



**Universidad
Europea** MADRID

Abordaje de un caso de trastorno por ansiedad social

Máster de Psicología General Sanitaria

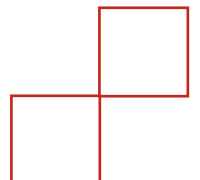
Autora: María Serrano Lalaguna

Tutores: María Teresa Burdalo López y Carlos López Cavada

Marzo de 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

En el presente estudio clínico se expone un paciente con sintomatología compatible con un Trastorno de Ansiedad Social. El paciente acudió voluntariamente en noviembre de 2021. Éste mostraba síntomas de ansiedad, depresión, elevada autocrítica y perfeccionismo. Se le prescribió tratamiento farmacológico con ansiolíticos para reducir la sintomatología por parte de los servicios de atención primaria. El tratamiento psicológico se realizó desde una perspectiva cognitivo-conductual y humanista, aplicando técnicas de psicoeducación, exposición en imaginación, juego de roles con muñecos y técnicas de control emocional mediante respiración. El plan terapéutico ha incluido la evaluación y las sesiones de tratamiento. Hasta el momento el paciente ha acudido a un total de 9 sesiones de una hora de duración y el tratamiento sigue su curso paralelamente al presente trabajo. Al finalizar este estudio, el paciente refiere manifestar un aumento de sintomatología ansioso-depresiva a raíz de acontecimientos recientes, por lo que se considera necesario continuar con el tratamiento para mejorar dicha sintomatología.

Palabras clave: estudio de caso, trastorno de ansiedad social, terapia cognitivo-conductual, terapia humanista.

Abstract

In the present clinical case, a patient with symptoms compatible with Social Anxiety Disorder is exposed. The patient attended voluntarily in November 2021. He presented symptoms of anxiety, depression, high self-criticism, and perfectionism. Pharmacological treatment with anxiolytics was prescribed to reduce symptoms by primary care services. The psychological treatment was carried out from a cognitive-behavioral and humanistic perspective, applying psychoeducation techniques, exposure in imagination, role-playing with dolls and emotional control techniques through breathing. The therapeutic plan has included evaluation and treatment sessions. To date, we have carried out 9 sessions of 1 hour duration, but the patient is still in therapy. At the end of this study, the patient reported showing an increase in anxious-depressive symptoms as a result of recent events, for which it is considered necessary to continue with the treatment to improve said symptoms.

Keywords: case study, social anxiety disorder, cognitive-behavioral therapy, humanistic psychology

Índice

| | |
|--|----------------|
| Resumen | 2 |
| Abstract | 2 |
| 1. Introducción | 5 a 13 |
| 1.1. Conceptualización de la Ansiedad Social..... | 5 - 6 |
| 1.2. Subtipos de Ansiedad Social | 6 |
| 1.3. Criterios diagnósticos de la Ansiedad Social | 6 a 8 |
| 1.4. Factores relacionados con el TAS | 8 - 9 |
| 1.5. Prevalencia | 9 |
| 1.6. Comorbilidad | 10 |
| 1.7. Evaluación..... | 10 a 12 |
| 1.8. Tratamiento | 12 - 13 |
| 2. Identificación del paciente y motivo de consulta | 14 - 15 |
| 2.1. Datos personales | 14 |
| 2.2. Descripción del problema | 14 - 15 |
| 3. Estrategias de evaluación | 16 a 20 |
| 4. Formulación clínica del caso | 21 a 31 |
| 4.1. Hipótesis de origen y mantenimiento | 21 - 22 |
| 4.2. Análisis Topográfico y funcional del Problema | 23 a 26 |
| 4.3. Resultados de las pruebas de evaluación..... | 26 a 28 |
| 4.4. Objetivos de tratamiento | 28 - 29 |
| 4.5. Conductas a implantar y reducir | 30 - 31 |
| 5. Tratamiento | 32 a 36 |
| 5.1. Plan terapéutico | 32 a 36 |
| 5.2. Descripción de las técnicas utilizadas..... | 36 |
| 6. Valoración del tratamiento | 37 a 39 |
| 6.1. Adherencia al tratamiento | 37 |
| 6.2. Consecución de los objetivos | 37 a 39 |
| 7. Discusión y conclusiones | 40 a 43 |
| 8. Referencias bibliográficas | 44 a 48 |
| 9. Anexos | 49 a 51 |

Índice de tablas

| | |
|--|-------|
| Tabla 1. Análisis topográfico de la conducta problema..... | 23-24 |
| Tabla 2. Objetivos y técnicas: Plan terapéutico..... | 28-29 |
| Tabla 3. Cronograma de sesiones | 32-33 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Cadena conductual principal..... | 25 |
| Figura 2. Cadena conductual concreta | 26 |

1. Introducción

1.1 Conceptualización de la Ansiedad Social

Hasta la aparición del concepto fobia social en Marks (1970) no se había llegado a la conclusión de la importancia de este fenómeno en el desarrollo de la vida de las personas. Posteriormente es incluida en el Manual Diagnóstico DSM-III (American Psychiatric Association [APA], 1980), a partir de entonces, la comunidad científica toma en consideración la prevalencia del trastorno como problemática de salud. Con el paso del tiempo se observa como la relación entre la falta de medios para alcanzar un tratamiento eficaz y el desconocimiento general, provocan que no se reconozca la importancia de la presencia del Trastorno de ansiedad social en la sociedad, atribuyendo su sintomatología a otros factores y reduciendo con ello las posibilidades de encontrar mejoras terapéuticas (Alcázar et al. 2002).

La fobia social, actualmente conocida como trastorno de ansiedad social (TAS), se caracteriza por una sintomatología de ansiedad abrumadora y excesiva a causa de su exposición ante otras personas, el temor frente a la interacción con otros y el ser juzgado por los mismos. Se trata de un miedo persistente durante varios meses, que, unido a la consiguiente evitación a relacionarse, les interfiere en todos los ámbitos de su vida (American Psychiatric Association, 2014). El TAS resulta incapacitante si se cronifica e imposibilita a la persona llevar una rutina, pero también teniendo en cuenta que, en origen, su funcionalidad resulta adaptativa, permitiendo a los seres humanos intervenir en relaciones interpersonales.

En diversos estudios (Bados, 2017; Caballo et al., 2003; Grant et al., 2005; Haro et al., 2006) puede comprobarse cómo la edad de aparición de trastornos como la ansiedad social es más temprana que en otros trastornos de ansiedad. En Grant et al. (2005) concluyen que el TAS está asociado a un inicio temprano, tras realizar un análisis con 15000 adolescentes norteamericanos, reflejando los datos un inicio del trastorno en torno los 13 y 15 años. Encuentran antecedentes comunes de timidez e inhibición social, obteniendo esta información gracias a entrevistas con las familiares.

Así mismo, en Bados (2017) se informa que la adolescencia puede tratarse como el periodo crítico donde tienden a iniciarse y desarrollarse trastornos como la ansiedad social, siendo importante cómo la persona con este trastorno percibe evaluaciones negativas

ajenas, y lo relevante que es para el curso del trastorno que estas evaluaciones provengan de familia y círculo cercano. Es en esta etapa también cuando son evidentes la ausencia de habilidades y estrategias de afrontamiento, y su relación con respecto al desarrollo de estos trastornos, teniendo en cuenta las jerarquías sociales de dominancia que suelen presentarse en la adolescencia.

1.2. Subtipos de Ansiedad Social

Conociendo la variabilidad de situaciones que desencadenan el trastorno por ansiedad social, y los diferentes subtipos que se hayan podido considerar, actualmente y en base al DSM-5 (APA, 2014) y al CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2019), se valora únicamente un subtipo de TAS, el trastorno de ansiedad social por actuación (APA, 2014).

Tal y como indica la APA (2014) las personas que tienen trastorno de ansiedad social por actuación padecen miedo a exponerse a actuar ante otras personas, típicamente frecuente ante ejercicios de carácter profesional y que pueden resultarles incapacitantes, como pueden ser el caso de músicos o actores, entre otros (APA, 2014). También pueden darse en aquellas personas que requieran de tener que hablar en público de forma habitual. Los individuos que padecen trastorno de ansiedad social por actuación lo manifiestan en el trabajo o ámbito académico, y este miedo o incapacitación para hablar no se presenta en otras actividades sociales, por lo que estas personas no evitan relacionarse con otros ni evitan situaciones sociales sin actuación.

1.3. Criterios diagnósticos de la Ansiedad Social

Las clasificaciones diagnósticas del Trastorno por Ansiedad Social (TAS) pueden encontrarse en dos manuales de referencia: el DSM-5 (APA, 2014) y el CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2019). A este respecto, para su diagnóstico, se deben presentar en la persona los siguientes síntomas, encontrados como criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2014):

A) Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas),

ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). (p.202)

B) El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). (p.202)

C) Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. (p.202)

D) Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. (p.202)

E) El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. Así mismo, el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. (p.203)

G) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (p.203)

H) El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. (p.203)

I) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista. (p.203)

J) Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos. (p.203)

En el manual CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2019) se comparten criterios similares como el temor o ansiedad excesiva que acontece a la persona tras exponerse a situaciones sociales donde tenga que interaccionar, ser observado o juzgado por otros. Además, la persona también se preocupa por actuar de determinada manera para no exponer los síntomas de ansiedad que puedan surgir y que provoquen una evaluación negativa de los demás. Por tanto, se rehúye de manera continuada estas situaciones o se soportan con una ansiedad elevada. Así mismo, también comparten duración de la

sintomatología, perdurando durante varios meses y causando gran malestar en todos los ámbitos de la vida y afectando al funcionamiento del individuo.

1.4. Factores relacionados con el TAS

Existen varios factores relacionados con el inicio, expresión y curso de trastornos como la ansiedad social que ayudan a comprender tanto la sintomatología como el pronóstico del paciente (González-Blanch et al., 2021). El perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre son dos factores asociados a la ansiedad social. El primero se caracteriza por una presencia de estándares excesivamente altos e irracionales sobre la ejecución de la conducta y los resultados. Consideran la intolerancia a la incertidumbre como reacciones cognitivas y emocionales negativas ante eventos inciertos y habitualmente presentes en el TAS.

En Caballo et al. (2018) e Iancu et al. (2015) se recoge la relación entre autoestima y ansiedad social, donde el nivel de autoestima puede ser determinante para el desarrollo del TAS, de tal forma que los pensamientos autodevaluadores conducen al inicio del trastorno. Se observa que los sujetos con baja autoestima tienen mayor predisposición a sufrir ansiedad, mientras que las acciones positivas se relacionan con una mejora de la autoestima.

Del mismo modo, Caballo et al. (2018) encuentran evidencias de relación, aunque en menor medida, entre ansiedad social y falta de habilidades sociales. A partir de estos datos se observa la falta de investigaciones al respecto, y de llevarse a cabo, podrían acordarse estrategias beneficiosas que potenciasen la mejora en terapia.

Además de las relaciones anteriormente encontradas, en estudios como en Iancu et al. (2015) y Shahar et al. (2015), se observan evidencias de la fuerte correlación entre autocrítica y ansiedad social, estableciendo que los niveles de autocrítica del paciente pueden actuar como medida de la gravedad del trastorno, siendo la autocrítica un proceso automatizado a través de la historia de aprendizaje del individuo. Posteriormente, Werner et al. (2019) concuerdan con Iancu et al. (2015) y Shahar et al. (2015) en considerar la presencia de la autocrítica en diversos trastornos mentales, y en tenerla en cuenta como como factor de vulnerabilidad para el desarrollo del TAS, trabajando en la toma de

conciencia de la autocrítica como estrategia de afrontamiento, además de la reestructuración de pensamientos acompañada de las técnicas de relajación.

1.5. Prevalencia

Según el Sistema Nacional de Salud (SNS, 2020), en los últimos datos el trastorno de ansiedad es el problema de salud mental más frecuente en la población española, con un 6,7% del total de población, siendo la problemática más frecuente entre los 35 y 84 años, con una prevalencia por género de un 88,4% en mujeres y un 45,2% en hombres.

En España, los trastornos de ansiedad alcanzan una prevalencia al año de haber obtenido el diagnóstico de un 6,2%, mientras que los datos tras varios años aumentan a un 9,4%, siendo su presencia más frecuente en mujeres que en hombres, reduciéndose esta diferencia en el TAS, que además, tiene un índice de prevalencia del 0,6% al año de obtener el diagnóstico, y de un 1,2% tras varios años (Haro et al., 2006). Sevillá y Pastor (2003) refieren que, en España, las personas con diagnóstico de TAS acuden a terapia entre 6 y 20 años después de estar sufriendo el problema, aludiendo a la presencia habitual de tres mecanismos de adquisición para justificar esta tardanza en acudir a terapia: déficit de habilidades sociales, aprendizaje de creencias disfuncionales y ansiedad condicionada.

En un estudio posterior, Stein (2017) observa que en el caso de la ansiedad social hay una prevalencia del 4% a lo largo de la vida y de un 2,4% en los últimos 12 meses, comprobando como a lo largo de los años es uno de los trastornos de salud mental más prevalentes e incapacitantes percibidos por la población.

La pandemia mundial del virus SARS-CoV-2 ha afectado a la salud mental de la población mundial, tal y como se observa en el estudio de Cénat et al. (2020), donde se detecta una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, y se obtienen cifras de entre el 14 al 61% sobre personas que han padecido trastornos mentales durante su contagio, y de un 14,8% al 76,9% que experimenta problemáticas similares posteriormente. En dicho estudio refieren que “en comparación con lo observado en el último estudio de la OMS sobre trastornos de salud mental, la prevalencia de depresión en población afectada por la enfermedad COVID-19 es tres veces mayor (15,97%) que en la población general (4,4%); mientras que es cuatro veces mayor para la ansiedad (15,15% frente a 3,6%)”. (p. 13)

1.6. Comorbilidad

La ansiedad social suele presentar comorbilidad habitualmente con la depresión, con otros trastornos de ansiedad, con trastornos de la personalidad, y especialmente con el trastorno de la personalidad dependiente, evitativa y obsesivo compulsiva (APA, 2014). El TAS suele aparecer, generalmente, precedido a otros trastornos. También suele presentar comorbilidad con el consumo de sustancias (alcohol y drogas), aunque esta presentación suele asociarse como un tipo estrategia de afrontamiento (Salaberría y Echeburúa, 2003).

Siendo el TAS habitualmente comórbido con la depresión, o trastorno depresivo mayor, es necesario argumentar el diagnóstico diferencial con respecto a este trastorno. A los individuos con trastorno depresivo mayor les preocupa que los demás les evalúen negativamente porque sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos. Por otro lado, a las personas con TAS les preocupa la evaluación negativa por parte de otros acerca de ciertos comportamientos sociales o síntomas físicos referentes a su sintomatología (APA, 2014).

La delimitación y por tanto, diferencia entre timidez y fobia social es relevante en el presente estudio dadas las características del paciente y la información referida. Por ello, se especifica que en ambos casos está presente el temor a situaciones sociales y el miedo exacerbado a las críticas, pero la principal distinción es que en la fobia social su curso es más cronificado y llega a interferir en la vida cotidiana, mientras que en el caso de la timidez se trata de episodios transitorios (Salaberría y Echeburúa, 2003).

1.7. Evaluación

Siendo la ansiedad social uno de los trastornos más frecuentes y con mayor auge en la sociedad, tal y como refieren Bados (2017) y Caballo et al. (2003), es necesario abordar la importancia de contar con instrumentos de evaluación válidos y fiables. Estos mismos autores relatan la importancia de considerar los diferentes canales de expresión de la ansiedad social: verbal-cognitivo, conductual-motor y psicofisiológico. Siendo estas áreas relevantes en todo proceso de investigación de cara a realizar la evaluación más exhaustiva y rigurosa posible, obteniendo información de cada una. Por ello, la entrevista clínica es relevante para obtener mayor cantidad de información acerca del trastorno en cuestión.

En la evaluación del trastorno de ansiedad social encontramos varios cuestionarios y escalas estandarizadas, siendo las más utilizadas para el tratamiento del trastorno por ansiedad social aquellas que se han visto recogidas en Bados (2017), Caballo et al. (2003) y Caballo et al. (2013):

- 1) La Escala de Ansiedad ante la Interacción social (SIAS; Mattick & Clarke, 1998), utilizada para medir la gravedad de la ansiedad social y sus síntomas asociados al inicio y mantenimiento de interacciones sociales. Se trata de un cuestionario tipo Likert ampliamente utilizado y que consta de 20 ítems con 5 opciones de respuesta. Se suele utilizar de manera complementaria junto con la Escala de fobia social (SPS; Mattick & Clarke 1998), midiendo esta última el nivel de ansiedad asociado a la observación por parte de otras personas mientras se lleva a cabo la tarea. El SPS consta de 20 ítems con 4 opciones de respuesta tipo Likert. En Bados (2017), Caballo et al. (2003) y Caballo et al. (2013) se evidencian las adecuadas propiedades psicométricas de ambas pruebas.
- 2) El inventario de ansiedad y fobia social (SPAI; Turner, et al. 1989) considera las manifestaciones del paciente a nivel cognitivo, somático y conductual. Está formado por 45 ítems distribuidos en dos subescalas, una de fobia social con 32 ítems y otra de agorafobia con 13 ítems, contando dicha escala con 7 opciones de respuesta. En cuanto a sus propiedades psicométricas, Caballo et al. (2003) y Caballo et al. (2013) informan de adecuados niveles de fiabilidad test-retest y consistencia interna.
- 3) La escala breve de fobia social (SPIN; Connor et al. 2000) es un tipo de escala que evalúa la presencia o gravedad de distintos síntomas compatibles con ansiedad social durante la última semana, mostrando sensibilidad al cambio. Cuenta con 17 ítems evaluados en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. En su estudio, Caballo et al. (2013) refieren de una buena fiabilidad test-retest y adecuados niveles de consistencia interna para el total de la escala.
- 4) La escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS; Liebowitz, 1987). fue la primera escala llevada a cabo para evaluar el nivel de temor y evitación de las situaciones sociales emitidas por el paciente, posteriormente modificada para su uso como autoinforme. Esta escala tipo likert está formada por 24 ítems con 4 opciones de respuesta. Caballo et al. (2003) y Caballo et al. (2013) informan de buenos índices de

fiabilidad test-retest y adecuadas consistencia interna y validez convergente y discriminante.

1.8. Tratamiento

En Sevilla y Pastor (2003) refieren en su estudio la importancia del abordaje de la ansiedad social bajo el respaldo de técnicas cognitivo-conductuales, abogando por fomentar el uso de estas técnicas como vía principal de tratamiento del TAS. El entrenamiento en habilidades sociales, la terapia de exposición y otras técnicas cognitivas, con gran éxito tanto en ansiedad social como en ansiedad generalizada, son algunas de las referidas también por Salaberría y Echeburúa (2003) y Baeza (2007).

En González-Blanch et al. (2021) encuentran que las técnicas cognitivo-conductuales son las más eficaces en cuanto a trastornos de ansiedad, refiriendo también que la terapia psicológica tiene más superioridad a largo plazo que la terapia farmacológica, cuyo uso es frecuente, como ya se ha visto en Sevilla y Pastor (2003). En González-Blanch et al. (2021) también se pueden observar las diferentes terapias utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como: terapias conductuales, cognitivas, cognitivo-conductuales, metacognitivas y contextuales. Estas últimas se utilizan cada vez más en el tratamiento de fobias específicas, concretamente la terapia basada en mindfulness. Salaberría y Echeburúa (2003) aclaran que siempre hay que tener en cuenta las características y necesidades del paciente a la hora de escoger terapia y técnica más beneficiosas.

En el presente trabajo también se incorporaron técnicas de carácter humanista, basándonos en la efectividad del tratamiento utilizado en estudios como el de Jin-Ming (2011) realizado en población adolescente. El autor refiere que, abordando aspectos cognitivos, conductuales y emocionales del paciente, se logra obtener un efecto satisfactorio en cuanto a la remisión del TAS. En Timulak (2018) se arroja evidencia sobre el beneficio del uso de la terapia humanista en cuanto a la identificación de emociones para superar la vulnerabilidad, sintomatología ansiosa y contar con habilidades de afrontamiento de la evitación. El uso de esta terapia se centra en la aceptación y redirección de las emociones por encima de la superación de los síntomas.

A través de los estudios de Caballo et al. (2018) se realiza la importancia de incluir el fomento de la autoestima en el tratamiento del TAS, observándose cómo las personas

evaluadas refieren devaluaciones en cuanto a sus logros, enfatizando sus fracasos. Estos autores concluían que a medida que disminuía la ansiedad social de los pacientes en tratamiento, mejoraba su autoestima.

A continuación, se presenta el caso clínico del presente estudio, tratándose de un caso de TAS donde se van a identificar los factores relacionados con la ansiedad social y aquellos prominentes en el paciente. Es relevante mencionar que, dado que su sintomatología ansiosa se vio cronificada por el confinamiento a raíz de la pandemia mundial de la enfermedad del COVID-19, decide acudir de a tratamiento psicológico. Se trata de un caso evaluado atendiendo a pruebas específicas de ansiedad social, además de pruebas generales de ansiedad y depresión, dado el historial sintomatológico del paciente. La intervención se ha realizado en base a una corriente cognitivo-conductual y humanista, llevando a cabo en sesión la utilización de técnicas de ambas perspectivas.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

2.1. Datos personales

Con el objetivo de salvaguardar la identidad del paciente y en cumplimiento del código deontológico profesional y de la Ley Orgánica de Protección de Datos, se hará referencia a su identidad a través del nombre ficticio Fernando.

Fernando es un joven de 27 años graduado en Administración y Dirección de empresas y con un Máster Universitario en Administración de empresas. En el momento de consulta está sin trabajo y en búsqueda de empleo. Reside en la comunidad de Madrid con sus padres, ambos trabajadores en activo, y cuenta con una hermana mayor ya independizada con su pareja y un hijo. Como motivo de consulta refiere ansiedad social, especificando sus dificultades para relacionarse con desconocidos y personas de su entorno.

2.2. Descripción del problema

Fernando refiere que lleva acudiendo al psicólogo desde 4º de ESO por dificultades para socializar con otros, llegando a encerrarse en los baños para no tener que hablar con nadie. Menciona que tiene un grupo de amigos reducido que mantiene desde la educación primaria, donde se siente integrado, refiriendo también no tener más amistades añadidas a ese grupo. En reuniones sociales tiende a adoptar un rol gracioso para desinhibirse y hablar con los demás, ejerciendo gran presión sobre sí mismo para cumplir con las expectativas.

Estudiando la carrera refiere mantener sintomatología ansiosa pero sin agravarse. Al irse a trabajar un año a otro país, tuvo sintomatología compatible con ansiedad social y depresión, llegando a tener esporádicamente pensamientos de ideación suicida tras el aislamiento en el que estaba inmerso debido al idioma y a sus propias dificultades socio-comunicativas. Al regresar de esta estancia, se produjo el confinamiento por la pandemia mundial del virus SARS-CoV-2, percibiendo un agravamiento de los síntomas, motivo por el que acudió al médico y le recetó un antidepresivo, que actualmente sigue tomando.

En cuanto a la relación con su familia, presenta severas dificultades para relacionarse con ellos ya que refiere sentirse juzgado sin poder “ser él mismo”. Refiere tener mejor relación con su madre pero también ella es demasiado protectora con él, llegando a tener mensajes manipulativos como: “si vives en esta casa y te hago comida lo mínimo es que me des cariño”. También manifiesta tener una relación distante con su padre, sin aficiones en

común, a la par que mantiene poco contacto con su hermana ya que esta “tiene su vida”. Recuerda que la conducta protectora de su madre comenzó tras un accidente cuando él tenía 5 años. Se rompió una pierna y estuvo 3 meses hospitalizado, adoptando ella un rol sobreprotector que perdura hoy en día y que es aceptado por la familia. Menciona no acudir a la casa familiar del pueblo, donde suelen reunirse con otros miembros de la familia, para no relacionarse con más personas.

Los objetivos planteados por el cliente al iniciar la consulta son tener más habilidades de afrontamiento, refiriendo que quiere “dejar de refugiarse en la nostalgia y tristeza cada vez que no pueda afrontar una situación, también le gustaría ser él mismo con su familia y no verse obligado a fingir, tener más seguridad en sí mismo y no requerir del aislamiento para evitar los problemas”.

3. Estrategias de Evaluación

En el presente trabajo se realizaron 9 sesiones de tratamiento. La evaluación psicológica se desarrolló a través de información obtenida en sesión mediante entrevistas, observación de conductas clínicamente relevantes, pruebas estandarizadas y registro de conducta.

En la fase inicial pretratamiento se establecieron los objetivos terapéuticos con el paciente, forjando en sesión la alianza terapéutica necesaria para el desarrollo del proceso y una correcta adhesión al tratamiento. También se obtuvo información acerca de las conductas problema para contextualizarlas y poder establecer hipótesis de origen y mantenimiento que se tendrán en cuenta a lo largo del tratamiento. Por otro lado, la evaluación durante el tratamiento se llevó a cabo mediante un registro de conducta, para evaluar la consecución de las conductas del paciente y valorar su evolución durante el tratamiento, puesto que no se realizó una valoración post-tratamiento al continuar este paralelamente al presente estudio.

El plan de evaluación del presente estudio se llevó a cabo utilizando diversas técnicas de evaluación descritas a continuación.

- Entrevista no estructurada: permitió recoger información relevante para el caso, en cuanto a áreas tanto del origen como desarrollo de las problemáticas referidas por el cliente, así como verbalizaciones que fomentaban el mantenimiento del problema.
- Observación conductual en sesión: permite obtener información acerca de las condiciones de aparición de las conductas registradas, como por ejemplo no mantener la mirada o verbalizaciones autocríticas, registrando frecuencia de aparición y momentos en concreto. También se consigue información sobre sucesos que pueden favorecer el mantenimiento de las conductas, y toda información referente a la conducta del paciente en sí misma.
- Pruebas estandarizadas: se aplicaron varios cuestionarios durante las últimas dos sesiones de evaluación, empleados como medida del estado inicial del paciente. Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes:
 - **Escala de autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1965). Cuestionario para la evaluación de la autoestima personal entendida como los sentimientos de

valía personal y de respeto a sí mismo. En base a los datos obtenidos por Vázquez et al. (2004) se observa una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.87, y una fiabilidad de entre 0.82 y 0.88, con resultados similares a los originales estimados por Rosenberg (1965).

- **Inventario de asertividad (RAS; Rathus, 1973).** Siendo una herramienta autoaplicable y diseñada para evaluar el grado de asertividad en diversidad de situaciones y con carácter autoexpresivo. En su estudio, Caballo et al. (2014) observan que esta escala muestra una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.82, y un 0.80 de fiabilidad de las dos mitades de Guttman.
- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al 1983).** Cuestionario de autoevaluación para evaluar tanto el estado emocional de ansiedad transitoria como de una propensión ansiosa. Estos autores observaron una buena consistencia interna de la prueba, con índices de entre 0.83 y 0.92. Posteriormente, Ortuño-Sierra et al. (2016) observaron una alta consistencia, con datos en alfa de Cronbach de 0.98 en muestra no clínica y 0.94 en muestra clínica. En cuanto a fiabilidad test-retest obtuvieron datos de 0.81 para la muestra no clínica y 0.93 para la muestra clínica.
- **Inventario de fobia o ansiedad social (SPIN; Connor et al. 2000).** Herramienta de carácter autoaplicada en el que se reflejan varios ítems asociados a fobia social. Dichos autores establecen una consistencia interna de 0.87 a 0.94 en sujetos con ansiedad social y de 0.82 a 0.90 en personas sin ella, además de una fiabilidad test-retest de 0.78 a 0.84 en personas con ansiedad social, siendo igualmente demostrada su sensibilidad al cambio tras el tratamiento.
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI- II; Beck et al., 1996).** Inventario de evaluación breve de la existencia y severidad de síntomas depresivos, formado por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta valoradas del 0 al 3 y ordenadas de mayor a menor gravedad en sintomatología, y con una puntuación que oscila entre 0 y 63 puntos. Estos mismos autores encuentran una alta consistencia interna de la prueba, con un coeficiente de alfa de 0.89 y una fiabilidad test-retest de 0.78.

- **Escala de miedo a la evaluación negativa** (FNE; Watson & Friend, 1969). Escala para evaluar los pensamientos relacionados con la evitación, y presentados en personas con ansiedad ante situaciones que exigen una interacción social. Está compuesta por 30 ítems de tipo dicotómico con puntuaciones entre 0 y 30. Estos autores encontraron que dicha escala tiene una fiabilidad test-retest de 0.84, y un estructura unidimensional con un solo factor denominado “miedo a la evaluación negativa” y que presenta una consistencia interna de 0.94, tal y como refieren Zubeidat et al. (2007) observando resultados similares en su estudio.

La entrevista siguió progresivamente un modelo semi estructurado, con preguntas dirigidas por la terapeuta para recoger información referente a aspectos relevantes de la vida del paciente que se van a relatar a continuación, siendo habitual comenzar por un modelo no estructurado para continuar por uno semiestructurado (Oliva, 2013).

Área familiar: sus padres y su hermana residen en Móstoles, y se suelen reunir con el resto de la familia en la casa familiar de Extremadura. Tiene una relación más cercana con su madre, aunque refiere que ejerce un rol sobreprotector con él desde que estuvo ingresado en el hospital con 5 años, tras lo cual, él solo quería estar con ella porque se sentía indefenso. Actualmente sigue manteniendo ese rol, aspecto que él rechaza, refiriendo necesitar su propio espacio. Con su padre y su hermana mantiene una relación más distante, refiriendo que la comunicación no es fluida y apenas realizan actividades en común. Considera a su padre una persona con pocas inquietudes culturales, al contrario que él, por lo que no suelen pasar tiempo juntos. La relación con su hermana se ha enfriado por algunas discusiones, a juicio del paciente a raíz de que esta acude a la casa familiar con el objetivo de conseguir favores de su madre. Con el resto de su familia, refiere no sentirse cómodo siendo él mismo y por ello evita ir a reuniones o, de acudir, tiende a aislarse, considerando su pueblo de Extremadura como hostil por tener que acudir a dichas reuniones. Estaba muy unido a su abuela materna, que falleció estando él en el extranjero, y su familia se lo ocultó para no preocuparle, afectándole cuando se enteró de su fallecimiento. Considera que el proceso de duelo está resuelto, aunque no puede ver fotos suyas y se entristece al pensarlo.

Área sentimental: actualmente se declara como bisexual, con ligera preferencia por los hombres, habiendo tenido experiencias con ambos géneros. Mantuvo una relación durante dos años con una mujer, considerándola como una relación tormentosa que le perjudicó, generándole más dificultades para socializar. En la actualidad está soltero, sin intención de encontrar pareja, aunque suele utilizar una aplicación de citas para conocer gente.

Área laboral: su primera experiencia laboral comenzó al finalizar la carrera, cuando decidió irse un año al extranjero, donde estuvo teletrabajando en una empresa de carácter internacional en el ámbito de la economía. Al finalizar el contrato, regresó a España y decidió cursar un máster para especializarse en Administración de empresas, y al graduarse, comienza a buscar trabajo, trabajando finalmente para una importante entidad bancaria española durante un año. Al acabar dicho contrato, comienza a buscar empleo nuevamente en entidades bancarias de carácter internacional. Actualmente trabaja para una empresa de gran renombre, en el ámbito de la bolsa, no encontrándose realmente satisfecho con su trabajo y con la perspectiva de cambio.

Relaciones sociales: refiere haber tenido dificultades desde pequeño para socializar y tener amigos. Mantiene un grupo de amigos desde educación primaria, refiriendo sentirse integrado. Tanto en el colegio como en el instituto, por temor a exponerse públicamente, adopta un rol cómico, reduciéndose su sintomatología ansiosa, y adoptando otras estrategias como esconderse en el baño en repetidas ocasiones para evitar relacionarse con otras personas. Describe la etapa universitaria como la mejor de su vida ya que acudía a las clases y no se sentía obligado a relacionarse. Tras vivir en otro país, cursa un máster, viviendo con sufrimiento la experiencia a causa de mantener la sintomatología ansiosa que llevaba acarreado desde la mudanza. Actualmente se relaciona poco con amigos y con familia, aunque cuando refiere encontrarse mejor suele salir a cenar o a locales de ocio nocturno, no siendo lo habitual. Prefiere quedarse en casa jugando con el ordenador.

Actividades y aficiones: refiere haber tenido siempre aficiones relacionadas con quedarse en casa, como jugar al ordenador, leer y ver películas. Le gustan los pasatiempos relacionados con la cultura y la música. Habitualmente escucha música, podcast y va al gimnasio porque le relaja, y refiere que se reduce su sintomatología ansiosa.

Salud: a los cinco años se rompió la pierna y pasó tres meses en el hospital, siendo un hecho traumático para él. Tras ello, refiere haberse vuelto más inseguro. Menciona que este suceso marcó el desarrollo de sus habilidades sociales, ya que prefería quedarse en casa con su madre, sintiéndose protegido por ésta. En 4º de ESO va al psicólogo con demanda de dificultades para socializar y elevada ansiedad, terminando su tratamiento psicológico después de un mes y no volviendo a acudir. Continuamente refiere que estar un año en el extranjero fue la peor etapa de su vida, sin socializar con nadie durante meses, y al estar teletrabajando, no sentía la necesidad de salir de casa. Refiere haberse pasado día enteros sin salir de la cama, y no utilizar el teléfono por no querer hablar con nadie ni preocuparles. A su regreso a España, acude a su médico de familia y éste le receta un antidepresivo que continúa tomando actualmente. Meses después, tras comenzar el máster, decide acudir al psicólogo hasta la actualidad.

4. Formulación clínica del caso.

Para poder realizar el análisis de un caso, es importante tener en cuenta tanto la variable de origen como de mantenimiento. La *hipótesis de origen* trata de reflejar cómo surgió la conducta problema teniendo en cuenta elementos contextuales presentes al comienzo del problema. La *hipótesis de mantenimiento* aporta información sobre por qué la conducta problema se sigue produciendo en la actualidad, es decir, relata los elementos que la han reforzado o que han evitado que se extinga.

4.1. Hipótesis de origen y mantenimiento

Hipótesis de origen:

La problemática referida por el paciente se remonta a la infancia. Refiere que su ingreso hospitalario a la edad de 5 años unido a la sobreprotección materna le generó más ganas de quedarse en casa y no relacionarse con otros (refuerzo negativo). Relata que en primaria no hacía planes fuera del colegio, quedándose en casa jugando al ordenador, y refiriendo que le gustaba estar solo a pesar de tener un grupo de amigos. Mantiene que le generaba mucho estrés tener que hablar en público en el colegio y socializar con compañeros, y que evitaba ese tipo de situaciones (refuerzo negativo), ocultándose en el baño del centro en algunas ocasiones hasta que se calmaba. En el colegio tiene una experiencia en el que al hablar en público dice una frase graciosa ante la que sus compañeros se rieron, y desde entonces adopta la estrategia de decir frases graciosas para integrarse dentro de un grupo (refuerzo positivo).

Estas situaciones referidas por el paciente, unidas a sus altos niveles de autoexigencia, perfeccionismo, necesidad de aprobación constante, elevada autocrítica y necesidad de control constante, se resumen en unos factores de vulnerabilidad predisponentes a sufrir ansiedad social. Tales factores son referidos por Lancu et al. (2015) en su estudio, describiendo la ansiedad social por la presencia de pensamientos negativos del individuo que concuerdan con características potenciales como baja autoestima, baja autoeficacia, alta dependencia y elevada autocrítica.

El momento de mayor intensidad en la sintomatología presente en el paciente se produce cuando realiza un viaje para una estancia en el extranjero, donde debido a la barrera idiomática y a sus factores de vulnerabilidad anteriormente mencionados, termina

por aislarse en su domicilio (conducta de evitación, refuerzo negativo). Según refiere recordar el paciente, en aquel momento presenta síntomas subclínicos afines a trastorno por ansiedad social y trastorno depresivo mayor: insomnio, retraso psicomotor, sentimiento de inutilidad y disminución de la capacidad de concentración, anhedonia, ansiedad a exponerse a cualquier situación social, pensamientos catastrofistas acerca de posibles experiencias negativas de carácter social.

Hipótesis de mantenimiento:

En el análisis que se muestra a continuación constan las conductas problema de Fernando, destacando su alto nivel de autoexigencia y pensamientos negativos (intrusivos), además de su falta de habilidades de afrontamiento y la realización de las conductas desadaptativas descritas en el análisis.

Debido al empleo de estrategias de evitación, el paciente no ha logrado instaurar estrategias de comunicación asertivas. Por ello, ante situaciones sociales tiende a evitar situaciones que le generen malestar, huyendo de las mismas (evitación experiencial), y realiza conductas desadaptativas (ensaya su discurso compulsivamente antes de hablar, dedica tiempo de descanso a trabajar, no hablar o rechazar a su familia, no mantiene la mirada) en todos los ámbitos, que derivan en una reducción de su ansiedad (refuerzo negativo), le genera un aumento de la sensación de control y seguridad sobre la situación (refuerzo positivo) y un nivel de desahogo del malestar emocional (refuerzo negativo). De esta forma, se mantiene la conducta problema de evitar situaciones ansiógenas y los pensamientos negativos (intrusivos) recurrentes.

A largo plazo no se reducen estos niveles de autoexigencia ni pensamientos negativos, que le preocupan y que le provocan el malestar, por lo que continúa evitando enfrentarse a estas situaciones o, de hacerlo, pone en marcha estrategias poco adaptativas y que le impiden solucionar las conductas problema. De esta forma, a largo plazo se ven empobrecidas sus relaciones familiares y sociales, manifestando el paciente su tristeza y por tanto nuevamente un aumento del malestar.

4.2. Análisis topográfico y funcional del problema

Tabla 1.*Análisis topográfico de la conducta problema.*

| Antecedentes | Conducta | Consecuentes |
|--|---|---|
| Lejanos | Nivel cognitivo | Corto plazo |
| - Externos | <u>Alto nivel de autoexigencia</u> | Disminución de la ansiedad (Ref -) |
| Sobrepotección materna | “Tengo que ser más sociable para encajar”. | Desahogo (Ref -) |
| Gusto por juegos más solitarios en casa | “Si soy el gracioso del grupo les voy a caer bien”. | Aumento de la sensación de seguridad (Ref +) |
| Iniciar o mantener conversaciones | “No quiero parecer estúpido”. | Largo plazo |
| Interactuar con figuras de autoridad | <u>Pensamientos negativos anticipatorios</u> | Menos relaciones sociales (Castigo -) |
| Conocer a gente nueva | <u>anticipatorios</u> | Menos amigos (Castigo -) |
| Recibir críticas | “Me pondré rojo” | Baja autoestima (Castigo -) |
| - Internos | “Me pondré a temblar y se van a dar cuenta” | Bajo estado de ánimo (Castigo -) |
| Déficit de asertividad | <u>Pensamientos negativos autocríticos</u> | Aumento de la autocrítica (Castigo +) |
| Próximos | <u>autocríticos</u> | Agotamiento mental (Castigo -) |
| - Externos | “Voy a hacer el ridículo”. | Empeoramiento relación con su familia (Castigo -) |
| Relacionarse durante reuniones familiares | “No estoy siendo claro y no me van a entender”. | Rechazo de los otros (Castigo +) |
| Asistir a fiestas | <u>Pensamientos negativos perfeccionistas</u> | Incremento de la activación en situaciones sociales (Castigo +) |
| Tener contacto cercano con sus padres (hablar y/o abrazar) | <u>perfeccionistas</u> | Aumento del malestar en ámbitos sociales (Castigo +) |
| Realizar actividades de ocio con sus padres | “Lo voy a hacer mal” | |
| Dar un discurso o charla | Nivel fisiológico | |
| | Taquicardias, palpitaciones, | |

| | |
|---------------------|---|
| Rechazar peticiones | temblor, ruborización, |
| Recibir críticas | sudoración, dolor en el pecho, cefalea, llanto. |

- **Internos**

| | |
|---|---|
| Pensamientos anticipatorios previos a la situación, rumiación que perpetúa incertidumbre. | Nivel motor No quedar con sus amigos. No utilizar el teléfono móvil. Tiempo de descanso para trabajar. |
| Carencia de habilidades alternativas de toma de decisiones | No mantiene la mirada. Conductas de escape y evitación de la situación: no asistir a reuniones sociales, Irse del lugar sin dar explicación, aislarse, no hablar con su familia o rechazarles. Cuenta chistes o anécdotas graciosas sin control. Ensayo su discurso antes de hablar. Tomar pastillas. |

Para analizar funcionalmente el comportamiento del paciente y entender qué está manteniendo dicho comportamiento, realizamos un análisis funcional mediante cadenas conductuales de las conductas objeto del tratamiento.

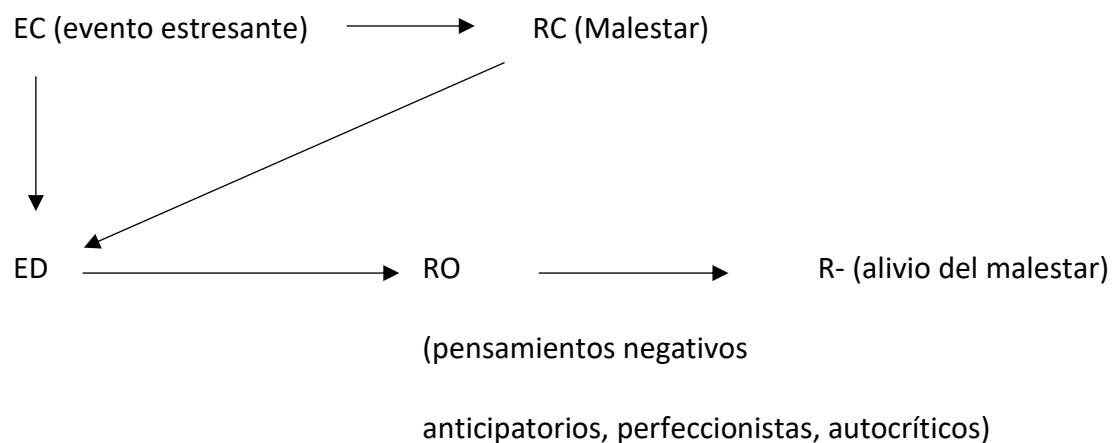
A continuación, se presenta la principal cadena funcional que resume las conductas del paciente que se pretenden trabajar en sesión, siguiendo todas ellas el mismo patrón de sintomatología ansiosa y una respuesta de evitación de la problemática referida como estrategia de afrontamiento del problema. Dichas conductas son: no mantener la mirada, pensamientos negativos anticipatorios, perfeccionistas y autocríticos, contar chistes o

anécdotas graciosas sin control, taquicardias, sudoración, llanto y otras respuestas a nivel fisiológico, no quedar con amigos y no relacionarse con su familia. Se expondrán como objetivos a trabajar en sesión mediante su modificación o reducción en posteriores apartados del presente trabajo.

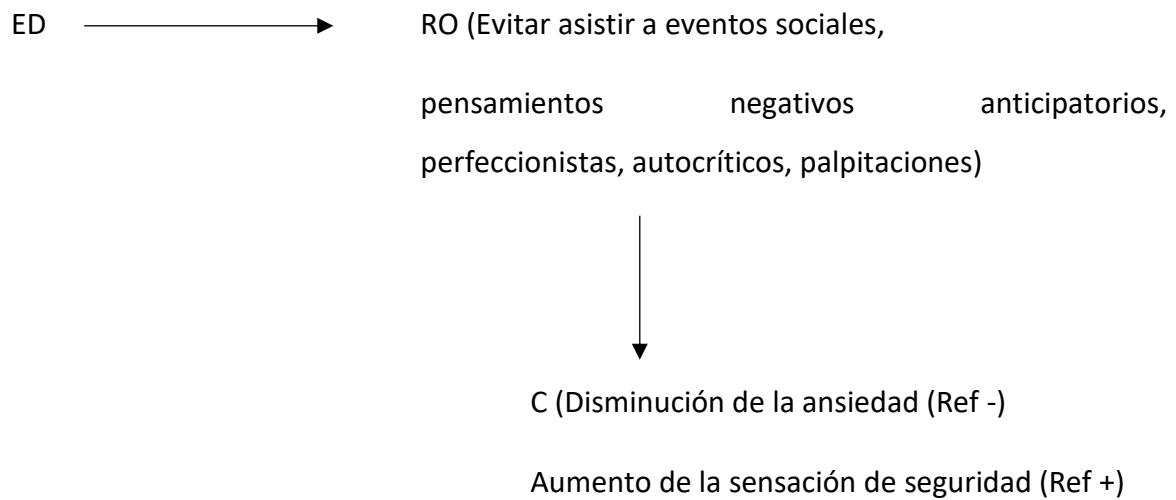
Esta cadena conductual (Figura 1) resume las conductas desadaptativas de respuesta a la ansiedad que tiene el paciente (RO), como por ejemplo, tener pensamientos negativos anticipatorios, la cual se mantiene por reforzamiento negativo, ante una situación como puede ser exponerse a hablar ante desconocidos. Esta conducta provoca una respuesta de alivio del malestar al producirse una evitación del problema, por ejemplo, huyendo de la habitación o lugar, y con ello un mantenimiento en el tiempo de la realización de las conductas, puesto que tiene un efecto inmediato sobre sus emociones.

Figura 1

Cadena conductual principal



En la siguiente cadena expuesta (Figura 2), se debe aclarar que los estímulos que figuran como ED son los antecedentes próximos externos e internos mencionados anteriormente en el análisis topográfico, siendo igualmente las RO recogidas en el mismo análisis y formando parte de las conductas a modificar y reducir en sesión. Este tipo de respuestas se mantienen en el tiempo debido a que reducen el malestar y la sintomatología ansiosa del paciente, aumentando igualmente su sensación de seguridad al llevarlas a cabo, por lo que se mantienen en el tiempo.

Figura 2*Cadena conductual concreta*

4.3. Resultados de las pruebas de evaluación

La aplicación de varios cuestionarios en la evaluación inicial permitió obtener gran cantidad de información acerca de la sintomatología del paciente.

En la **Escala de autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1965) el paciente obtuvo una puntuación de 22, encontrándonos por tanto frente a un caso de reducida autoestima tal y como referían los estudios originales mencionados y por debajo del rango normativo de 25 y 35. Sobre el **Inventario de asertividad** (RAS; Rathus, 1973) se comprueba que Fernando obtiene una puntuación negativa de -57, indicando este dato insuficiente asertividad.

En el **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo** (STAI; Spielberger et al 1983), obtiene una puntuación directa de 47, encontrándose dentro de un perfil 99, al igual que la puntuación directa de ansiedad rasgo siendo de 46 (percentil 99). Fernando obtiene la máxima puntuación en esta escala, observándose su evidente sintomatología ansiógena y que le sitúa muy por encima de las puntuaciones normotípicas.

En cuanto a la prueba específica de ansiedad social, el **Inventario de fobia o ansiedad social** (SPIN; Connor et al. 2000), Fernando obtiene una puntuación total de 51, siendo muy superior a la de la población clínica del estudio original (41,1) y la puntuación obtenida por la población normotípica del mismo estudio (12,1), apoyando la hipótesis diagnóstica del presente estudio sobre un caso de TAS.

La puntuación obtenida en cuanto al **Inventario de Depresión de Beck** (BDI- II; Beck et al., 1996), siendo esta de 31, arroja información acerca de la existencia de un rango severo o grave de sintomatología depresiva por parte del paciente. En cuanto a la **Escala de miedo a la evaluación negativa** (FNE; Watson & Friend, 1969) obtiene una puntuación total de 28, observándose que Fernando tiene un elevado miedo a la evaluación negativa por parte de los demás, tal y como reflejan Zubeidat et al. (2007) en su estudio con muestra de población adolescente española.

La valoración durante el tratamiento se realizó mediante un **registro de conducta** que el paciente debía cumplimentar, y donde se recogen conductas como la ansiedad que le genera el relacionarse con su familia, especificando el hecho de saludar como antecedente de sintomatología ansiosa, prefiriendo que no estuviese nadie en casa y sintiendo alivio si esto se produjese. Este aspecto se ha trabajado a lo largo del plan terapéutico, pero se debe seguir trabajando en sesión, ya que el paciente refiere en cuatro de las siete conductas recogidas, dificultad para comunicarse con su familia y carecer de estrategias de afrontamiento para exponerse. Estas conductas están íntegramente relacionadas con los resultados de la evaluación inicial, donde observamos un elevado miedo a la evaluación negativa por parte de los demás en **Escala de miedo a la evaluación negativa** (Watson & Friend, 1969) refiriendo el paciente en el registro estos temores a la hora de hablar con su familia.

También se pueden observar referencias a las puntuaciones obtenidas en la **Escala de autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1965), el **Inventario de asertividad** (RAS; Rathus, 1973) y el **Inventario de fobia o ansiedad social** (SPIN; Connor et al. 2000) (Anexo B), reflejando los resultados dificultades para relacionarse con otros de manera asertiva, contando con una baja autoestima y una elevada presencia de ansiedad social. En el registro de conducta se observa que el paciente refiere en varias ocasiones sentirse culpable, “sentirse mal”, incómodo, confundido, nervioso y triste por no poder disfrutar del tiempo con sus amigos y su familia. También se observa cómo argumenta tener la estrategia de acudir el último a la cita con sus amigos para evitar quedarse a solas con alguno de ellos y tener que enfrentarse a una conversación de índole personal, evidenciando de nuevo su falta de habilidades de afrontamiento.

Tal y como se recoge en el análisis topográfico de este trabajo, al paciente también le genera ansiedad enfrentarse a figuras de autoridad, como puede ser su superior en el trabajo, aspecto que ha plasmado en el **registro de conducta**. Al igual que la continuidad de la presencia de pensamientos negativos anticipatorios, perfeccionistas y autocríticos.

4.4. Objetivos de tratamiento

En base a lo referido por el paciente, se acuerdan conjuntamente los objetivos terapéuticos, expuestos a continuación. El objetivo principal de esta propuesta de intervención es dotarle de las habilidades de afrontamiento necesarias para poder enfrentarse a aquellas situaciones que le generan ansiedad. Con ello, se pretenden conseguir objetivos como fomentar su asertividad, reducir pensamientos negativos intrusivos acerca de evaluaciones negativas por parte de los demás, mensajes autocríticos y dotarle de estrategias de gestión emocional. Siendo aspectos que repercuten en su vida diaria.

Para conseguir los objetivos propuestos nos basaremos en diversas técnicas con amplia evidencia demostrada en ansiedad social y observada en estudios ya mencionados (González-Blanch et al. 2021; Salaberría y Echeburúa, 2003).

A continuación, se mostrarán los objetivos planteados por el paciente y los objetivos terapéuticos (Tabla 2), ambos relacionados con las técnicas que se van a llevar a cabo.

Tabla 2.

Objetivos y técnicas: Plan terapéutico.

| Objetivos | Técnicas |
|--|---|
| Reducir pensamientos negativos con mensajes autocríticos (“voy a hacer el ridículo”), anticipatorios (“me pondré rojo”) y perfeccionistas (“lo voy a hacer mal”) | <i>Psicoeducación</i> <i>Técnica de control emocional: relajación progresiva de Jacobson</i> |

Psicoeducación
Listado de fortalezas

Incrementar su capacidad para expresar sus propias opiniones, refiriendo el paciente necesitar “tener más seguridad en sí mismo” y “ser él mismo sin necesidad de fingir”, trabajando su inseguridad ante la exposición social y el rol cómico que suele adoptar para socializar

*Entrenamiento en solución de problemas**Plan de afrontamiento: jerarquía de situaciones ansiógenas temidas para realizar exposición**Exposición en imaginación**Técnica de control emocional: relajación progresiva de Jacobson*

Incrementar la asertividad del paciente, como por ejemplo, mantener la mirada durante las conversaciones o expresar ante su familia su opinión

Moldeamiento por aproximaciones sucesivas

Adquirir habilidades para afrontar la sobreprotección materna y la exposición a relacionarse con su familia, como comenzar a decir no a su madre cuando adopta una postura sumisa e incrementar las interacciones con su familia

*Dibujo de su niño interior**Uso de playmobil® como externalización de las emociones mediante juego de roles*

Reducir la ansiedad ante la exposición a situaciones de interacción social pretendiendo reducir taquicardias, temblor, palpitaciones, llanto recurrente y con ello la necesidad de escape de la situación para buscar el alivio

*Técnica de control emocional: relajación progresiva de Jacobson**Uso de playmobil® como externalización de emociones mediante el juego de roles*

4.5. Conductas a implantar y reducir

Conductas a implantar:

- *Incrementar la asertividad del paciente:* manteniendo la mirada de 2 segundos a 5 segundos, y aumentar la frecuencia de manera progresiva de 5 segundos en 5 segundos, utilizando por tanto la técnica de aproximaciones sucesivas, reforzándole continuamente el esfuerzo realizado. El paciente refiere que el no poder mantener la mirada a causa de la vergüenza y sentirse intimidado, le dificulta la relación con otros.
- *Comenzar a decir no a su madre cuando adopta una postura sumisa, e incrementar las interacciones con su familia:* en lugar de mostrar afecto o verse obligado a hablar para satisfacer a los demás, que pueda hacerlo en aquellas ocasiones en las que sienta que está acorde con su disposición de ser afectivo. Esto se trabaja con la técnica del dibujo del niño interior, donde el paciente debe dibujarse a sí mismo con la edad que él elija, para conectarse con las emociones de este niño, y así trabajar con la percepción de la relación con su familia y los roles familiares mediante el juego de roles a través de playmobil®.
- *Reducir la ansiedad ante la exposición a situaciones de interacción social:* conectando con sus emociones mediante el uso de la relajación progresiva de Jacobson, para reducir taquicardias, temblor, palpitaciones, llanto recurrente y con ello la necesidad de escape de la situación para buscar el alivio.
- *Incrementar su capacidad para expresar sus propias opiniones:* refiriendo el paciente necesitar “tener más seguridad en sí mismo” y “ser él mismo sin necesidad de fingir”, por lo que se decide trabajar su inseguridad ante la exposición social para aumentar su autoconfianza y regular la ansiedad para afrontar aquellas situaciones en las que tiene que mostrar su opinión. Ante estas verbalizaciones el paciente realiza un listado de fortalezas para potenciar el uso de estrategias alternativas, acompañándose con la técnica de la relajación progresiva de Jacobson para que la utilice en momentos previos en los que comience a sentir ansiedad debido a la exposición. También se realiza una jerarquía de situaciones ansiógenas temidas ante las que se debe exponer en imaginación.

Conductas a reducir:

- *Gestionar la utilización de rol cómico:* el paciente refiere que desde su adolescencia utiliza el rol cómico como estrategia para socializar, ya que le facilita conversar con otras personas, ya sean conocidas o desconocidas. Se pretende modificar esta conducta para que sea más funcional de tal forma que el paciente pueda tener las estrategias necesarias para no requerir mostrar esta faceta, y limitarla a las ocasiones en las que resulta pertinente. En primer lugar se utiliza la técnica de psicoeducación donde se le facilita al paciente una explicación de la funcionalidad de la conducta en función del contexto, además de utilizar el juego de roles mediante el uso de playmobil® para externalizar la relación de su vulnerabilidad con respecto a la utilización del humor como técnica.
- *Reducir pensamientos negativos autocríticos, perfeccionistas y anticipatorios:* Se trabaja la identificación de la aparición de pensamientos y las emociones asociadas mediante psicoeducación, para llegar a la regulación del malestar que evocan, utilizando posteriormente la relajación progresiva de Jacobson.

5. Tratamiento

5.1. Plan terapéutico

El tratamiento abarca 9 sesiones de una hora cada una, y el enfoque de referencia es el modelo cognitivo-conductual junto con técnicas de carácter humanista. Las sesiones tenían una duración aproximada de una hora, con una periodicidad habitualmente semanal pero sujeta a cambios por la disponibilidad del paciente.

La relación entre terapeuta y paciente se estableció en las primeras sesiones de tratamiento, ya que el paciente se mostró totalmente cooperativo, motivado y predispuesto al cambio, fomentando con ello un buen vínculo terapéutico y una buena adherencia al tratamiento, como se mostrará posteriormente.

A continuación, se muestra el cronograma de las sesiones (Tabla 3) llevadas a cabo en base a los objetivos terapéuticos mencionados anteriormente.

Tabla 3.

Cronograma de sesiones

| Sesión | Fases de evaluación y tratamiento | |
|---------------|---|---|
| 1 y 2 | Evaluación inicial y explicación del tratamiento (04/11/2021, 11/11/2021, 18/11/2021) | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista no estructurada y preguntas abiertas - Entrega de escalas y cuestionarios: Escala autoestima de Rosenberg, RAS, STAI, SPIN, BDI-II y FNE - Explicación de la terapia psicológica (psicoeducación) y entrega documental - Análisis de objetivos terapéuticos |
| 3 | Inicio del tratamiento terapéutico (18/11/2021) | <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación para clarificar su inseguridad y su rol cómico utilizado como estrategia frente a situaciones sociales, utilizando muñecos de playmobil® como juego de roles. Se ejemplifica la relación entre su inseguridad, seguridad y rol cómico, estableciendo una relación entre ambas a modo de clarificación de su vulnerabilidad. - Técnica de relajación progresiva de Jacobson como recurso para aprender a tolerar y gestionar su sensación de inseguridad y falta de control, tomando conciencia de sus síntomas a nivel cognitivo, emocional y conductual. |
| 4 a 9 | Tratamiento terapéutico | <ul style="list-style-type: none"> - Listado de fortalezas - Moldeamiento por aproximaciones del |

| | |
|--|---|
| (25/11/2021, 02/12/2021, 27/01/2022, 03/02/2022, 10/02/2022) | mantenimiento de la mirada - Realización de dibujo de sí mismo en su infancia para conectar con las emociones de su niño interior, trabajando su vulnerabilidad y mensajes autocríticos. - Externalización de los roles familiares mediante ejemplificación con playmobil®. Trabajamos la sobreprotección de su madre y la validación de sus emociones a raíz de sus inseguridades dentro de la familia. - Plan de afrontamiento para fomentar su confianza creando una lista de situaciones ansiógenas jerarquizada - Exposición en imaginación a situación en posición de menor jerarquía ansiógena - Entrenamiento en solución de problemas - Técnica de control emocional mediante Relajación ante situaciones generadoras de estrés-ansiedad. - Entrega de registro de conducta - Externalización de su tristeza mediante ejemplificación con playmobil® - Técnica de relajación progresiva de Jacobson como método de control emocional. - Recogida de registro de conducta - Psicoeducación de los hitos de cada etapa vital, trabajando con su sensación de vulnerabilidad - Exposición en imaginación para comunicar a sus padres su decisión de mudarse |
|--|---|

Las *dos primeras sesiones* del tratamiento se emplearon para establecer un vínculo y encuadre terapéutico. Inicialmente se procedió a explicar la planificación del tratamiento y se otorgó la documentación requerida por el centro donde constaban datos personales y dirección de contacto, así como el documento de protección de datos y consentimiento (Anexo A). Se llevó a cabo el registro de información a través de entrevista no estructurada, observación conductual y entrega de cuestionarios.

La *tercera sesión* se centró en el abordaje de las principales preocupaciones del paciente, su inseguridad, y el uso del humor como herramienta habitualmente utilizada para socializar en reuniones sociales.

En primer lugar se lleva a cabo una sesión de psicoeducación, argumentando al paciente la barrera que implica el usar el humor como estrategia frente a otros posibles

recursos para fomentar su seguridad. Para ejemplificar este aspecto, se utilizan los muñecos playmobil® como juego de roles, donde se establece una relación entre humor, inseguridad y la seguridad como tercera opción visualizadora de la escena. Apoyándonos en la representación de la escena, emitimos un discurso desdramatizador, comunicando al paciente posibles herramientas que fortalezcan su seguridad para enfrentarse a estas situaciones, redactando el paciente un listado de estrategias que ya cuenta y puede potenciar. Acompañamos con la herramienta de enseñarle la técnica de la relajación progresiva de Jacobson, como recurso para hacer frente a pensamientos negativos anticipatorios y autocríticos que fomenten esa inseguridad, de tal forma que tome conciencia de sus síntomas a nivel cognitivo, emocional y conductual, y tome en consideración la aplicación de la técnica de respiración ante estas situaciones ansiógenas para reducir taquicardias, palpitaciones, sudores, entre otros.

De la *cuarta sesión* a la *novena sesión*, se continúa trabajando sobre la inseguridad y sensación de vulnerabilidad del paciente frente a diversas situaciones que le produzcan ansiedad.

En la *cuarta sesión* se trabaja sobre una jerarquía de situaciones temidas, donde con nuestra ayuda, el paciente escribió un listado de las situaciones que mayor ansiedad le generaban, y, utilizando el listado de fortalezas anteriormente desarrollado, pautamos el utilizar progresivamente alguna de estas fortalezas como herramienta para enfrentarse a dichas situaciones. También decidimos potenciar el mantenimiento de la mirada en el interlocutor como uno de los objetivos principales, y de manera continuada en todas las sesiones, mediante la técnica de moldeamiento por aproximaciones sucesivas, ya que el paciente tiende a apartarla durante su discurso y el de la otra persona.

En la *quinta sesión* proponemos que realice un dibujo de él mismo de niño, con el objetivo de trabajar la sobreprotección materna, que en ocasiones, ha referido le ha causado mayor sensación de vulnerabilidad a exponerse a situaciones sociales. En base a este dibujo trabajamos la conexión con sus emociones cuando se produjo el ingreso en el hospital con cinco años tras la rotura de su pierna, siendo un hecho que desencadenó la sobreprotección de su madre. A raíz de este suceso familiar, decidimos trabajar también los roles familiares mediante la ejemplificación visual con playmobil®, llevando a cabo una

representación de la relación con los miembros de su familia, con la idea de validar sus emociones, y trabajar la inseguridad para comunicarse con sus familiares.

En la *sexta sesión*, para continuar trabajando con la vulnerabilidad que siente al exponerse a relaciones sociales, elaboramos un plan de afrontamiento para fomentar su confianza en sí mismo, comenzando por la elaboración de un listado de situaciones jerarquizadas de mayor a menor implicación ansiógena, con el objetivo de utilizar a continuación la exposición en imaginación. El uso de esta técnica tiene el objetivo de centrar la atención del paciente a un nivel corporal, centrándose en las imágenes evocadas y añadiendo el uso de la respiración abdominal para potenciar una mayor atención corporal y emocional. Tras ello, se potencia el trabajo con mensajes autocríticos relacionados en el momento presente mediante psicoeducación y la utilización de la relajación como técnica de control emocional pautada para realizar de manera anticipatoria a los mensajes.

En la *séptima sesión* y, de manera continuada en todas ellas, también trabajamos en entrenamiento de solución de problemas ante situaciones de exposición social que le producen ansiedad, usando la jerarquía de situaciones ansiógenas para analizar como la persona se enfrenta a ellas, y provocando posteriormente una exposición en imaginación para visualizar el contexto donde se da esa sintomatología ansiosa. Además, se le proponen conductas alternativas a realizar en dichas situaciones, acompañadas de entrenamiento en control emocional mediante relajación, expresando el paciente que le beneficia frecuentemente.

En la *octava sesión*, se entrega el registro de conducta como método de evaluación durante el tratamiento, y se le dan instrucciones al paciente para su cumplimentación durante una semana. También se lleva a cabo la externalización de su tristeza mediante juego de roles con playmobil® con el objetivo de que el paciente se exponga a la misma y la reconozca, acompañándolo de control emocional mediante respiración.

En la *novena sesión*, recogida como última en el presente trabajo, se recoge el registro de conducta proporcionado al paciente, argumentando y explicando cada circunstancia plasmada y trabajando sobre ella en esta sesión. El paciente refiere estar preocupado por no saber cómo enfrentarse a su familia para comunicarles que se independiza, por lo que se decide trabajar mediante psicoeducación, los hitos referentes a

las diferentes etapas vitales, trabajando con su responsabilidad y vulnerabilidad al referir sentirse mal por mudarse y dejar a sus padres. Una vez rebajado su estadio ansiógeno y en base a la información referida, se expone al paciente a comunicar la mudanza a sus padres mediante exposición en imaginación. Refiere al finalizar la sesión que se siente más empoderado, considerando comunicar en los próximos días la noticia.

5.2. Descripción de las técnicas utilizadas

Se aplicaron las siguientes técnicas psicológicas enmarcadas dentro de las orientaciones cognitivo-conductual y humanista:

1. Psicoeducación
2. Técnica de control emocional: relajación progresiva de Jacobson
3. Moldeamiento por aproximaciones sucesivas
4. Dibujo de su niño interior
5. Lista de fortalezas
6. Uso de playmobil® como juego de roles
7. Plan de afrontamiento mediante jerarquía de situaciones ansiógenas temidas
8. Exposición en imaginación
9. Entrenamiento en solución de problemas

En el presente trabajo no se pudo llevar a cabo un seguimiento del tratamiento como tal, puesto que el caso continúa independientemente de este estudio, en la misma línea de lo descrito en este trabajo.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia al tratamiento

Es importante mencionar que el tratamiento del paciente sigue su curso independientemente de este trabajo, y que la intervención expresamente mencionada en este estudio tuvo una duración de cuatro meses, donde de forma progresiva se pudieron ver avances conforme a la demanda inicial, a pesar de que al finalizar el tratamiento el paciente refería un incremento en la sintomatología ansioso-depresiva.

Inicialmente existía una combinación de tratamientos, puesto que el paciente contaba con medicación expedida por su médico de atención primaria. Durante su tratamiento de carácter psicológico, Fernando estableció una buena relación de alianza terapéutica, mostrando gran compromiso y colaboración durante todo el proceso, con un alto grado de implicación. Dichos aspectos se han visto reflejados en su cooperación durante la ejecución de los cuestionarios proporcionados, así como en la falta de resistencias a la hora de implicarse en las diferentes técnicas propuestas durante las sesiones.

Fernando refería haber aprendido mucho y sentirse mejor consigo mismo, pero en las dos últimas sesiones se ha percibido un aumento de la ansiedad y tristeza debido a que le llaman desde su antiguo trabajo, comunicándole su interés para que se incorpore con mejores condiciones que las de su actual trabajo, generándole un incremento de sintomatología ansioso-depresiva. En la última sesión, refiere que aunque su estado anímico es mejor, desea continuar trabajando para incrementar su asertividad y seguridad en sí mismo, de cara a afrontar las dificultades que aún tiene para poder exponer sus necesidades e ideas a sus progenitores; esta dificultad asociada a la sobreprotección materna.

6.2. Consecución de los objetivos

Con la idea de analizar los cambios producidos durante el proceso terapéutico, y para incrementar la conciencia del paciente acerca de las situaciones-emociones que intenta evitar y la frecuencia de las mismas, se le proporcionó un registro de conducta que debía cumplimentar en el periodo de una semana. En dicho registro (Anexo C) se observa como la mayoría de las conductas recogidas como conductas problema en este trabajo, se continúan

manteniendo en el tiempo al estar reforzadas negativamente bajo una sensación de alivio del malestar.

Es a partir de esta información a través de la cual podemos observar la no consecución de algunas de las conductas propuestas a trabajar en este trabajo. En este registro (Anexo C), vemos como el paciente no ha conseguido incrementar la comunicación con sus padres, y tampoco gestionar el comenzar a decir que no a su madre en las ocasiones en las que él adopta una figura sumisa ante ella. Por tanto, consideramos que este objetivo debe de continuar trabajándose en sesión con las técnicas planteadas de uso de playmobil®, y dibujo de su niño interior, ya que al igual que lo refiere el paciente, también se observa en sesión que quizás es necesario más tiempo para generalizar estas herramientas en otros ambientes.

En base al registro de conducta (Anexo C) también comprobamos que no se ha conseguido reducir la ansiedad del paciente a la hora de exponerse a situaciones de interacción social, ya que sigue manteniendo algunas estrategias de evitación, como llegar el último para no encontrarse a solas con nadie y verse obligado a dialogar. De igual forma, se sigue manteniendo la conducta de tener pensamientos negativos autocríticos, perfeccionistas y anticipatorios que el paciente lleva a cabo de manera previa a la realización de una acción. Ambos objetivos se mantienen en la planificación de trabajo para posteriores sesiones, ya que se considera necesario continuar abordándolos para dotar al paciente de estrategias funcionales. Por ello, se van a continuar llevando a cabo ejercicios de respiración como técnica de control emocional, psicoeducación, y también se propone comenzar a trabajar con la técnica de reestructuración cognitiva, para ayudar al paciente a identificar las creencias irracionales que le generan malestar, y reemplazarlas por otras más adaptativas, siendo beneficiosa para casos de TAS, tal y como refieren González-Blanch et al. (2021).

Se observa en sesión y en el registro de conducta cumplimentado por el paciente, cómo continúa sin poder implementar estrategias para expresar sus propias opiniones, y continúa sintiéndose mal consigo mismo, con inseguridad ante la exposición y recurriendo al uso del rol cómico para reducir el malestar. Por ello se pretende continuar utilizando el listado de fortalezas, ampliar la jerarquía de situaciones ansiógenas y continuar con la exposición en imaginación, con el objetivo de dotar al paciente de herramientas para

implementar la exposición en rol playing, y que así logre generalizar los conocimientos a situaciones reales.

Además de lo anteriormente mencionado, el objetivo de incrementar la asertividad de Fernando a través del mantenimiento de la mirada, mediante la técnica de moldeamiento por aproximaciones sucesivas, continúa llevándose a cabo en sesión, puesto que se siguen aumentando los segundos de contacto visual, constando actualmente de 15 segundos. Por ello se considera que es un objetivo a continuar trabajando a largo plazo y de manera paralela a los anteriores, siendo igualmente necesario para una socialización de carácter funcional.

Por otro lado, se debe resaltar la importancia de comenzar a trabajar algunos objetivos que no se han podido abordar en tratamiento. Uno de ellos es trabajar en base a su autoestima y autoconcepto, pudiendo hacerlo inicialmente con la técnica del árbol del autoestima, donde el paciente deba plasmar aquellos aspectos que le gustan de sí mismo dentro de un dibujo de un árbol, desde la copa hasta las raíces en función de la mayor o menor importancia. Esta técnica puede acompañarse de psicoeducación y reestructuración cognitiva para abordar el tipo de discurso y pensamientos que refiera. También sería interesante, cuando se observe una mejoría en la comunicación y relación con su familia, poder fomentar la necesidad de comunicar su malestar a sus personas de confianza a través de exposición en rol playing, con el objetivo de dotarle de estrategias de afrontamiento del malestar.

Por último, también sería deseable explorar el duelo por el fallecimiento de su abuela y abordarlo si fuera necesario, de cara a trabajar sobre los síntomas de tristeza del paciente, los cuales afloran con cierta periodicidad.

7. Discusión y conclusiones

El Trastorno por Ansiedad social está muy presente hoy en día en la práctica clínica, afectando entre un 4% de la población según Stein (2017). El Sistema Nacional de Salud (SNS, 2020) recoge el trastorno de ansiedad como el más frecuente dentro de la población española, con un 6,7%, seguido del trastorno depresivo con un 4,1%.

El comienzo de la pandemia mundial del virus SARS-CoV-2 ha provocado la implementación de nuevas medidas de carácter sanitario y social. Toda esta situación ha favorecido un incremento de la presencia de los trastornos mentales, y con ello, del TAS (Gómez et al. 2020). Nuestro paciente, Fernando, refirió en numerosas ocasiones que el periodo de confinamiento provocado por esta pandemia le produjo un aumento de la sintomatología, y propulsó su decisión de acudir al médico en busca una mejora de su estado emocional.

Tras analizar los datos obtenidos a lo largo de este trabajo, podemos concluir que el caso de Fernando es un caso que expresa una evolución habitual en los TAS donde convergen síntomas referentes a un elevado sentimiento de autocrítica, perfeccionismo, elevado miedo a la evaluación negativa por parte de los demás, una baja autoestima y baja asertividad en cuanto a sus habilidades de afrontamiento y exposición ante los demás.

Se debe resaltar que la adherencia al tratamiento ha sido completa, evidenciándose un buen vínculo entre terapeuta y paciente, y mostrándose el mismo muy colaborador y predispuesto durante todo el plan terapéutico.

El tratamiento que se ha llevado a cabo en este caso ha sido de carácter psicológico y bajo las corrientes cognitivo-conductual y humanista, acompañado de aquellos fármacos que tomaba el paciente, recetados por su médico de familia.

El empleo de antidepresivos para remitir sintomatología ansioso-depresiva está muy extendido y ha evidenciado su eficacia, pero el tratamiento psicológico está demostrando tener mayor superioridad en los resultados a largo plazo, así como menor tasa de recaídas, tal y como se recoge en González-Blanch (2021). Por ello, consideramos que es necesario abordar la sintomatología desde una perspectiva psicológica, y concretamente con este paciente, con mayor ímpetu, debido a la trayectoria vital que refería en las sesiones, pudiendo beneficiarse de los recursos de modificación de conducta que le puede proporcionar la terapia.

Por otro lado, la utilización de técnicas de carácter humanista nos ha proporcionado una visión centrada en el paciente y sus necesidades, y por ello también proponemos continuar con su uso, llevando a cabo técnicas como la tarea de las dos sillas, con demostrada eficacia en TAS (Shahar et al. 2017), produciendo cambios en las emociones y pensamientos autocríticos y perfeccionistas, y que podría ser beneficiosa para mejorar la sintomatología de nuestro paciente.

En referencia a la sintomatología presente en el caso y puesto que la demanda del paciente continúa, planteo que se deberían de continuar trabajando los objetivos propuestos inicialmente: incrementar la comunicación con sus padres, y gestionar el comenzar a decir no a su madre cuando él adopta una figura sumisa, exponerse a situaciones de interacción social, reducir pensamientos negativos, autocríticos y auto perfeccionistas, gestionar el uso del rol cómico para socializar, fomentar la expresión de sus propias opiniones, e incrementar el mantenimiento de la mirada como mecanismo asertivo de comunicación.

El mantenimiento de los objetivos anteriormente propuestos es debido a que se considera que no se han producido los cambios esperados, además de que el trabajo sobre estos objetivos se ha visto influenciado por la aparición de acontecimientos recientes de carácter ansiógeno en la vida del paciente que antes no estaban presentes, y que han obstaculizado el desarrollo de las sesiones planteadas, al centrarse las mismas en la actuación inmediata sobre la sintomatología de reciente aparición.

Por otra parte, se plantean ciertos objetivos a trabajar en un futuro, y que se consideran igualmente necesarios que los anteriores. Uno de ellos es trabajar sobre la autoestima y autoconcepto del paciente, aspecto que podría beneficiarle dados los resultados obtenidos en la Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) y mencionados en este trabajo. Además, con respecto a la continuación del trabajo sobre el fomento de la comunicación con su familia, también sería conveniente establecer pautas para que Fernando comunicase su malestar a personas de confianza, como estrategia de afrontamiento y resolución de problemas, y que también fomentase su asertividad. Por último, también se considera necesario explorar el duelo por el fallecimiento de su abuela, aspecto que en ocasiones refiere que le hace sentir triste, y por tanto a tener en cuenta para un posible abordaje futuro.

En cuanto a las limitaciones encontradas en este estudio, hay que tener en cuenta que las medidas ejecutadas para valorar la evolución del paciente durante el tratamiento han sido el registro de su conducta durante las sesiones, y un registro conductual semanal, proporcionado para que el paciente lo cumplimentase (Anexo C). Sería interesante por tanto, ampliar la valoración de la intervención cuando esta esté más avanzada, mediante el uso de los cuestionarios utilizados como medida pre-tratamiento, y que podrían arrojar información más clarificadora sobre la evolución de la sintomatología. Además, también resultaría beneficioso realizar la devolución de información al paciente para hacerle conocedor de su propio progreso.

A fecha de la última sesión, Fernando refería sentir un incremento de su sintomatología ansioso-depresiva y tener pensamientos muy negativos con respecto a su perspectiva laboral y familiar. Es por ello por lo que se deja constancia de que el tiempo de tratamiento ha sido escaso y con toda probabilidad el paciente requiere de más tiempo de intervención para interiorizar lo trabajado, generalizarlo a la vida cotidiana, y posteriormente, de las sesiones a otras situaciones. Tal y como observó Shahar (2015), variables encontradas en el paciente tales como el perfeccionismo y la autocrítica, son de carácter persistente, y requieren de tiempos más largos de intervención, lo cual podría indicar la necesidad del paciente de mayor tiempo de tratamiento para ver mejoría en su sintomatología.

En referencia a la sintomatología referida en las últimas sesiones, se concibe que en las sucesivas sesiones paralelas a este trabajo, se trabaje con respecto a esta tristeza referida por el paciente, y dotarle de habilidades para afrontar tanto este sentimiento, como su actitud frente a los cambios y adversidades que escapan a su control.

Por otro lado, en base a la observación de las necesidades del paciente y de sus características personales, se plantea como posible intervención futura la inclusión de técnicas referentes a las terapias contextuales, dada la información referida acerca de su eficacia por autores como González-Blanch et al. (2021). Estos autores refieren la utilización de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y el Mindfulness para contribuir en la enseñanza de repertorios conductuales amplios, flexibles y eficaces que permitan a la persona adaptarse con más facilidad al contexto que se considere problemático, y restar importancia a la eliminación de los síntomas.

En el caso de Fernando, la utilización de ACT puede aportarle mayor flexibilidad psicológica centrándose en la aceptación y trabajo sobre sus valores. De esta forma, puede utilizar la técnica de mindfulness para entrenar el manejo de su atención con el objetivo de modificar la relación con sus propios pensamientos, y así lograr reducir el estrés frente a la exposición a situaciones ansiógenas. El uso de esta técnica también puede aportarle un conocimiento mayor sobre sus propias sensaciones corporales, de tal forma que además de mayor control sobre sus cogniciones, le pueda aportar mayor entendimiento de sus reacciones fisiológicas, y poder contar así con herramientas para manejar esta sintomatología y enfocarla hacia la funcionalidad. Además, tal y como refieren García-Pérez y Valdivia-Salas (2018) y González-Blanch et al. (2021), la frecuencia de utilización de ACT sobre los trastornos de ansiedad cada vez es mayor, y se encuentra en continuo estudio para comprobar su eficacia.

En García-Pérez y Valdivia-Salas (2018) concluyen que los resultados del tratamiento llevado a cabo con técnicas cognitivo-conductuales y contextuales tiene similares resultados, evidenciándose una mayor adherencia al tratamiento y mejora en la calidad de vida en el caso de la utilización de técnicas referentes a ACT, en mayor medida en el caso del abordaje del Trastorno de Ansiedad Social. Por otro lado, estos mismos autores también refieren el uso de la terapia basada en el mindfulness como entrenamiento en el manejo de la atención, de tal forma que la persona pueda autorregularla y centrarse en el presente obviando el juicio referente a sus propias cogniciones.

8. Referencias bibliográficas

- Alcázar, A. I. R., Rodríguez, J. O., Pina, J. A. L., y Meca, J. S. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 55(4), 625-639.
- American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-III. Washington, DC.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-5. Washington, DC.
- Bados, A. (2017). *Fobia social. Naturaleza, evolución y tratamiento*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(2), 127-138.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Caballo, V.E., Rodríguez, J.O., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J., y Alcázar, A. I. R. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: Algunos datos empíricos. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 11(3), 539–562.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., y Nobre, L. (2013). Evaluando la ansiedad social por medio de cinco medidas de autoinforme, spai, lsas-sr, spin, sps y sias: Un análisis crítico de su estructura factorial. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(3), 423-448.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Olivares, P., Irurtia, M.J., Olivares, J. y Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(3), 375-399.

- Caballo, V.E., Piqueras, J.A., Antona, C.J., Irurtia, M.J., Salazar, I.C., Equipo, D.I., Bas, P.F., y Salavera, C. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 26(1), 23-53.
- Cénat, J.M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C.K., Noorishad, P.G., Mukunzi, J.N., McIntee, S.E., Dalexis, R.D., Goulet, M.A., & Labelle, P.R. (2020). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113-599
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- García-Pérez, L. y Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2).
- Gómez, J. A. M., Suárez, Y.B., Peñúñuri, L. Y., y Anacona, C. A. R. (2020). Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Medicina UPB*, 39(2), 24-33. <https://doi.org/10.18566/medupb.v39n2.a05>
- González-Blanch, C., Cano-Vindel, A., Ruiz, P., Barrio-Martínez, S., y Priede, A. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad. En Fonseca, E. (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. (pp. 367-386). Madrid: Pirámide.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Blanco, C., Stinson, F.S., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Dawson, D.A., Smith, S., Saha, T.D. y Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1351-1361.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
<https://doi.org/10.1157/13086324>

- Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive psychiatry*, 58, 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.018>
- Jin-Ming, S. U. N. (2011). Discussion about the Combination of Humanistic Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: A Report about Social Work Intervene one Case of Social Phobia. *Journal of Social Work*, 12.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Marks, I. (1970). The Classification of Phobic Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116(533), 377-386. <https://doi.org/10.1192/bjp.116.533.377>
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Oliva, M. (2013). La entrevista. En Fernández-Ballesteros, R. (Ed), *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. (pp. 167 - 191). Madrid: Pirámide.
- Ortuño-Sierra, J., García-Velasco, L., Inchausti, F., Debbané, M. y Fonseca-Pedrero, E. (2016). Nuevas aproximaciones en el estudio de las propiedades psicométricas del STAI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(3), 83-92.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press
- 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, I. (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. (pp. 271-281). Madrid: Pirámide.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2003). Cómo tratar con éxito la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 699-712.

- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(3), 238.
- Shahar, B., Doron, G., & Szepsenwol, O. (2015). Childhood Maltreatment, Shame-Proneness and Self-Criticism in Social Anxiety Disorder: A Sequential Mediation Model. *Clinical psychology & psychotherapy, 22*(6), 570–579. <https://doi.org/10.1002/cpp.1918>
- Sistema Nacional de Salud [SNS]. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Sanidad.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stein, D.J., Lim, C.C.W., Roest, A.M., de Jonge P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Harris, M.G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C.,... Scott, K.M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med, 15*, 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Timulak, L. (2018). Humanistic-experiential therapies in the treatment of generalised anxiety: A perspective. *Counselling and Psychotherapy Research, 18*(3), 233-236.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 35-40
- Vázquez, A.J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 247-255.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.

- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review - Update. *Journal of affective disorders*, 246, 530–547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Geneva, 2019
- Zubeidat, I., Salinas, J.M. y Sierra, J.C. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18(1), 57-81.

9. Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

CLAUSULA INFORMATIVA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS (RGPD)

Nombre del tratamiento: HISTORIALES
Colectivo de interesados: PACIENTES

Información sobre Protección de Datos

Responsable del tratamiento

| | | |
|----------------|--|--------------------------------------|
| Identificación | DESPERTARES GESTION, S.L. | NIF: B87535175 |
| Dirección | Avda. Constitución, 13 - 1º C.C.P. 28931 MÓSTOLES (Madrid) | |
| Teléfono | 910168670 | E-mail: info@consultadespertares.com |

Finalidad del tratamiento
Los datos personales aportados por el interesado serán tratados por el Gabinete Psicologico con la finalidad de prestarle los servicios de atención Psicológica solicitados, gestionar su Historial Clínico, así como realizar la gestión administrativa y económica derivada de los servicios prestados.
Además para informarle por cualquier medio, incluidos los medios electrónicos, de recordatorios de citas, revisiones o de cualquier cuestión relacionada con los servicios prestados o sobre productos o servicios ofertados que pudieran ser de su interés. Puede oponerse a estas últimas finalidades marcando la casilla en el apartado "Derechos del interesado".

Tiempo de conservación
Se mantendrán su datos personales mientras sea tratado como paciente, si causara baja mientras usted no solicite la supresión de los mismos, y en cualquier caso durante el tiempo necesario para cumplir con los plazos según la legislación sanitaria, fiscal o cualquier otra normativa que afecte a la relación como Paciente.

Legitimación del tratamiento
La legitimación para el tratamiento esta basada en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, legislación fiscal, cualquier otra legislación que afecte a la relación como Paciente, y el consentimiento del interesado

Destinatarios de comunicaciones o cesiones
Los datos aportados por el interesado podrán ser cedidos o comunicados a:
- Profesionales colaboradores del Gabinete
- Entidades Aseguradoras si fuera necesario gestionar el pago de los servicios prestados por el Gabinete profesional.
En los casos necesarios se mantendrán los correspondientes contratos de encargo de tratamiento
No esta previsto realizar ninguna otra cesión o comunicación de datos, si fuera necesario realizar otras cesiones o comunicaciones de datos, se le comunicara previamente.

Derechos del interesado
Puede ejercer todos los derechos según la legislación vigente sobre protección de datos.
Obtener confirmación por parte del responsable del tratamiento de si se están tratando o no datos personales que le conciernen. Acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de datos inexactos, solicitar la supresión de datos que ya no sean necesarios para los fines que se recogieron, solicitar la limitación u oposición del tratamiento de los datos, conservándose en este caso únicamente para el ejercicio de posibles reclamaciones, y solicitar la portabilidad de sus datos.
En caso de que tratemos sus datos para alguna finalidad en la que hayamos solicitado su previo consentimiento, tiene derecho a retirar el mismo en cualquier momento sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.
Puede ejercer los derechos indicados anteriormente ante el responsable del tratamiento, cuyos datos figuran en este documento, aportando el correspondiente documento que le identifique.
Si lo desea puede solicitar los formularios necesarios para facilitarle el ejercicio de sus derechos.
Asimismo puede presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en la calle Jorge Juan nº 6 código postal 28001 de Madrid o en la Web www.agpd.es

NO autorizo el envío de recordatorios para citas y revisiones.

NO autorizo el envío de información con fines comerciales relativos a servicios médico-sanitarios.

He leído y entiendo la información facilitada y consiento el tratamiento de mis datos conforme a lo indicado.

Fecha: ____ de ____ de ____ Firmado: _____

Nombre y apellidos Paciente: _____ DNI: _____

Nombre y apellidos Rep. Legal: _____ DNI: _____

Documento 1

Anexo B. Inventario de fobia o ansiedad social (SPIN; Connor et al. 2000)

Instrucciones: Por favor, señale cuánto le han molestado los siguientes problemas durante la última semana. Marque sólo una casilla por cada problema y asegúrese de contestar a todos los ítems.

| | <i>Nada</i> | <i>Un poco</i> | <i>Algo</i> | <i>Mucha</i> | <i>Extremo</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Tengo miedo a las personas con autoridad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Me molesta ruborizarme delante de la gente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Evito hablar con desconocidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Me da mucho miedo ser criticado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sudar en público me produce malestar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Evito ir a fiestas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Evito actividades en las que soy el centro de atención | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hablar con extraños me atemoriza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Evito dar discursos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Me dan miedo las palpitaciones cuando estoy con gente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce malestar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo C. Registro de conducta como medida durante el tratamiento

REGISTRO DE CONDUCTA

| DÍA | HORA | Conducta realizada | ¿Qué ocurre antes? | ¿Qué ocurre después? | Ámbitos relacionados (Familiar, Laboral o Social) |
|-----|-----------------|--|---|---|--|
| 3/2 | 21:00 | Llegar a casa y saludar | Angustia, me gustaría que no hubiera gente | La angustia se incrementa si existe conversación larga | Familiar |
| 4/2 | 11:30 | Reunión con mi superior | Sentirme mal por no saber lo que se espera de mí. Confusión y nervios. | Libertad aunque no sepa el todo de lo que me han pedido | Laboral |
| 5/2 | 17:00- 00:00 | Estar con amigos | Intento no llevar el primero para no estar a solas con una persona. Estrés | Me siento triste y culpable porque no fue todo lo divertido que pensaba. | Social |
| 6/2 | 14:00- 17:00 | Estar con familia (padres, hermano, sobrino... Cerecana) | Incomodo. Pensando en que debo estar y no en querer. | Cansado, no disfruto pasando el tiempo con ellos aunque me gustaría | Familiar |
| 6/2 | 18:00- 23:00 | Estar con amigos | Un poco de estrés, incomodidad porque tengo que ir en transporte solo con una amiga. | Sentirme mal porque debería de haberme vuelto a casa antes. No dije que iba | Social |
| 7/2 | 13:00- 23:00 | Visitar un piso y debate sobre ello | Agoño y excitación por tener que ir a Madrid en medio de la semana laboral. Ocultárselo a mi familia. | Agoño; no saber que hacer, tengo que decidir rápido sin mis superiores habiéndolo contado a mi familia. | Familiar |
| 8/2 | 24 hrs | Debate interno sobre contárselo a mis padres (decisión piso) | Sentirme mal y con miedo a su reacción | Cierto alivio al postergar el problema. | Familiar |