

ESTUDIO DE CASOS

Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social

Cognitive behavioral intervention in a case of social phobia

JOSÉ ANTONIO ORTEGA FERNÁNDEZ*

ANA M.^a CLIMENT MÁZ**

RESUMEN

La fobia social se define como un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público por la posibilidad de una evaluación negativa de los demás. Es un trastorno que suele provocar notable sufrimiento a la persona que lo padece, generándole importante interferencia en su funcionamiento general, especialmente por las numerosas conductas de evitación que implica. En el presente artículo se presenta el tratamiento de un caso de de fobia social (DSM-IV, APA, 1994), llevado a cabo en 16 sesiones. Las técnicas empleadas fueron la exposición gradual, el entrenamiento en relajación y el entrenamiento en autoinstrucciones. Los resultados muestran diferencias en las medidas empleadas: HAD, SAD, STAI, FNE, EA y CHS. El caso que se expone resulta de interés por el detalle en la exposición de la intervención realizada.

ABSTRACT

Social Phobia is defined as a strong and persistent fear about one or more social situations or public appearance where the individual feels confronted with a likely negative evaluation from others. This disorder usually leads to a

* Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica. Unidad Salud Mental. Hospital de la Ribera de Alzira (Valencia).

** Psicóloga. Master en Psicología Clínica y Salud. Práctica Privada. Algemesí (Valencia).

remarkable individual suffering, producing a relevant interference in his/her general functioning particularly due to the numerous avoiding behaviors involved. This paper describes the treatment of a case of social phobia (DSM-IV, APA, 1994) carried out during 16 sessions. Techniques used were gradual exposure, relaxation training and self-instructions training. Results show differences among assessment protocols used: HAD, SAD, STAI, FNE, EA, and CHS. The case shown is of special interest because of the detailed intervention.

PALABRAS CLAVE

Fobia social, Conducta de evitación, Exposición, Terapia de conducta, Técnicas cognitivas.

KEY WORDS

Social Phobia, Avoiding Behavior, Exposure, Behavioral Therapy, Cognitive Strategies, Flooding Technique.

1. INTRODUCCIÓN

Según el DSM-IV (APA, 1994) la fobia social se define como un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público por la posibilidad de una evaluación negativa de los demás; en concreto, la persona teme en esas situaciones mostrar síntomas de ansiedad y/o actuar de una forma que sea embarazosa o humillante para ella.

Este miedo conlleva, en la mayoría de ocasiones, que la persona opte por evitar esas situaciones sociales "comprometidas". Otras veces (las menos), se enfrenta a ellas, aunque mostrando gran malestar y ansiedad.

En la fobia social no sólo se ve afectado el componente motor en forma de respuestas de evitación o escape, sino también el componente cognitivo y el fisiológico. El elemento cognitivo, que juega un papel importantísimo en el desarrollo del problema, implica un gran temor o preocupación por las críticas (y por una evaluación negativa de los otros) y una serie de expectativas negativas sobre la propia ejecución social. El segundo elemento (el fisiológico) se manifiesta principalmente a través de síntomas tales como taquicardia, temblor, sudoración y rubor facial, síntomas que pueden llegar a ser lo

suficientemente intensos como para constituir una crisis de angustia.

En general, este trastorno suele interferir notablemente en el funcionamiento diario de la persona, debido a las respuestas de evitación. El grado de afectación depende de la intensidad del miedo y de la cantidad de situaciones sociales temidas y/o evitadas. Lo más habitual es que la persona tenga miedo o evite la mayoría de situaciones sociales, con lo que el grado de interferencia es importante; pero también puede ocurrir que presente temor sólo a una o dos interacciones sociales puntuales (hablar en público, escribir delante de otros o comer acompañado), conllevando una interferencia mucho menor. En el primer caso hablaríamos de fobia social generalizada y en el segundo, de específica.

Si bien en los años 70 y 80 se consideraba que este trastorno fóbico era poco frecuente, más recientemente (tras la ampliación del concepto de fobia social recogida en el DSM-III-R y mantenida en el DSM-IV) se estima que puede llegar a presentarlo un número destacable de personas (según Davinson, Hughes, George y Blazer, 1994, este problema afecta en mayor o menor medida al 3,8 % de la población). En este sentido, se ha convertido en el segundo pro-

blema fóbico más atendido en las consultas psiquiátricas, sólo superado por la agorafobia (Marks, 1991).

A diferencia de lo que ocurre con los otros trastornos fóbicos (que afectan más a las mujeres) la fobia social se presenta, en la misma proporción para ambos sexos; incluso se ha detectado que en la población clínica incide con más frecuencia en los hombres (APA, 1994).

El comienzo de este trastorno suele situarse al inicio de la edad adulta. Lo más común es que aparezca de forma lenta y progresiva, previa existencia en la infancia de timidez o inhibición social; también puede surgir bruscamente como resultado de experiencias sociales desagradables o traumáticas. El curso de este problema es normalmente crónico, aunque a veces remite parcial o totalmente en el transcurso de la vida adulta.

No siempre es fácil identificar la presencia de una fobia social, ya que suele entremezclarse con otros cuadros de ansiedad; existe una destacable superposición entre este problema y el pánico, la agorafobia y la ansiedad generalizada (Di Nardo y Barlow, 1988). También resulta difícil distinguir este trastorno de la ansiedad social y de la timidez, ya que en ellos también

existe cierto temor a las situaciones sociales y a la valoración negativa de los demás. Los dos aspectos en los que se diferencia la fobia social de estos otros problemas son su curso más crónico y la interferencia grave que supone.

En el nivel terapéutico, no es hasta la década de los noventa cuando se han propuesto intervenciones sistemáticas y estudios comparativos sobre la eficacia de las mismas (Mattick, Peters y Clarke, 1989; Scholing y Emmelkamp, 1993; Hope, Heimberg y Bruch, 1995; Turner, Beidel y Cooley-Quille, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995). Las terapias aplicadas habitualmente se agrupan en dos tipos: el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición sola o acompañada de técnicas cognitivas. Los resultados obtenidos con estos enfoques son en general, moderados y menores que los conseguidos para otras fobias (Mersch, 1995).

Existe acuerdo en considerar la fobia social un trastorno difícil de tratar. Algunos autores (Hope, Herbert, y White, 1995; Tran y Chambless, 1995) han postulado varios factores que pueden explicar su resistencia al tratamiento: el aprendizaje de la evitación como forma de enfrentamiento, el déficit en habilidades sociales, la presencia de variables de personalidad (neu-

roticismo e introversión) o de un trastorno asociado de personalidad (por evitación). Otro factor podría ser lo avanzado con que las personas afectadas buscan tratamiento, ocasionando así que el problema se consolide mucho en ellas.

El caso que se expone es el de una paciente con un problema de fobia social (tipo generalizado), que le generaba una alteración importante en su funcionamiento general. La presentación de este caso resulta de interés por varias razones: la primera y más importante se refiere a lo detallado con lo que se exponen los diferentes apartados, en especial el referido al tratamiento; se desarrollan minuciosamente las sesiones de terapia, la evolución de la paciente en cada una de ellas y las dificultades encontradas a lo largo del proceso terapéutico. Una segunda razón estriba en el uso racional de las técnicas a partir de una evaluación minuciosa, que creemos ha posibilitado la consecución de un total éxito terapéutico.

2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Luisa es una mujer de 25 años, soltera, con estudios de peluquería y actualmente en situación de paro. Es la menor de tres hermanas de una familia de clase baja-media. Sus padres, que están separados, viven en otra localidad diferente a

donde ella reside. La relación con su madre y sus hermanas es buena, aunque a veces se siente ansiosa cuando tiene que hablar con ellas de algún tema “conflictivo”. La relación con su padre es muy negativa; de hecho, desde hace seis meses no se hablan.

Luisa convive desde hace 1 año y medio con su novio; éste es albañil, y trabaja fuera de la ciudad de residencia, por lo que no se ven cuanto ella querría. La relación con él es definida por la paciente como buena en general, aunque en ocasiones este no comprende lo que le ocurre. Con su novio nunca ha presentado este problema fóbico.

Inicia contacto con esta Unidad de Salud Mental remitida por su médico de cabecera por “sensaciones de ansiedad, problemas para relacionarse e insomnio que precisa tratamiento”. Acude sola a las entrevistas de evaluación.

Estado actual del problema. La paciente se queja de “sentirse con gran ansiedad cuando está con gente, teniendo que irse a toda prisa”. En concreto, suele notarse inquieta, tensa y asustada al encontrarse o estar con otras personas, con mucha preocupación por si la miran, ya que teme que los demás la valoren mal o se den cuenta de lo nerviosa que se pone.

Son muy numerosas las situaciones sociales en las que sufre este problema; algunas las afronta aunque con cierta ansiedad e incomodidad: hablar con su hermana, hacer brevemente una gestión (comprar en tiendas, ir a bancos, solicitudes en administraciones, etc.), saludar a conocidos, hablar ocasionalmente con un vecino, etc.

Sin embargo, otras le resultan especialmente difíciles, por lo que tiende a evitarlas. Se trata de situaciones en las que debe permanecer durante cierto tiempo o con muchas personas desconocidas (sintiéndose así observada) o debe conversar directamente con alguien: acudir a reuniones, hacer colas, ir a bares y restaurantes, hablar con sus antiguos amigos, visitar su pueblo, salir con los amigos de su novio, hablar con la familia de éste, ir a entrevistas de empleo,... En ellas se siente muy ansiosa y temerosa, llegando a sufrir frecuentes episodios de angustia que cursan con taquicardia, falta de aliento, sofoco, rubor y a veces temblor. Igualmente con bloqueo, dificultades para concentrarse y para continuar la conversación.

En estos casos de fuerte malestar siente muchas ganas de irse de la situación. Algunas veces logra aguantar, intentando tranquilizarse y esperando a que disminuyan los

síntomas. Pero en la mayoría de ocasiones, suele abandonar el lugar dando alguna excusa, pudiendo después relajarse poco a poco (y sintiendo así un gran alivio).

También suele ponerse nerviosa cuando se le plantea alguna de estas situaciones (y más si cree que no podrá evitarla); muy preocupada un tiempo antes, anticipando que tendrá problemas, que no podrá controlarse y que los demás se lo notarán.

El resto del tiempo (mientras está en casa, o se encuentra sola o con su novio) se encuentra asintomática.

Inicio y evolución. Según indica, este problema se remonta a 4 años atrás. En ese período tuvo muchos problemas de relación con los amigos con los que salía habitualmente. En concreto, recuerda varias experiencias muy desagradables con ellos: una noche de fiesta ella se sintió indispuesta debido a que había consumido drogas y pidió a sus amigos que la ayudaran (llevándola a casa); éstos se negaron y tuvo que regresar sola a casa como pudo. También coincidió que en estas fechas salió con varios chicos en poco tiempo, de los que recibió un trato muy negativo (no acudían a las citas, la ignoraban; uno de ellos la insultaba). Añade que estos hechos le hicieron estar más sus-

ceptible y desconfiada ante los demás.

Además, en esa época le llegaron noticias (a través de su hermana y una conocida) de que varias personas de su pueblo la estaban criticando, supuestamente por sus conductas de consumo de tóxicos y por sus cambios de pareja tan frecuentes. A partir de esto, comenzó a preocuparse por si los otros vecinos compartían la misma opinión sobre ella, hasta el punto de sentirse muy ansiosa cuando paseaba por el pueblo o cuando entraba en algún establecimiento, temiendo encontrarse con alguien que pudiera reprocharle directamente esas conductas. Debido a lo aversivo de ello, empezó a salir menos de casa y cuando lo hacía procuraba ir acompañada por alguna persona de confianza. De forma gradual fue sintiéndose más ansiosa y evitando mayor número de situaciones, hasta que finalmente decidió irse a vivir a otra localidad. Volver al pueblo, aunque sea unos días, es una de las situaciones que más malestar le causa actualmente, al temer ser valorada negativamente.

Reconoce que antes de la fecha referida ya tenía algunas dificultades para hacer amigos y para desenvolverse cómodamente con los demás (como consecuencia de su timidez), aunque sin llegar en ningún momento a presentar los síntomas de

temor, ansiedad y evitación apuntados. Añade que estas dificultades para relacionarse hicieron en gran medida que comenzase a tomar los fines de semana alcohol o cocaína y de esta forma no sentirse tan ansiosa e inhibida con la gente.

Según la paciente, desde entonces el problema ha empeorado, ya que con el tiempo ha aumentado su inseguridad y temor ante las relaciones sociales; además son mayores las situaciones que le provocan ansiedad y/o que evita. Estas conductas de evitación son el principal motivo por el que su ansiedad social le produce en la actualidad una gran interferencia. Así, aunque está en paro y su situación económica no es buena, ha pospuesto o evitado ir a las pruebas de trabajo (de peluquera) que le surgen. Incluso ha rechazado varios empleos de cara al público (camarera y dependienta) que le han propuesto.

En la exploración psicopatológica se aprecia una actitud desconfiada y evasiva por parte de la paciente, con mínima espontaneidad. Su afecto es ansioso y su conducta inquieta; avanzada la entrevista, mientras habla del comienzo de sus problemas sufre signos de ansiedad (falta de aliento, rubor, habla temblorosa y bloqueo mental), con dificultades para seguir informando durante unos minutos.

En el nivel del contenido del pensamiento, destaca gran autocrítica por no ser capaz de resolver sus dificultades sociales. No presenta alteraciones en la percepción ni en el estado de ánimo. Indica problemas para concentrarse, especialmente en los momentos de mayor ansiedad; no alude pérdida en su capacidad mnésica. Refiere pérdida leve de peso, sin alteración significativa en la ingesta. Presenta insomnio de conciliación moderado desde hace unos 6 meses, con cierta mejoría en las últimas semanas, tras tratamiento farmacológico ("loracepan" 0-0-1) por su médico.

Presenta antecedentes psiquiátricos de interés: hace 2 años fue atendida en esta misma unidad por un cuadro depresivo, aunque no recibió tratamiento sistemático (al trasladarse a otra ciudad). Historia de abuso de alcohol y cocaína (desde hace 9 meses no consume). Como antecedentes familiares destacan los problemas de abuso de alcohol de su padre y los problemas de ansiedad social de un tío paterno (también en tratamiento en esta unidad). No presenta ni ha presentado problemas físicos de salud relevantes.

3. EVALUACIÓN.

3.1. Evaluación inicial: La evaluación se desarrolló en tres sesio-

nes y se realizó a través de las técnicas de entrevista, pruebas complementarias de evaluación y auto-registros.

a) La entrevista ocupó toda la sesión primera y la parte inicial de la segunda; a través de ella se recogieron los datos más relevantes apuntados arriba.

b) Pruebas psicométricas. Se aplicaron en la parte final de la segunda sesión. Sin embargo, debido a falta de tiempo, se le pidió que terminara de cumplimentarlas como tarea para casa. Estos cuestionarios se recogieron en la tercera sesión y se analizaron junto con la paciente. Las pruebas administradas fueron las siguientes:

- *"Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria" (HAD)* (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala se aplicó básicamente para detectar la presencia de síntomas depresivos relevantes. Las puntuaciones obtenidas fueron: A = 11; D = 4 (Los puntos de corte son 10 para ambas escalas). La prueba apunta en la dirección de la ausencia de problemas afectivos, dato congruente con la información de entrevista y con la impresión inicial del terapeuta.

- *"Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1997). Permite

conocer los niveles de ansiedad del paciente, en el momento actual (A/E) y como rasgo de personalidad (A/R). Los datos obtenidos (A/E = 95) reflejan un estado de ansiedad alto (el test se cumplimentó en presencia del terapeuta). Mientras, la puntuación de A/R = 60 orienta a que la paciente presenta una personalidad levemente ansiosa.

- “Escala de Estrés y Evitación Social” (SAD) (Watson y Friend, 1969). Este instrumento y los dos siguientes permiten evaluar más detenidamente el problema fóbico. En concreto, el SAD nos permite conocer el componente fisiológico y motor de la fobia social, siendo su punto de corte 18-20. El resultado que se obtuvo fue de 25, confirmando los datos de entrevista con respecto a la existencia de una conducta evitativa relevante.

- “Cuestionario de Temor a la Valoración Negativa” (FNE) (Watson y Friend, 1973). Se empleó para valorar el componente cognitivo de su ansiedad social; su punto de corte es 22-24 y el máximo es 30. La puntuación en esta prueba fue de 28, que apunta a que la paciente tiene gran temor a ser juzgada negativamente por los demás.

- “Cuestionario de Habilidades Sociales” (Segura, 1981). Se aplicó para evaluar si la paciente mostraba además inhabilidad social. Los

resultados conseguidos son: 20 % (conducta adecuada), 50% (inhibición de conducta); 25 % (conducta inadecuada por ansiedad) y 5 % (conducta inadecuada por inhabilidad). Analizando los datos apreciamos que existe gran evitación y que la conducta inadecuada se debe básicamente a la presencia de ansiedad y no a que la paciente no sepa relacionarse. Esto coincide plenamente con la impresión del terapeuta.

- “Escala de Adaptación” (Echeburúa y Corral, 1987). Se utilizó para conocer el grado de interferencia que la paciente estima le genera su problema en general y en distintas áreas de su vida, pudiendo responder con 0 (nada de interferencia), 1 (casi nada), 2 (poca), 3 (bastante), 4 (mucho) y 5 (muchísima). Los resultados obtenidos son: a) Laboral = 5; b) Social = 5; c) Tiempo libre = 4; d) Relación de pareja = 1; e) Vida familiar = 2; f) nivel Global = 4. A partir de estos datos (puntuación total = 21) podemos deducir que su vida se está viendo afectada notablemente.

- c) Autorregistros: Se explicó su uso al final de la 2ª sesión. Se le pidió a la paciente que recogiese por escrito las situaciones sociales problemáticas en las que se viese envuelta; en concreto que anotara esta información: la situación concreta en la que estuviera ansiosa,

las sensaciones físicas que notara en esos momentos y su intensidad, los pensamientos que tuviera y finalmente su comportamiento. El registro se analizó con detalle en la 3ª sesión, lo que permitió conocer con más profundidad lo que le ocurría. Luisa recogió varias situaciones de ansiedad; estas se relacionaban con el hecho de “salir acompañada de compras por una calle con mucha gente”, “pedir en una tienda un paquete de café”, “hablar con su casera de una cuestión del piso”, “ir con su novio a pedir trabajo en su pueblo”. En ellas se reflejaba la intensidad de su malestar físico, su tendencia a anticipar negativamente y a pensar dramáticamente sobre su actuación o sobre la opinión de los demás, la autocrítica que mostraba cuando no afrontaba bien una situación y la presencia tranquilizadora del novio.

3.2. Diagnóstico psiquiátrico: Siguiendo el DSM-IV la paciente presenta un trastorno de **fobia social**; cumple con claridad todos los criterios exigidos para este diagnóstico:

- Presenta temor intenso y persistente a múltiples situaciones sociales; teme particularmente que los demás noten que está ansiosa y también que la consideren poco interesante.

- Casi todas las veces en las

que se ve envuelta en relaciones sociales se pone muy ansiosa; los síntomas de ansiedad le resultan intensos y a veces le incapacitan para seguir hablando o para centrarse en la conversación.

- La paciente reconoce que en la mayoría de situaciones no tendría por qué ponerse así de nerviosa, aunque no lo puede evitar.

- Debido a su miedo evita muchas situaciones; ha rechazado dos trabajos cara al público, y pospone pruebas laborales para trabajar como peluquera; también evita salir con los amigos de su novio.

- El grado de interferencia del problema es grande, hasta el punto que le impide “hacer vida social” y/o buscar trabajo.

- Su temor y ansiedad no tienen relación causal con la ingesta de drogas o fármacos (ya no consume); ni se explica mejor por una enfermedad médica (no padece, ni ha padecido ninguna enfermedad), ni por otro trastorno mental.

Especificando un poco más, podemos decir que se trata de una fobia social tipo generalizado, ya que tiene temor y ansiedad a muchas situaciones sociales (citas, gestiones, reuniones, conversaciones, entrevistas de empleo y otros contactos interpersonales).

Siguiendo la CIE-10 también es adecuado el diagnóstico de fobia social; la paciente presenta síntomas de ansiedad de carácter vegetativo cuando se enfrenta a estas situaciones: taquicardia, tensión y sensación de ahogo. Además presenta habitualmente rubor y más puntualmente, temblor.

En relación al diagnóstico diferencial, se descartan otras patologías afines como:

- *Fobia específica*: La paciente no refiere otros miedos significativos ajenos al motivo de consulta.

- *Trastorno de angustia con agorafobia*: Aunque no siempre es fácil distinguir ambos trastornos en este caso los síntomas de ansiedad (incluso de pánico) solo se limitan a situaciones sociales, no apareciendo en otros contextos diferentes. Además, la paciente no solo tiene miedo a ser contemplada en una supuesta crisis de angustia (con lo que el diagnóstico de angustia sería posible), sino también tiene temor a una pobre ejecución social.

- *Trastorno de ansiedad generalizada*: Luisa presenta ansiedad y preocupación en relación sólo con situaciones sociales; además gran parte de su tiempo (cuando está sola en casa o está con su novio) no se muestra ansiosa.

- *Trastorno de personalidad por evitación*: Aunque existen en la paciente rasgos evitativos (ella misma reconoce un carácter tímido), no parecen ser lo suficientemente relevantes como para realizar este diagnóstico adicional.

4. ANÁLISIS FUNCIONAL

En la siguiente tabla se detallan los distintos factores implicados y las relaciones que se establecen entre ellos.

El orden de encendido de la conducta problema es siempre la misma: 1. cognitiva, 2. fisiológica, y 3. motora. Esta secuencia se aprecia más claramente en las respuestas de evitación a las situaciones sociales; así las rumiaciones anticipatorias de la paciente sobre su incapacidad de afrontar relajadamente esa situación y sobre la posibilidad de que los otros le noten su ansiedad (elemento cognitivo), genera casi de forma automática respuestas físicas de ansiedad (no tan intensas como cuando se ve envuelta en la propia situación), con lo que opta finalmente por no enfrentarse a ella (elemento motor). Igualmente, se sigue el mismo orden de encendido en las respuestas de escape, aunque no se aprecie con tanta claridad. Aunque el componente fisiológico (rubor, falta de aliento, taquicardia, etc.)

Tabla 1. Resultado del análisis funcional

ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
<p><input type="checkbox"/> Estimular externos.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mantener situaciones sociales. (Seguir en una sala, intervenir en trabajo, acercarse a un conocido por la calle, venir al trabajo de salud, recibir visitas de amigos...)</p> <p>Existen varias circunstancias situacionales que determinan de forma significativa la aparición de la conducta problema.</p> <p>* Si las personas son conocidas o no * Cantidad de gente presente * Duración de la conversación * Tema de conversación (personal, medio o profesional).</p> <p><input type="checkbox"/> Estimular internos.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Preocupación anticipatoria relacionada con su incapacidad de afrontar con tranquilidad una situación social y también con la posibilidad de que los demás se rían su nerviosismo.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mantención del ambiente social en situaciones sociales paralelas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Inteligencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tímida. o Inseguridad. o Falta de aliento. o Subdesarrollo. o Haber. o Tenerlo. <p><input type="checkbox"/> Conciencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Preocupación relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - Su plano de conciencia ("me quiero ir") - Su temor a que la gente se ríen de su nerviosismo que estoy nerviosa") - Su incapacidad para manejar su respuesta social ("no puedo controlarme") - Su incapacidad de seguir conversando ("no se que decir", "no puedo hablar") - Su propia situación de ansiedad ("que mal estoy", "me ahogo") 1: o Algunas cognitivo <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de no poder concentrarse o Algunos verbal - Dificultad para expresarse, escape con monotonías <p><input type="checkbox"/> Historia.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Algunos antecedentes ("trabaja en quita, volver a el ocio habia") o Escape de la situación social ("Finalizar prematuramente la conversación, darle una excusa para retirarse") o Intención de las situaciones sociales 	<p><input type="checkbox"/> A corto plazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribución notable de su actividad maliciar - REFUERZO NEGATIVO - Atención del novio - REFUERZO POSITIVO - Interpretación ("¿cómo lo voy a controlar? Siempre luego lo culmo") - AUTOCASINGO POSITIVO <p><input type="checkbox"/> A largo plazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impugnación de tener trabajo y de hacer cualquier cosas nuevas

resulta muy importante en este caso por su intensidad, es también el componente cognitivo el que en última instancia, desencadena la reacción escapatoria de la paciente; son los pensamientos "me quiero ir"; "que mal estoy"; "me ahogo" los que desencadenan que Luisa interrumpa bruscamente la conversación y se marche del lugar (respuesta motora).

Hipótesis explicativa:

Si bien la paciente presentaba cierta vulnerabilidad a padecer ansiedad social (de hecho ella se definía como tímida y con algunas

dificultades para relacionarse), el problema se convirtió en clínicamente significativo hace 3-4 años atrás, fruto de las diferentes experiencias sociales desagradables ya relatadas y que le generaron cierta desconfianza en la gente.

A partir de estos sucesos, y especialmente a raíz de conocer que varias personas del pueblo la estaban criticando por sus "conductas inadecuadas", tuvieron un papel relevante en el origen del problema los pensamientos anticipatorios de la paciente respecto a la mala valoración que recibiría de todos los vecinos del pueblo:

“¿Que pensarán de mí?”, “seguro que creen que soy una colgada”; “me considerarán una chica fácil”. También respecto a la posibilidad de que alguna persona la parase por la calle y le reprochara sus comportamientos y, finalmente, en relación a la negativa de estar o salir con ella “no desearán ir conmigo”, “me darán de lado”. “me mirarán mal”. Estas preocupaciones hicieron que empezara a restringir notablemente sus contactos sociales en el pueblo.

Con el tiempo, y a través de un procedimiento clásico, se fueron generalizando sus respuestas de ansiedad a situaciones fuera de su pueblo; también influyeron en ello, las rumiaciones de la paciente relacionados con la posibilidad de encontrarse a alguien conocido en esta nueva localidad. De hecho, uno de los temores importantes que tiene es encontrarse con alguien conocido de su pueblo.

Actualmente, la conducta problemática de ansiedad se mantiene por un procedimiento de reforzamiento negativo, debido al alivio del malestar y la desaparición de los síntomas de ansiedad/pánico cuando evita o escapa de las situaciones sociales. También por el refuerzo positivo que acompaña a esta respuesta de evitación/escape, como es la atención por parte de su novio. Estos dos elementos (ali-

vio del malestar y atención) pesan más que los autorreproches que la paciente se hace por la imposibilidad de enfrentarse/ permanecer en las situaciones sociales.

5. PLAN DE TRATAMIENTO

En función de las características de su problema y del análisis funcional realizado, las técnicas terapéuticas empleadas fueron la *exposición gradual* (primero en imaginación y después en vivo) a las situaciones temidas, acompañada de *respiración diafragmática*, y de *autoinstrucciones* de enfrentamiento.

Con la técnica de **exposición** se pretendía el descondicionamiento de la respuesta fóbica a través del acercamiento de la paciente a las situaciones temidas, empezando por aquellas que no le producían tanta ansiedad para ir paulatinamente exponiéndose a las más difíciles. Se vio viable la exposición previa en imaginación puesto que se había evaluado la capacidad imaginativa de la paciente con resultados favorables.

Con la **relajación** se pretendía el control de sus intensas respuestas fisiológicas de ansiedad; precisamente la gravedad de estos síntomas corporales aconsejó introducir en primer lugar el entrenamiento en relajación (respiración profunda) y

proseguir después con las autoinstrucciones. En concreto, se decidió utilizar la respiración puesto que sus síntomas de ansiedad (que constituían incluso síntomas de pánico) se debían claramente a la hiperventilación que mostraba. No se descartó la posibilidad de profundizar en el entrenamiento de relajación a través del método de Jacobson. Se valoraría posteriormente según la evolución de la paciente la necesidad o no de incluir este procedimiento.

Con el entrenamiento en **autoinstrucciones** se trataba de cambiar sus pensamientos de temor por otros más positivos y realistas que le permitiesen enfrentarse con más facilidad a esas situaciones. En este sentido, se

hizo necesario introducir, ya iniciada la terapia, la **parada del pensamiento**, con el objetivo de contrarrestar directamente sus rumiaciones y pensamientos anticipatorios negativos causantes de sus importantes respuestas de evitación.

No se consideró necesario entrenar en *habilidades sociales*, porque la paciente en ausencia de ansiedad, sabía relacionarse con los demás (por Ej.: conocía y aplicaba las habilidades sociales básicas con su familia y su novio: manejo de conversaciones, de peticiones, de críticas, de expresiones de agrado y desagrado, etc.).

Estos procedimientos se distribuyeron a lo largo de la terapia de la siguiente forma (tabla 2):

Tabla 2. Distribución por sesiones de los diferentes componentes terapéuticos

Información sobre el problema y el plan de tratamiento	Sesión 1
Introducción de el uso del "termómetro de niveles" y creación de la jerarquía de situaciones temidas	Sesiones 2, 3 y 4
Respiración diafragmática (en posición sentada) (en posición recostada) (en posición de pie)	Sesiones 2, 3, 4 y 5 Sesiones 6 y 7 Sesiones 8 y 9
Autoinstrucciones de afrontamiento	Sesiones 3, 6 y 7
Extinción del pensamiento	Sesiones 3 y 10.
Exposición gradual (in imaginación) de las situaciones de la jerarquía; y exposición (in vivo) sucesiva a esas situaciones	Sesiones 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15

El tratamiento, sin contar las tres sesiones de evaluación, se desarrolló durante 16 sesiones, de duración variable (50-70 minutos), y con una periodicidad de 10 días (excepto las tres últimas que se planificaron cada 21 días). Se establecieron 3 seguimientos: a los tres, seis y doce meses.

6. DESARROLLO DE LAS SESIONES

A continuación se presenta una descripción detallada del tratamiento, sesión por sesión, que incluye el estado de la paciente, los aspectos teóricos abordados, los momentos y maneras de aplicación de las técnicas, las tareas que se piden para casa, los problemas detectados durante las sesiones y la justificación de los cambios.

SESIÓN 1

La paciente acudió sola (como en el resto de vistas); refirió encontrarse con “muchos nervios”, ya que la propia situación de venir a consulta la alteraba: “me impone bastante venir al psicólogo”.

Tras analizar en las entrevistas previas las expectativas, la motivación y los recursos de la paciente en la solución de su problema, esta sesión se dedicó a la *devolución diagnóstica*. Se le expuso que su

problema era un problema de ansiedad; en concreto, de ansiedad social. Así se le explicó la diferencia entre la ansiedad social normal y la patológica. También se le explicó qué síntomas caracterizaban su ansiedad social en los tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), utilizando para ello el registro de situaciones de ansiedad social realizado por la paciente como tarea de casa. Y, finalmente, se le presentó la *hipótesis explicativa* respecto al origen y mantenimiento de su problema fóbico.

Después, en función de lo anterior, se le comentó *el plan de tratamiento*; se hizo hincapié en que el objetivo del tratamiento no sería tanto el eliminar totalmente su ansiedad como el que pudiera manejarla dentro de unos niveles no interfirientes. Se le explicó que el tratamiento supondría la exposición gradual, primero en imaginación y después en vivo a las situaciones sociales que temía, ayudándose de estrategias de relajación (respiración profunda) y de autoinstrucciones para enfrentar directamente la ansiedad que experimentaba. En esta primera sesión, no se le nombró la técnica de la parada de pensamiento, ya que se introdujo después, como forma de combatir directamente los pensamientos anticipatorios negativos de ansiedad (y que estaban en la base de las numerosas conductas de evitación).

La paciente indicó entender claramente todos los puntos explicados respecto a cuál era su problema, el origen/mantenimiento del mismo y también la fundamentación del tratamiento.

- Como tarea para casa, se le pidió que siguiera anotando las situaciones sociales en las tuviera problemas; igualmente, que realizase una lista de situaciones sociales temidas y/o evitadas.

SESIÓN 2

La paciente refirió estar evitando muchas situaciones sociales, ya que no podía controlar su ansiedad. También, se quejó de que este problema le estaba impidiendo hacer una vida normal.

Se revisaron las tareas encomendadas. No realizó el registro de situaciones de ansiedad, argumentando que estas eran muy frecuentes, con lo que tendría que estar continuamente anotando. Se le indicó que era preciso que las recogiera, ya que eso nos permitiría saber como evolucionaba su problema una vez iniciado el tratamiento. En cambio, sí que trajo la lista de situaciones temidas pedida. La elaboración fue parcialmente buena debido a que planteaba ciertas situaciones de forma muy global (“estar con gente”, “ir a mi pue-

blo”, “buscar trabajo”). Se recalcó que debía anotar situaciones sociales concretas de su vida (y para ello, se le recomendó apoyarse en los registros). Se le ayudó a especificar sobre el registro una de estas situaciones.

Después se inició el *entrenamiento en relajación*; en concreto, se pasó a enseñar la estrategia de *respiración profunda*. Se le expuso el papel que juega la hiperventilación en la aparición de sus síntomas intensos de ansiedad. Con el objetivo de que entendiese mejor la explicación realizamos un ensayo conductual de sobrerrespiración ligera (para evitar que se le “disparasen” excesivamente los síntomas). A continuación, se le explicó los diferentes componentes del ejercicio de respiración abdominal y se le modeló en posición acostada; se hizo especial hincapié en la necesidad de que lo ensayase repetidamente en casa. También, se le enseñó a anotar esta práctica en un registro de “práctica de respiración abdominal”. Tras acabar, la paciente indicó haber entendido relativamente bien el procedimiento. No se abordó la práctica del ejercicio por parte de la paciente, ya que se mostraba excesivamente nerviosa; se consideró que la respiración no le resultaría exitosa dado su alto nivel de ansiedad. Se decidió posponer la práctica para la siguiente sesión.

Para casa, se le encomendó que siguiera anotando las situaciones temidas; también que reformulara la lista de situaciones sociales ansiosas, concretándola al máximo. Y, finalmente, que practicase la respiración como se le había explicado, al menos dos veces al día durante 10-12 minutos aproximadamente, registrando dicha práctica.

A lo largo de la entrevista la paciente indicó en varios momentos estar muy nerviosa; incluso, en dos ocasiones tuvo visibles síntomas de pánico (rubor, ahogo, sudor, bloqueo verbal y problemas para centrarse en mis explicaciones) Al final de la sesión, aunque se sentía algo más calmada, apuntó que le costaba mucho venir a consulta ya que lo “pasaba muy mal”.

SESIÓN 3

Luisa indicó seguir con gran ansiedad sobre todo cuando permanecía en una situación durante más tiempo de lo previsto, teniéndose que ir en muchos casos; comentó gran frustración por no poder superar estas dificultades.

Se revisaron las tareas; respecto al registro ansiedad había anotado varias situaciones: “estar en la sala de espera del médico”, “pagar en la caja de un supermercado”, “con-

versar con una prima a la que no veía de tiempo”. Igualmente, se recogió el registro de práctica de la respiración profunda. Lo cumplió bien: había ensayado todos los días. Comentó serias dificultades en la práctica a la hora de introducir el aire hacia su abdomen y de mantener la atención en el ejercicio.

Después, se le planteó la práctica de la *respiración profunda en la consulta (en posición acostada)*. En ese momento, la paciente refirió empezar a ponerse nerviosa, con tensión y ahogo; comentó no sentirse cómoda con el hecho de que se le observase al practicarla. Finalmente “cedió”, ya que se le explicó la necesidad de observar como hacía el ejercicio, para corregir posibles errores en su ejecución. Solo pudo ensayarla unos pocos minutos: tenía problemas para concentrarse y para respirar con naturalidad (inspiraba con demasiada profundidad). Al acabar, se elogió su esfuerzo y se corrigieron los fallos.

Tras la práctica, se pasó a revisar *la lista reformulada de situaciones temida/evitadas*; estaba mejor elaborada. Había anotado 12 situaciones. Se corrigieron algunos de los ítems de la lista y se incluyeron dos más; al final quedaron 14 ítems.

A continuación se le explicó el

uso del *termómetro de miedo* con el objetivo de que pudiera ordenar después, de menor a mayor grado de ansiedad, las situaciones anotadas de la lista. Sin embargo, la elaboración de la jerarquía de situaciones no se pudo abordar por falta de tiempo. Por eso, se le pidió que abordase esta tarea en casa usando el “termómetro de miedo”. También, que siguiera con el registro de situaciones ansiosas y con la práctica de la respiración profunda acostada (registrándola).

Al final de la sesión, expresó su queja por la gran dificultad que tenía en practicar la respiración en consulta.

SESIÓN 4

Al entrar en consulta, la paciente refirió estar bastante nerviosa, ya que había estado esperando en la sala 20 minutos (esto le producía gran ansiedad) y pidió que, en la medida de lo posible, en próximas visitas, se le atendiese antes. Indicó haber pasado la semana igual que la anterior: con miedo a salir sola y evitando bastantes situaciones.

Se comenzó revisando las tareas; había registrado tres situaciones relevantes de mucha ansiedad: “encuentro en la calle con un conocido de su pueblo”, “conversación con una vecina de poca confianza”,

“comida con la familia de su novio”. Respecto a la respiración, había realizado el ejercicio todos los días, si bien menos tiempo del recomendado (porque seguía con problemas de concentración). Aún así, esta semana había conseguido relajarse ligeramente. En la jerarquía de situaciones había tenido dificultades, en especial para ordenar las situaciones intermedias (puntuaciones 5-6-7).

Tras el análisis de las tareas, la paciente se sintió más tranquila y se aprovechó para practicar de nuevo la respiración abdominal en posición acostada. En esta ocasión se le permitió que estuviese con los ojos abiertos para que tuviese una mayor sensación de control y no sentirse así tan observada. Para evitar su distracción, la práctica se desarrolló de forma más directiva ampliando las instrucciones. Al finalizar el ejercicio, que se prolongó por unos 11 minutos, la paciente comentó haberse sentido menos tensa, no tan alerta; además las instrucciones abundantes le habían hecho centrarse más. Se le animó por su esfuerzo y se le hizo ver como esta técnica iba resultándole eficaz poco a poco según practicaba. Se grabaron las instrucciones de respiración en una cinta magnetofónica para favorecer el ejercicio en casa.

Después se retomó, junto con la

Cuadro 1. Jerarquía de situaciones de ansiedad social

1. *Conversar con mi hermana directamente de problemas (o temas personales) (1)*
2. *Hablar con mi vecina, más tiempo de lo previsto (2)*
3. *Cruzarme por la calle de forma inesperada con algún conocido del pueblo (3)*
4. *Estar en la sala de espera de Salud Mental durante poco tiempo, o con poca gente (4)*
5. *Hacer una gestión (banco, correos,...) o compra, si estoy más tiempo del previsto (retrasos o colas) (5)*
6. *Entrar/estar sola en un bar o cafetería con la sensación de que me miran (6)*
7. *Detenerme en la calle a charlar con algún conocido (o antiguo amigo) del pueblo (6,5)*
8. *Recibir en casa visitas de los amigos/as de mi novio (por ejemplo a tomar café, o a cenar) (7)*
9. *Estar esperando en la sala de espera de Salud Mental, si hay mucha gente o si estoy mucho rato (7)*
10. *Conversar con la familia de mi novio, especialmente con su madre (8)*
11. *Hablar directamente con alguien poco conocido, durante más tiempo de lo que supone un saludo o una petición (Ej.: con el psicólogo) (8)*
12. *Tener que hablar delante de un grupo de personas no conocidas (9)*
13. *Acudir a una entrevista o prueba de trabajo (por Ej. de peluquería) (9,5)*
14. *Desempeñar cualquier empleo de cara al público (camarera, tendera, peluquera,...) (10)*

paciente, la reconstrucción de la jerarquía de situaciones temidas/evitadas. Previamente se le recordó el uso del termómetro de miedo; también se le explicó que algunas situaciones podían tener la misma puntuación. La situación que más temor le ocasionaba era “el desempeño de un empleo de cara al público”; la que menos “hablar a solas con su hermana de temas personales”. Así quedó finalmente su jerarquía de situaciones de ansiedad/temor social (cuadro pág. 195).

Como tarea para casa, se le pidió que siguiese con los registros,

con la respiración profunda acostada ayudándose de las instrucciones grabadas; también que desarrollase por escrito la primera de las escenas de la lista con el fin de empezar en la próxima sesión a trabajar la estrategia de autoinstrucciones de afrontamiento.

SESIÓN 5

Refirió haber pasado estos días bastante tranquila, ya que no tuvo que enfrentarse a ninguna situación social especial. Estuvo mucho tiempo en casa y aquí no mostraba ansiedad relevante.

Se revisaron las tareas de casa: recogió en el registro de ansiedad dos situaciones en las que se mostró nerviosa, aunque solo un poco (“gestión en un banco” y “visita de su hermana”), dado que la gestión fue corta y que la conversación con la hermana fue sobre un tema irrelevante. También se analizó el registro de respiración, reflejando que había practicado todos los días (algunos hasta tres veces) al disponer de más tiempo ya que salió poco. Tenía menos dificultades con el ejercicio; la cinta grabada con las instrucciones le estaba ayudando a conseguir mayor relajación. Por otro lado, no realizó la descripción escrita de la primera situación de la jerarquía, lamentándose de haber olvidado esta tarea.

Después se pasó a realizar en consulta la respiración profunda de la misma manera que en la sesión anterior: acostada, con los ojos abiertos y con guía verbal abundante. Tras la práctica se le dio *feedback*, haciendo especial hincapié en los aspectos adecuados (su respiración era más pausada); también se elogió su interés por el ejercicio.

Posteriormente, y siguiendo el plan de tratamiento establecido, se inició *el entrenamiento en autoinstrucciones de enfrentamiento* (Meichenbaum, 1997). En concreto, se le explicó, a partir de la revisión

de las situaciones registradas, el papel de los pensamientos en sus respuestas de ansiedad. Así, la paciente entendió perfectamente el impacto perjudicial de sus pensamientos negativos en el inicio y mantenimiento de la conducta problema. Después, y siguiendo con los registros, se le presentó los diferentes momentos en los que se divide la exposición a una situación temida (preparación, confrontación, momentos críticos y resolución); se analizaron los pensamientos que tenía en cada una de ellos. Y finalmente, se le explicó que el objetivo del procedimiento sería cambiar sus propias verbalizaciones negativas por otras más adecuadas en cada una de las fases vistas, permitiéndole así poder enfrentarse con mucha menos ansiedad a las situaciones sociales temidas.

Al inicio de sesión y durante la respiración la paciente comentó estar en general bastante tranquila; sin embargo, mientras abordábamos esta primera parte del entrenamiento autoinstruccional, Luisa tuvo un episodio breve (1 minuto) de ansiedad intensa, con rubor, dificultades para respirar, bloqueo verbal y conductual. Este fue el motivo por el que no se avanzó más en el entrenamiento de Meichenbaum, posponiendo la elaboración de las autoinstrucciones para la próxima sesión. Se dedicaron los últimos minutos a analizar con la paciente

este hecho; se le sugirió que respirara profundamente.

Como tarea para casa, se le pidió que siguiera realizando el registro de ansiedad, fijándose bien en los pensamientos que tenía en esas situaciones y la respiración profunda acostada. También se le recordó que debía retomar la tarea de narrar por escrito el primer ítem de la lista (que ya se había pedido para esta misma entrevista).

SESIÓN 6

Comentó haber pasado la semana no tan nerviosa a nivel de síntomas físicos, como muy preocupada porque su novio le había planteado ir a ver a su familia unos días. Temía “pasarle mal y no soportarlo”. De hecho esta situación estaba recogida en la lista de situaciones de ansiedad elaborada previamente.

Se revisaron las tareas. No anotó ninguna situación de temor social, justificándolo con que no había tenido momentos de ansiedad relevantes (solo las situaciones diarias de siempre). Se le comentó que a pesar de que estas situaciones ansiosas fueran leves o se repitiesen, tendría de momento que seguir anotándolas. En cuanto a la descripción de la primera situación, fue corta, pero válida, ya que se apre-

ciaban con claridad las fases del afrontamiento (se utilizaría en la sesión siguiente para enseñar la aplicación de las autoinstrucciones). También se revisó el registro de respiración; había practicado todos los días dos veces. Informó que le iba bien; que lograba relajarse ya bastante y que los problemas iniciales de concentración se habían reducido mucho.

Después, y debido a que la paciente dominaba bien el ejercicio de *respiración abdominal*, se le instruyó para que lo practicara ahora *en la variante de sentado*. Sin contar el modelado previo, el ensayo duró aproximadamente 12 minutos, tras el cual, se le dio a la paciente *feedback* y refuerzo. La paciente informó que durante la presentación de esta nueva práctica se sintió algo nerviosa, achacándolo a que “los cambios no le gustaban nada y la alteraban”.

Seguidamente, se retomó el entrenamiento en autoverbalizaciones de afrontamiento: tras repasar los aspectos vistos en la sesión pasada, se prosiguió con la *elaboración de las autoinstrucciones*. Se le explicó que en cada una de las fases, los objetivos a conseguir son diferentes, y por ello, las frases de autoayuda serán igualmente distintas. Tras concretarle cuales eran esos objetivos, que la paciente entendió bien, se le ayudó a crear

sus propias afirmaciones de enfrentamiento en cada una de las etapas. Nos apoyamos para ello en las autoinstrucciones de ejemplo recogidas por Meichembaun (1987).

Como tarea para casa se le pidió que siguiera con el registro de situaciones temidas. También que practicara la respiración sentada y que lo anotara en el registro. Y finalmente que revisara la lista de autoinstrucciones creadas en la sesión y la ampliara; se le aclaró que si bien podía apoyarse en las autoinstrucciones de ejemplo, lo más adecuado era que ella generara sus propias frases ya que se pretendía que las interiorizara y las utilizara en un futuro con naturalidad.

SESIÓN 7

Indicó seguir preocupada por su futuro viaje a la casa de su suegra dentro de unas semanas; incluso más que la semana anterior. Durante esos días si que notó síntomas físicos, sobre todo tensión muscular y temblor interior.

Se revisaron las tareas. Registró una sola situación de ansiedad moderada (mientras preguntaba por unos cursos en el Ayuntamiento de su pueblo). La respiración sentada la ensayó con regularidad, consiguiendo relajarse bastante, sin notar diferencias respecto a la posi-

ción acostada. En cuanto a la lista de autoinstrucciones, la paciente añadió alguna más, sobre todo en la fase de momentos críticos. Las frases de enfrentamiento definitivas pueden verse en el siguiente cuadro.

Se pasó a practicar la respiración sentada durante 10 minutos; no tuvo problemas especiales, refiriendo tras el ejercicio un nivel de relajación bueno. Se le dio refuerzo y feedback.

En esta sesión se le enseñó a *aplicar las autoverbalizaciones positivas* a través de instrucciones y modelado. Para ello, se aprovechó la situación (“conversación con su hermana”) que había traído por escrito en las sesiones anteriores. Previamente, y aunque ya se hubo comprobado en las sesiones iniciales que la paciente sabía imaginar bien, se le presentó varias escenas neutras para “refrescarle” su capacidad imaginativa. Tras eso se pasó a narrarle la situación referida arriba para que ella la imaginara; y se le fue incitando a que aplicara las frases positivas para reducir su malestar. Este ensayo de prueba, si bien fue poco exitoso, sirvió para que la paciente supiera como se iba a trabajar en adelante.

Así, se le explicó que la tarea a realizar en esta sesión y en las siguientes sería la de presentarle en

Cuadro 2. Pensamientos de afrontamiento elaborados por la paciente

FASE DE PREPARACION:

- “Es bueno para mi enfrentarme a eso”
- “Ahora no es momento de pensar en el miedo”
- “Si me pongo un poco nerviosa es normal; es el primer día”
- “No voy a preocuparme; no sirve para nada”
- “Voy a planificar lo que haré”

FASE DE CONFRONTACION:

- “Iré poco a poco”
- “Pensaré en el presente; no en lo que pueda pasar”
- “Tengo fuerzas para superarlo”
- “Sé que puedo manejar mi ansiedad”
- “No exageraré; la cosa no es tan grave”
- “Empezaré a respirar relajadamente”

FASE DE MOMENTOS DIFICILES:

- “Si lo necesito, puedo distraerme”
- “No pasa nada; sólo es ansiedad”
- “Respiraré lentamente y me relajaré”
- “Me centraré en la conversación”
- “Esta ansiedad me durará poco tiempo”
- “Voy a tranquilizarme”

FASE DE RESOLUCION:

- “Me ha ido bastante bien esta técnica”
- “Me puse nerviosa, pero pude controlarme”
- “Ha ido mejor de lo yo esperaba”
- “Bien, he podido con eso”
- “Con el tiempo, sé que cada vez estaré mejor”

imaginación las diferentes situaciones de la lista, con el objetivo de que lograra reducir/eliminar su ansiedad aplicando las estrategias enseñadas. También se le expuso cuál iba a ser su trabajo en casa: tendría que enfrentarse en vivo a las situaciones sociales superadas en imaginación, aplicando las técnicas aprendidas, y anotar esta práctica en un registro que se le explicó en ese momento. Igualmente se le dieron por escrito las pautas habi-

tuales de exposición (recogidas de Echeburúa, 1995) que debía seguir en las tareas de enfrentamiento. La paciente comentó entender perfectamente todo este procedimiento.

En la exposición de este primer ítem, la paciente necesitó 5 ensayos de presentación para sentirse totalmente tranquila, a pesar de que puntuaba con ansiedad mínima (1). En la discusión del ejercicio, ella justificó este aspecto en el hecho

de que las nuevas tareas la ponían nerviosa.

Como tarea para casa, se le pidió que siguiera con el registro de ansiedad, que practicase la respiración en posición sentada, también que trajese narradas por escrito la 2ª situación (“hablar con mi vecina más tiempo de lo previsto”) y la 3ª situación de la lista (“cruzar por la calle de forma inesperada con alguien conocido de mi pueblo”). Finalmente que se enfrentara en vivo de forma programada a la situación trabajada ya en la sesión.

SESIÓN 8

Comentó haber pasado la primera semana bastante tranquila pero no así los dos últimos días a raíz de enterarse de una prueba de trabajo en una perfumería comenzó a tener muchas dudas sobre si presentarse y ciertos temores (“me sentiré muy nerviosa”; “no seré capaz”). Incluso, estos días tuvo un episodio de ansiedad moderado con taquicardia, ahogo y mareo que duró unos minutos. Esta situación era uno de los ítems de la jerarquía que más ansiedad le provocaba.

Se revisaron las tareas; la respiración sentada la había practicado regularmente y le iba muy bien. La exposición a la situación prescrita sólo la realizó dos veces (de 30 y

25 minutos de duración respectivamente), mostrándose sin ansiedad al acabar; se le reforzó la práctica. Las situaciones 2ª y 3ª las describió bien, pero se reformaron ligeramente para adaptarlas a la exposición en imaginación. En el cuadro siguiente se presenta, a modo de ejemplo, estas escenas elaboradas definitivamente.

Ya que la paciente se relajaba bien en posición sentada, se pasó a modelar e instruir la *práctica de la respiración abdominal de pie*. Se ensayó durante 9 minutos; tuvo algún problema para introducir el aire al estómago. Se le corrigió este aspecto comentándole que con la práctica lo haría bien (como ocurrió con las otras variantes).

Después se pasó a la exposición en imaginación: Así se le pidió a la paciente que se centrara en la narración de las escenas intentando imaginárselas con detalle, tras lo cual debía de procurar relajarse empleando las autoinstrucciones y la respiración abdominal. Logró eliminar su ansiedad eficazmente en el 2º ítem con tres presentaciones y en el 3º con cuatro. Se mostró contenta con los logros, señalando que la respiración le ayudaba mucho a la hora de reducir su nerviosismo.

Para casa, se prescribieron el registro de situaciones de ansiedad (pero ahora solo de aquellas en las

Cuadro 3. Escenas elaboradas para su presentación en imaginación

Situación 2: “Hablar con la vecina más tiempo del previsto”.

“Debo salir a hacer un recado. Mientras bajo a la calle, por las escaleras veo a mi vecina de abajo la cual me aborda y me pregunta cuando es la reunión de la comunidad; se queja de varios problemas en este sentido. Intento acortar la conversación, porque no me interesa lo que me dice. Ella insiste en sus quejas y empiezo a sentirme nerviosa; me noto que estoy algo temblorosa. Temo que me note que estoy mal, y crea que es por lo que ella me esta diciendo. Intento seguir escaleras abajo; ella me acompaña al rellano y pide mi opinión sobre los hechos que me relata. Pero yo apenas si le contesto; me preocupa parecer brusca con ella y quedar mal. Salgo a la calle; me noto ya realmente alterada, el corazón me late deprisa y me cuesta respirar. Pienso que sólo deseo estar tranquila”.

Situación 3: “Cruzarse por la calle de forma inesperada con conocidos del pueblo”

“Voy por la calle, camino del supermercado, y al doblar la esquina me encuentro con un conocido (lo conozco de vista y de haber hablado ocasionalmente con él); se para y me pregunta a modo de cumplido como me encuentro. Yo no sé que decirle: las cosas no me van muy bien, pero al él no le interesa. Me sube una acalorada y me sonrojo; las piernas me tiemblan; me noto asustada. Casi sin pararme, le digo que estoy bien y me despido dándole la excusa de que llego tarde. Temo haber sido demasiado antipática y que haya pensado mal de mi”.

que se notara muy ansiosa), la práctica del ejercicio de respiración de pie y su anotación, la descripción de las escenas 4ª y 5ª de la lista, y finalmente el enfrentamiento en vivo a las situaciones superadas en imaginación.

SESIÓN 9

Se mostró desanimada y bastante preocupada por una dificultad que estaba teniendo desde hacía varias sesiones: no era capaz de manejar totalmente sus pensamien-

tos negativos anticipatorios, a pesar de aplicar regularmente las autoinstrucciones en la fase de preparación. Si bien se sentía más relajada físicamente, seguía con rumiaciones ansiosas.

Se recogieron las tareas. El registro de exposición reflejaba que se había enfrentado con éxito a las situaciones 2ª y 3ª prescritas, por lo que se elogió su esfuerzo. En cuanto a la respiración, la practicó sólo 5 días, ya que estuvo enferma. Refirió no tener problemas con la respiración de pie, logrando relajar-

se con facilidad. Trajo narradas las escenas 4^a (“*estar en la sala de espera de la U. De Salud Mental durante poco tiempo o con poca gente*”) y 5^a (“*hacer una gestión o comprar, si está más tiempo del esperado*”), aunque estaban poco desarrolladas; se le dijo que las ampliara unas líneas más.

Después se practicó la respiración de pie durante 10 minutos; no tuvo dificultades especiales (solo que se había cansado un poco). Ya que el ejercicio lo dominaba notablemente, se acordó no practicarlo más en la consulta.

En función de las quejas repetidas de Luisa respecto a sus problemas para controlar sus anticipaciones negativas, se creyó conveniente no avanzar en la exposición y entrenarla, en esta sesión en la técnica *de la detención del pensamiento* (Labrador, 1992). Se introdujo el procedimiento a través de un ensayo conductual. Así, aprovechando que eran muy frecuentes las ideas negativas sobre su visita a casa de su suegra, se decidió usarlas para el entrenamiento; en concreto, se le pidió que cerrase los ojos y empezara a traer a su cabeza de forma voluntaria esas ideas y las expresara en voz alta. Unos segundos después se le interrumpió bruscamente a través de una palmada y la verbalización en alto de la palabra “basta”. Inmediatamente la paciente se detuvo, mos-

trándose bastante sorprendida de mi actuación; incluso refirió cierto susto.

A continuación se le presentó la estrategia de forma explícita, explicándole también que no bastaba con interrumpir sus pensamientos a través de una señal (una palmada y la palabra “basta”), sino que también era necesario seguidamente centrarse en una tarea o en el recuerdo de una situación agradable con el objetivo de que esos pensamientos no reaparecieran de nuevo a la mente. Ella decidió utilizar el recuerdo de un momento agradable vivido con su novio en un viaje reciente. La paciente repitió el ejercicio anterior en cinco ocasiones hasta que le resultó fácil cortar esas ideas.

Después se le planteó el mismo ejercicio, pero ahora pidiéndole que evocara esos pensamientos sin expresarlos verbalmente, y que los interrumpiera diciéndose un “basta” en voz baja. Y después que pensara en ese recuerdo agradable. Tuvo cierta dificultad (necesitando muchos más ensayos), si bien al final logró aplicarlo bien.

Finalmente se le propuso lo mismo pero esta vez la señal de interrupción tendría que aplicarla mentalmente; en esta variante la paciente indicó más problemas, no llegando a dominarla. Aún así, no se siguió practicando por falta de

tiempo. Por el mismo motivo se pospuso la exposición en imaginación para la cita siguiente.

Como tarea se le propuso que registrara solo aquellas situaciones de ansiedad relevantes, que ensayase la respiración de pie y anotase la práctica, que se enfrentara todas las veces posibles a las situaciones ya superadas en imaginación, que ampliara las escenas 4 y 5, y describiera la 6^a; y que practicase la parada de pensamiento al menos 5 veces al día y siempre que tuviese pensamientos anticipatorios negativos.

SESIÓN 10

Aunque iba progresando en las exposiciones, se encontraba un poco nerviosa ya que el viaje a casa de su suegra era definitivamente dentro de 15 días.

En cuanto a la tarea de exposición estos días solo había podido enfrentarse en dos ocasiones a la situación de “cruzarse con conocidos del pueblo”, al no tener más oportunidad para ello: en la primera se puso ligeramente nerviosa (ya que esa persona no le caía bien), pero en la segunda no. Igualmente tuvo tres “contactos con su vecina” sin ansiedad. Se le reforzó la práctica. Después se recogieron las escenas de los ítems 4, 5 y 6, las cuales estaban bastante bien des-

critas. Posteriormente se preguntó a la paciente por la práctica de la parada de pensamiento, comentando que en ocasiones le daba resultado, pero en otras no.

Se aprovechó para ensayar de nuevo esta técnica en la última variante (decirse “basta” mentalmente) ya que era donde tenía dificultades. Se realizaron 6 ensayos, hasta que la paciente informó que ya lograba detener mejor sus pensamientos.

La exposición en imaginación al 4º ítem no se creyó necesaria, puesto que al analizar con la paciente esta situación confesó que realmente ya no le tenía miedo. Llevaba dos visitas en las que había esperado en la sala de espera de la unidad con poca gente, sin apenas ansiedad. Se pasó pues a la exposición del 5º y 6º ítem. La paciente requirió seis exposiciones para superar el ítem 5º y cuatro para el 6º. En la discusión se quejó de algunas dificultades para centrarse y para imaginar.

Se le pidió como tarea para casa que practicara la respiración; que aplicara la parada de pensamiento ante sus ideas negativas anticipatorias, que se enfrentase en vivo a las situaciones ya trabajadas, y finalmente que describiese las escenas 7, 8 y 10 (“conversar con la familia de su novio”), ya que al

final de la sesión Luisa comentó su preocupación sobre la siguiente visita a su suegra, planteándose así trabajar esta situación para la próxima sesión (aunque no era la que correspondía).

SESIÓN 11

En esta ocasión acudió con su novio por deseo de la propia paciente. Luisa quiso que se le explicara a él cual era su problema de ansiedad y como lo estábamos trabajando, también que se le informase de sus avances y sus esfuerzos por superar este problema. El novio reconoció su impaciencia por la tardanza en la solución del problema.

En la revisión de tareas informó que manejaba más fácilmente los pensamientos ansiosos; la parada de pensamiento le estaba funcionando y seguía practicando la respiración profunda. En cuanto a las exposiciones encomendadas se enfrentó en cinco ocasiones a la situación 6ª (estar/entrar sola en un bar o cafetería), la repitió más veces porque en las primeras exposiciones no pudo reducir su ansiedad. Con respecto a la situación 5ª (“hacer gestiones o compras”) refirió no haber tenido ocasión de enfrentarse a ella en las condiciones anotadas. En el primer caso, se le recordaron las pautas de exposi-

ción ya que sólo debía acabar el enfrentamiento cuando su ansiedad fuese ligera o nula en el segundo caso también se le explicó que ella debía “forzar” la situación (por Ej. ir a comprar en horas punta, cuando hay más gente).

Trajo los ítems 7 y 8 descritos. Las situaciones 7ª (“detenerse en la calle a charlar con algún conocido de su pueblo”) y 8ª (“recibir en casa visitas de los amigos de su novio”) estaban bien narradas, sin embargo la 10ª era excesivamente ambigua y corta, por lo que se tuvo que detallar más. Tras ello, se pasó a la exposición de los mismos. El número de exposiciones en imaginación requeridas para superar los ítems séptimo, octavo y décimo fueron respectivamente 4, 3 y 3. En la discusión, la paciente se sorprendió de que le hubiera resultado relativamente fácil superar la escena de la visita a su suegra. Se analizaron con ella las razones hipotetizando que podía deberse a su mayor dominio de las fases de afrontamiento.

Se prescribieron las mismas tareas para casa que la consulta anterior. Además de la exposición en vivo a las situaciones superadas en esta sesión, se hizo especial hincapié en la situación de su suegra recordándole las pautas de exposición. Se marchó de la consulta optimista y confiada en afrontar

con éxito la referida visita. Así se lo indicó a su novio.

SESIÓN 12

Se mostró muy contenta por estar enfrentándose a muchas situaciones sociales, aunque no las anotase además, el haber estado de viaje bastante tranquila había sido para ella un gran logro.

En la exposición a esta situación anotó momentos de ansiedad importantes en las primeras 2-3 horas tras la llegada (los recibimientos y la acomodación), sin embargo, después estuvo en varias reuniones familiares solo con ansiedad ligera. Según refiere Luisa, en el viaje practicó mucho la respiración profunda y las autoinstrucciones. En cuanto al enfrentamiento de las otras situaciones realizó dos exposiciones a la 8^a y ninguna a la 7^a puesto que no tuvo la oportunidad.

En esta sesión se abordó el ítem 9º (*“esperar en la sala de espera de Salud Mental, si hay mucha gente o si está mucho rato”*) el cual se había saltado en la visita anterior, y el 11º (*“hablar directamente con alguien poco conocido, durante más tiempo del previsto”*). Se decidió con la paciente trabajar las dos situaciones conjuntamente exponiéndola en vivo a ellas. Se le sugirió directamente que saliese a la

sala de espera, se sentase e intentase hablar con las personas allí presentes y que cuando empezara a ponerse nerviosa practicase las estrategias de respiración y autoinstrucciones. No debía irse de allí hasta que se sintiese totalmente relajada. Se le iban haciendo visitas periódicas para conocer su estado. Superó la escena después de 35 minutos de enfrentamiento. Según refirió empezó con ansiedad moderada (puntuación 6-7), después le aumentó más (8-9) coincidiendo con el hecho de empezar a conversar y finalmente fue reduciéndose hasta llegar a 1. Tras el ensayo real pasó a la consulta y se discutió con ella la práctica. Reconoció que al principio se asustó y que en un momento estuvo a punto de levantarse e irse, sin embargo resistió y comenzó poco a poco a tranquilizarse respirando y hablándose positivamente. Se le reforzó notablemente el gran esfuerzo que hizo en esta ocasión.

Como tareas se le pidieron las mismas de la sesión anterior, más la descripción de las situaciones 12 -13 y la exposición a las situaciones ya trabajadas. Se le reconoció la dificultad que había en exponerse a este tipo de situación (*“hablar con un desconocido durante tiempo”*) puesto que era difícil de planificar y controlar. De cualquier forma se le pidió que utilizase su imaginación para progra-

mar los enfrentamientos. Además, para la siguiente sesión con el fin de que volviese a exponerse se le dio una hora de visita concurrida y se le solicitó que acudiese intencionadamente temprano y que esperase en la sala.

SESIÓN 13

Refirió haber pasado esos días un poco “agobiada”. Su novio llevaba 3 semanas sin trabajar y sus ahorros eran escasos, además éste la presionaba para que ella buscara trabajo. Comentó sentirse confundida, ya que ahora que estaba solucionando su problema (enfrentándose a muchas situaciones con éxito) la relación con su novio iba peor.

Se revisaron las tareas. Había anotado dos exposiciones al ítem 11° aprovechando un viaje que hizo en tren a Valencia en el que logró establecer una conversación con la compañera de asiento y responder con “soltura” tras ser preguntada por una dirección. En ambos casos apenas sintió ansiedad.

La paciente llegó siguiendo nuestras instrucciones bastante tiempo antes a la visita. Permaneció esperando en la sala en las mismas condiciones que en la sesión anterior. Redujo a 0-1 su ansiedad en unos 20 minutos. Aunque no había tanta gente como en la oca-

sión anterior estuvo conversando durante un buen rato.

Se la expuso en imaginación las situaciones 12^a (“hablar delante de un grupo de personas no conocidas”) y 13^a (“acudir a una entrevista o prueba de trabajo”). Necesitó dos y tres exposiciones respectivamente para superarlas.

Como tareas se le pidieron las mismas que en la sesión anterior, además de las de enfrentarse a estas dos situaciones trabajadas, y también la descripción de la última situación de la lista (ítem 14). Se le recomendó como forma de practicar estas exposiciones (y a la vez, como forma de encontrar trabajo) que revisara diariamente el periódico para ver las ofertas de empleo y las entrevistas/pruebas de trabajo. Se le recordó que en estas exposiciones el objetivo no era tanto que no tuviese ansiedad en estas situaciones, sino que pudiera manejarla en unos niveles bajos y tolerables. Se le dio una cita más espaciada (3 semanas) con el fin de que la paciente tuviera la oportunidad de enfrentarse a estas situaciones.

SESIÓN 14

Informó encontrarse muy bien de su problema de ansiedad aunque estaba algo estresada buscando empleo. La situación de su novio

era la misma y necesitaba trabajar con urgencia.

Sólo se había enfrentado a una prueba de peluquería celebrada dos días antes. Refirió gran satisfacción puesto que si bien, se puso bastante nerviosa al principio, pudo al poco tiempo controlarse (y pudo realizar los peinados sin obstáculos). Se le reforzó este esfuerzo y se le insistió en la necesidad de que siguiese exponiéndose.

No trajo la narración del último ítem (*“desempeñar un trabajo de cara al público”*) justificando no haber tenido tiempo para hacerla por lo que se hizo en la propia consulta (la escena concreta elaborada se refirió al empleo de peluquera). Después se pasó a la exposición imaginada. Necesitó 3 presentaciones para no tener ninguna ansiedad. Al terminar la paciente dijo haber imaginado con claridad la escena y haberse “visto” sin ansiedad mientras trabajaba.

Como tareas se le indicó la exposición en vivo a esta situación abordada y al resto de situaciones. Se recordaron las pautas de exposición en vivo.

SESIÓN 15

Estaba muy optimista porque se había presentado a dos entrevistas (para cuidar a un anciano y para

estar en una tienda) y a una prueba de empleo (de peluquería) sin ansiedad importante. Estaba convencida de que en alguno de estos empleos la llamarían. Informó que no se puso más nerviosa de lo que sería esperable. Se reforzaron estos logros y se le recordó de nuevo que el objetivo era que su ansiedad no se le disparase hasta unos niveles interfirientes.

Se volvió a exponer a la paciente la última escena en imaginación para consolidar los avances. Con dos exposiciones fue suficiente para eliminar su ansiedad. Al acabar la sesión la paciente comentó creer tener superado su problema, puesto que ya no estaba evitando ninguna situación y las situaciones difíciles las manejaba bien.

Se recordaron todas las tareas para casa y se le explicó que se le daría otra vez una cita espaciada de 21 días para ver si en este período tenía suerte de encontrar trabajo y así comprobar como se sentía ejecutando ese empleo.

SESIÓN 16

Se presentó a una nueva entrevista de empleo del INEM, a partir de la cual había conseguido un trabajo de prueba (de dependienta). Llevaba varios días trabajando, y aunque no le gustaba mucho no estaba mostrando síntomas de

ansiedad importantes. Tampoco había tenido en este período momentos de ansiedad relevantes ni había evitado situaciones.

En esta sesión se hizo un resumen de las estrategias trabajadas y se dieron pautas de actuación en caso de recaídas (incluida la posibilidad de contactar de nuevo con la Unidad). Se hizo especial hincapié en que aprovecharse cualquier ocasión para exponerse a las situaciones sociales evitando así conformarse con los logros conseguidos (aunque fuesen muchos). Igualmente, se analizaron con ella los factores que habían influido en el éxito de su tratamiento. Posteriormente se le felicitó por el enorme esfuerzo que había hecho para solucionar su problema y se acordó con ella terminar la terapia.

Finalmente se hizo la evaluación postratamiento y se le dio cita para 3 meses después (primer seguimiento).

SEGUIMIENTOS

En este primer seguimiento la paciente acudió sola. Su aspecto era bueno, estaba sonriente. Asimismo refirió estar muy contenta y orgullosa porque había resuelto su problema. No estaba evitando ninguna situación social es más, estaba ya trabajando en una peluquería

de su pueblo al que se había trasladado a vivir con su novio. Reconoció haber tenido en el trabajo algunos ratos de ansiedad leves -más por estrés de la faena- pero los resolvía bien en pocos segundos. Así pues, mantuvo la mejoría y fue felicitada por ello. Se empleó la sesión para realizar la evaluación correspondiente.

El segundo seguimiento fue a los 6 meses de acabar el tratamiento. Luisa acudió sola. Refirió seguir sin ansiedad ni miedo relevante a las situaciones sociales. Seguía trabajando de peluquera sin problemas. Se volvieron a aplicar de nuevo las pruebas evaluativas.

El tercer y último seguimiento se realizó al año. En esta ocasión acudió con su pareja. Comentó sentirse algo más nerviosa que estos meses atrás debido a la crianza de su hijo de dos meses de edad. A pesar de ello, la paciente reconoció seguir manteniendo la mejoría conseguida respecto a su problema de miedo y ansiedad social. Su esposo ratificó sus palabras. Se realizó una última evaluación y se decidió darle el alta definitivamente.

7. RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados conseguidos (tabla 3).

Tabla 3. Resultados.

PRUEBAS	PRETEST	POSTEST	SESG. 1 (3 m)	SESG. 2 (6 m)	SESG. 3 (12 m)
SEAD (0-24)	A = 11; D = 4	A = 3; D = 1	A = 3; D = 1	A = 3; D = 1	A = 4; D = 1
STAI	ANS = 33 ASR = 60	ANS = 60 ASR = 43	ANS = 33 ASR = 30	ANS = 33 ASR = 23	ANS = 60 ASR = 30
SAD (0-24)	Total = 23	Total = 10	Total = 6	Total = 8	Total = 8
FNS (0-30)	Total = 28	Total = 8	Total = 9	Total = 9	Total = 10
Conducta: Societal de Segura	Conducta: Adaptada = 20% Inhibida = 10% Ansiosa = 20% Inhibid = 3%	Conducta: Adaptada = 0% Inhibida = 20% Ansiosa = 10% Inhibid = 3%	Conducta: Adaptada = 33% Inhibida = 10% Ansiosa = 3% Inhibid = 3%	Conducta: Adaptada = 70% Inhibida = 10% Ansiosa = 10% Inhibid = 3%	Conducta: Adaptada = 70% Inhibida = 20% Ansiosa = 3% Inhibid = 3%
Región de Adaptación de Relaciones y del Corral (0-30)	Laboral = 3 Social = 3 Tiempo libre = 4 Paraja = 1 Vida familiar = 1 Global = 4 TOTAL = 21	Laboral = 2 Social = 1 Tiempo libre = 1 Paraja = 0 Vida familiar = 1 Global = 1 TOTAL = 6	Laboral = 1 Social = 1 Tiempo libre = 0 Paraja = 0 Vida familiar = 0 Global = 0 TOTAL = 2	Laboral = 0 Social = 2 Tiempo libre = 1 Paraja = 0 Vida familiar = 0 Global = 1 TOTAL = 3	Laboral = 0 Social = 1 Tiempo libre = 1 Paraja = 0 Vida familiar = 1 Global = 1 TOTAL = 4

A partir de los datos aportados en la tabla respecto a las pruebas de evaluación complementaria y de los informes verbales de la paciente de las últimas sesiones, es posible concluir que su problema de ansiedad esta resuelto. Luisa ha mejorado significativamente en los diferentes componentes de su conducta problema. Ahora puede controlar fácilmente los pensamientos ansiosos. Igualmente está manejando con eficacia sus síntomas fisiológicos (de hecho desde mediados de la terapia, no ha tenido ningún episodio de ansiedad intenso) y está enfrentándose sin apenas ansiedad a todas las situaciones sociales temidas antes. Su fun-

cionamiento general es normalizado.

8. DISCUSIÓN

El abordaje terapéutico elegido en este caso fue muy exitoso como se ha comprobado al revisar los resultados. Este aspecto es especialmente destacable si consideramos que los niveles de éxito alcanzados por otros autores en el tratamiento de este problema no pasan en general de moderados (Mersch, 1995).

Las estrategias terapéuticas (la exposición en imaginación y en vivo, la respiración diafragmática,

las autoinstrucciones de enfrentamiento y la parada de pensamiento) se seleccionaron en función de un análisis detallado del problema, y coinciden en gran medida con las empleadas por la mayoría de autores en el tratamiento de otros casos de fobia social (por Ej. Echeburúa, 1993; Labrador, 1993; y Espada, 2002).

No se incluyó el entrenamiento en habilidades sociales puesto que no se apreció inhabilidad social en la paciente. Este dato no es acorde con lo que postulan ciertos autores que utilizan el entrenamiento en habilidades interpersonales en la fobia social (Caballo y al. 1997; Merch, Emmelkamp, Bögels y Van der Sleen, 1989).

Dentro del enfoque cognitivo han sido la terapia racional emotiva y las autoinstrucciones las técnicas más empleadas. Los estudios que comparan diferencialmente la eficacia de estos procedimientos reflejan resultados contradictorios. Lo que si se acepta es que por sí solos son ineficaces, teniendo que acompañarse de la exposición.

Por ello parece útil realizar una revisión detallada de los posibles factores responsables de este éxito. Muy importante fue la elevada motivación que la paciente tuvo durante todo el proceso terapéutico que se reflejó en varios aspectos:

no faltó a ninguna de las citas, a pesar de que las primeras entrevistas le resultaron muy aversivas por la propia situación de conversar con una persona desconocida. Practicó regularmente todas las tareas encomendadas y en especial la respiración profunda y las exposiciones programadas.

A continuación señalaremos elementos más concretos que pudieron influir en el éxito del tratamiento, como son los siguientes:

a) Una adecuada conceptualización del problema que favoreció que la paciente lo comprendiese bien. Esto permitió además justificarle el plan terapéutico sin perder de vista los objetivos a conseguir.

b) La práctica repetida en consulta de la respiración profunda (durante 7 sesiones). En este sentido resultó clave la práctica del ejercicio con variaciones (con los ojos abiertos y con abundantes instrucciones de relajación). De esta manera la paciente aprendió un primer método para hacer frente a los intensos síntomas de ansiedad que presentaba, con lo que sus expectativas de autoeficacia aumentaron.

c) De la misma forma, la introducción de la detención del pensamiento le permitió controlar directamente sus ideas negativas anticipa-

torias, con lo que su ansiedad anticipatoria también se redujo.

d) La elaboración de una jerarquía tan pormenorizada permitió seguir un trabajo sistemático de exposición (aunque en ocasiones se tuvo que adaptar a las necesidades y requerimientos de la paciente).

e) Igualmente fue decisivo el hecho de que la paciente supiera imaginar fácilmente y de que captase pronto el procedimiento de exposición en imagen.

f) También favoreció el éxito terapéutico la exposición repetida que le supuso a la paciente las propias visitas a la Unidad (por Ej. en la sala de espera o dentro del despacho con el terapeuta). Esta exposición no programada, si bien al inicio le producía gran ansiedad, después cuando aprendió las técnicas le permitió poder aplicarlas repetidamente.

g) Un último factor pondría ser el hecho afortunado de que la paciente encontrase empleo en poco tiempo, permitiéndole enfrentarse en vivo a la situación más difícil de todas y comprobar así su buena ejecución.

Sin embargo, en el transcurso de la terapia también surgieron dificultades que, si bien no tuvieron

repercusión en el resultado final, cabe mencionarlas:

1. La principal fue la de adaptar las sesiones (sobre todo las iniciales) al estado de la paciente, puesto que se hacía muy complicado trabajar con ella, por la ansiedad tan alta que presentaba (sufriendo incluso crisis de angustia).

2. La laboriosidad que supuso la realización de la jerarquía, ya que sólo se anotó aquellas situaciones sociales más representativas de entre las muchas que temía o evitaba (hay que recordar que su fobia social era generalizada).

3. También se presentaron problemas a la hora de la exposición en vivo a las situaciones de la lista; se hacía difícil que la paciente planificase los enfrentamientos debido a lo incontrolable de las situaciones sociales (por Ej., hablar en la calle con conocidos del pueblo). De hecho, esta es una de las dificultades más nombradas en la bibliografía (Echeburúa y Salaberría, 1996).

En resumen, este caso pone de manifiesto que una fobia social puede mejorar significativamente si se realizan sistemáticas exposiciones a las diferentes situaciones sociales, aunque esto nos lleve bastante tiempo (incluso meses), por la dificultad de programar en la

realidad dicha exposición. Pero también apunta a que es necesario incluir técnicas cognitivas (en este caso autoinstrucciones y parada de pensamiento), como forma de disminuir o eliminar directamente los pensamientos desajustados (reconocidos por otro lado, como básicos en el origen y/o mantenimiento de este trastorno). Además, la adición de procedimientos cognitivos al tratamiento de exposición contri-

buye a dotar al paciente de mayores recursos para hacer frente a las situaciones de estrés y, desde este punto de vista, a reducir la probabilidad de recaídas.

Esto está en la línea apuntada inicialmente ya por Butler (1985, 1989): *la exposición es una condición necesaria, pero puede ser por sí sola insuficiente*, en el tratamiento de la fobia social.

REFERENCIAS

- Agras, S. (1989). *Pánico. Como superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor.
- APA (1994). *DSM-IV; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Manson.
- Baños, R., Botella, C. y Queró, S. (2000). Efectos del entrenamiento en focalización atencional, en la fobia social; Un estudio de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 441-463.
- Bruch, M., Heimberg, R. y Hope, D. (1991). States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 429-441.
- Butler, G. (1980). *A self help treatment programma for social phobia*. Oxford: The University of Oxford.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-659.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Caballo, V., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1* (pp. 25-88). Madrid: Siglo XXI.
- Cano, J., Castro, S. y Ruiz, V. (1999). Evaluación e intervención psicológica en un caso de fobia social. *Psiquis*, 20 (6), 50-54.
- Cautela, J. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Davidson, J., Hughes, D., George, I. y Blazer, D. (1994). The boundary of social phobia. Exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- Di Nardo, P. y Barlow, D. (1988). Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R). *Phobic and Anxiety Disorders Clinic*, New York: State University of New York, Albany.
- Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Espada, J., Quiles, M.^a y Méndez, F. (2002). Terapia cognitiva y exposición mixta en un caso de fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (117), 129-160.
- Heimberg, R. y Barlow, D. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R. y Juster, H. (1995). Cognitive behavioural treatments. Literature review. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope y F. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 261-309). Nueva York: Guilford.
- Hope, D., Heimberg, R. y Bruch, M. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Hope, D., Herbert, J. y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417.
- Labrador, F. (1993). Miedo a hablar en público. En M. Vallejo, E. Fernández-Abascal y F. Labrador (eds.), *Modificación de conducta; análisis de casos*. Madrid: TEA.
- Labrador, F. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Marks, I. (1991). *Miedos, fobias y rituales: Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mattick, R., Peters, L. y Clarke, J. (1989).

Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Mersch, P. (1995). The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 259-269.

Merch, P., Emmelkamp, P. Bögels, S. y Van Der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behavior Research and Therapy*, 19, 1-16.

Moreno, P., Méndez, F. y Sanchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivos conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12 (3), 346-352.

OMS (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Peurifoy, R. (1993). *Venza sus temores, ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robinbook.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995a). Tratamiento psicológico de la fobia social;

un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995b). La exposición como tratamiento psicológico en un caso de fobia social de tipo generalizado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 305-332.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1996). Variables predictoras de abandonos y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social. *Análisis y Modificación de conducta*, 22, 387-407.

Scholing, A. y Emmelkamp, P. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia; effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.

Tran, G. y Chambless, D. (1995). Psychopathology of social phobia: effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 489-501.

Turner, S., Beidel, D., Cooley, M., Woody, S. y Messer, S. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia; social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.

Turner, S., Beidel, D. y Cooley-Quille, M. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 553-555.