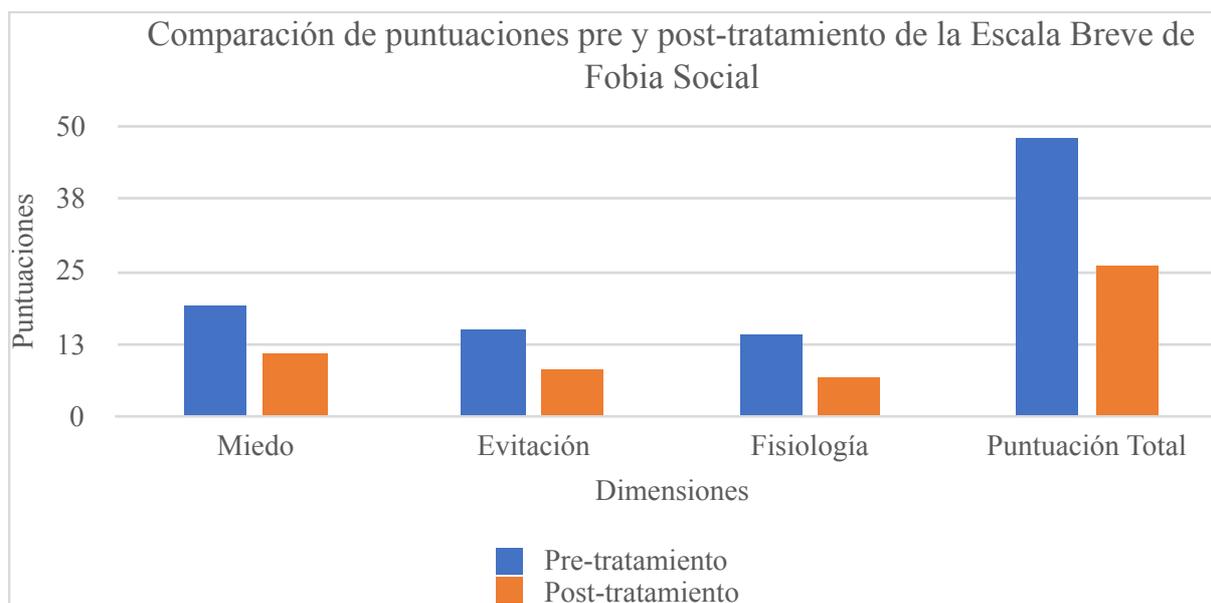
Figura 3 Representación gráfica de las puntuaciones directas del Inventario de 90 Síntomas Revisado en el pre y post-tratamiento



(2) Con respecto al CGHQ (Goldberg, 1979), se ha realizado únicamente la corrección CGHQ, que permite identificar problemas crónicos. Se ha producido una disminución en todas las dimensiones. Cabe destacar la subescala de ansiedad-insomnio (de 7 a 3). La puntuación total, también se ha visto notablemente disminuida (de 17 a 8). Alejándose de las pruebas marcadas por la prueba para la cronicidad tras el tratamiento.

(3) Por último, los resultados de la BSPS (Davidson et al., 1991) han experimentado una reducción en todas sus dimensiones. Atendiendo a cada dimensión, la del miedo ha pasado de una puntuación directa de 19 a 11, la de evitación de 15 a 8, y la de fisiología de 14 a 7. Y la puntuación total ha disminuido de 48 a 26.

Figura 4 Gráfico puntuaciones BSPS en el pre y post-tratamiento



DISCUSION Y CONCLUSIONES

En base a los resultados de la evaluación postratamiento, se puede establecer, que existe una evolución favorable tanto de la sintomatología general como de la fobia social. En todos los instrumentos aplicados, SCL-90-R, GHQ y BSPS, se aprecia una disminución de la sintomatología. No obstante, pese a esta mejora, estos resultados dejan entrever la existencia de un cuadro de ansiedad social que precisan seguir recibiendo tratamiento.

Esto podría deberse, entre otros posibles factores, a que el tratamiento aún no ha concluido y, más concretamente, a que la exposición, componente esencial del tratamiento de la fobia social (Salaberría y Echeburúa, 2003), no ha terminado de aplicarse.

Por otro lado, los cambios favorables en C.M. también se advierten a través de cambios producidos en su vida cotidiana, muchos de los cuales coinciden con los objetivos de la terapia. C.M. refiere encontrarse más tranquila y satisfecha, percibiendo más recursos para seguir trabajando sus objetivos.

En el área social, dice haber ampliado su círculo, entablando nuevas amistades y aumentando sus actividades sociales.

En el plano académico, refiere que ya no suele callarse las preguntas que le surgen en clase, y no generar tanta ansiedad al exponer un trabajo en público.

Por último, dado que el tratamiento no ha podido finalizarse por un desplazamiento geográfico de la misma, y que esta es la segunda vez que C.M. “abandona” un tratamiento psicológico por la misma razón, y este tipo de circunstancias tienen una afectación negativa sobre la sintomatología del paciente (Marrón, & López, 2004), se plantean sugerencias para subsanar dichas limitaciones y salvaguardar el tratamiento psicológico en beneficio del paciente:

- (1) Continuar el proceso terapéutico por videollamada, ya que existen estudios que demuestran la validez de intervenciones por videollamada en el tratamiento de ciertas problemáticas psicológicas (Ahern, Kinsella y Semhowska, 2018).
- (2) Grabar pautas para que la persona las reproduzca hasta finalizar el tratamiento.
- (3) Mantener una comunicación por chat con frecuencia para abordar aspectos importantes del tratamiento, aunque no es una técnica validada y existe poca documentación (Escalante, 2015), tendría el objetivo de mantener a la persona pendiente de la intervención. Como conclusión, se puede establecer que C.M. ha experimentado cambios favorables, teniendo en cuenta que aún no ha finalizado el tratamiento. Esto se traduce en una mejora de su calidad de vida.

Partiendo de este caso, podría plantearse como implicación práctica la posible relación entre los rasgos fóbicos y el abandono terapéutico cuando la terapia está desarrollándose favorablemente, incurriendo así en una nueva evitación, tal y como ha sucedido con CM, quién abandonó las dos terapias que realizó.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4^a ed.) (DSM-IV). Washington, D.C: APA
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.^a ed. Texto rev.). Barcelona: Masson (orig. 2000).
- American Psychological Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). Arlington, VA: autor.
- Ahern, E., Kinsella, S., & Semkowska, M. (2018). Clinical efficacy and economic evaluation of online cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 18(1), 25–41.
- Bados, A. (2015). *Fobia social*. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J., Irurtia, M.J., & Arias, B. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas. En Caballo, V.E., Salazar, I.C., & Carrobes, J.A (2^a ed.), *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*, (pp. 183-217). Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Hofmann, S. G (2019). UNA NUEVA INTERVENCION MULTIDIMENSIONAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL: EL PROGRAMA IMAS1. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 27 (1), 149-172.
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Chorot, P. (1991). Teoría de la incubación de la ansiedad: evidencia empírica. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 44(4), 435-445.
- Crespo, M., Bernaldo de Quirós., M., Roa, A., Gómez, M.M., Roa, R. (2012). *Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico*. Recuperado 11/10/2017, del sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php>
- Davidson, J.R.T., Potts, N.L.S., Richichi, E.A., Ford, S.M., Krishnan, K.R.R., Smith, R.D. & Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (suppl.), 48-51.
- Derogatis, L.R. (2001). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2004). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A., y Muñoz, M, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.
- Escalante, R. A. (2015). *Ciberterapias: sus aportes a la psicoterapia* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología).
- Fernández-Ballesteros (1994). *Entrevista Conductual*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/50158319/Fernandes-Ballesteros-Entrevista-conductual>
- García-Grau, E., Fusté, A., y Bados, A (2008). *Manual de entrenamiento en respiración*. Universitat de Barcelona. Recuperado de: http://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf
- Gil, F., y García, M. (2004). Entrenamiento en habilidades sociales. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A., y Muñoz, M, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, (pp. 796-827). Madrid: Pirámide.
- Goldberg, D.P. (1979). General health Questionnaire-28 ítems. *Psychological Medicine*, 9 (1): 139-145.
- Guerrero, R (2016). *La predicción del abandono terapéutico a través de variables de construcción de significado: un estudio con clientes de la práctica privada*. Universidad de Sevilla, Sevilla.

- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D. A., y Schneier, F. R. (dirs.) (1995). *Social phobia: Diagnosis, Assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Labrador, F.J., de la Puente, M.L., y Crespo, M. (2004). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A., y Muñoz, M, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J., y Artal, J. (1986). Cuestionario de salud general-28 ítems. *Psychological medicine*, 16: 135-140.
- Marrón, E. M., & López, P. F. (2004). Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida. Universidad Complutense de Madrid.
- Millon, T. (2000). *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Norcross (2014), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 423-430). New York, NY: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid, España: Médica Panamericana (orig.1993).
- Porcel Medina, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (14).
- Salaberría, K., y Echeburúa, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C., y Amigo, A, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*, (pp.270-281). Madrid: Pirámide.
- Society of Clinical Psychology. Division 12 American Psychological Association (2018). *Treatment: cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*. Disponible en <https://www.div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-for-social-anxietydisorder/>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of Social-Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.