

Anuario de Psicología
2012, vol. 42, nº 2, 231-244
© 2012, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico

Izaskun Ortega
Arturo Bados
Carmina Saldaña
Unitat de Teràpia de Conducta (Universitat de Barcelona)

Se presenta el caso de una mujer de 27 años que consultó por ataques de pánico que comenzaron año y medio antes de acudir a terapia y que se agudizaron en el mes previo a la consulta. Tras cuatro sesiones de evaluación y una entrevista con una amiga se consideró que se trataba de un trastorno de ansiedad social. Los ataques eran desencadenados por situaciones sociales y la paciente temía vomitar delante de otros y ser evaluada negativamente. Se aplicó a lo largo de 21 sesiones un tratamiento cognitivo-conductual que incluyó autorregistros, entrenamiento en respiración controlada, entrenamiento en atención, reestructuración cognitiva, autoexposición en vivo y entrenamiento en asertividad respecto a su pareja, ya que había sintomatología ansiosa asociada con las discusiones y maltrato por parte de su compañero. Las puntuaciones obtenidas en las escalas administradas a lo largo del proceso indicaron una mejora progresiva y clínicamente significativa. Las razones principales que pueden haber contribuido al éxito terapéutico son la motivación para el cambio, la sólida alianza terapéutica establecida, la aceptación y aplicación constante de la técnica de exposición y el entrenamiento asertivo respecto a la pareja.

Palabras clave: fobia social, ataque de pánico, tratamiento cognitivo-conductual, exposición.

A case of social phobia with predominant panic attacks

We report a case of a 27-year-old woman with panic attacks which began one and a half year before coming to therapy and worsened in the prior month of consultation. After four assessment sessions and an interview with a

friend, a diagnosis of social anxiety disorder was made. Panic attacks were triggered by social situations and the patient was afraid of vomiting in front of the others and being evaluated negatively. A cognitive-behavioral treatment was applied over 21 sessions which included self-monitoring, training in controlled breathing, attention training, cognitive restructuring, self-exposure in vivo and assertiveness training centered on her partner, since patient's anxious symptomatology was also related to the discussions and mistreatments by her companion. Scores on the scales applied along the process indicated a progressive and clinically significant improvement. The main reasons that may have contributed to therapeutic success are the motivation for change, the strong therapeutic alliance established, the acceptance and consistent application of the exposure technique, and the assertiveness training related to her partner.

Keywords: Social phobia, panic attack, cognitive-behavioral treatment, exposure.

Introducción

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), la fobia social (FS), también conocida como trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. La persona teme ser observada, actuar de un modo que sea humillante/embarazoso o mostrar respuestas de ansiedad que resulten también humillantes o embarazosas. Las situaciones sociales temidas se evitan o se soportan con ansiedad o malestar intensos. La exposición a las situaciones temidas provoca ansiedad e incluso ataques de pánico.

Al anticipar o encontrarse en las situaciones temidas, aparecen diversos miedos, tales como mostrar respuestas de ansiedad y/o fallos en la apariencia física, no saber actuar competentemente y ser evaluado negativamente y rechazado. Estos miedos van acompañados de reacciones somáticas, entre las que se encuentran el rubor, las contracciones nerviosas, los temblores y la sudoración. Los miedos y reacciones somáticas facilitan la evitación de las situaciones o la ejecución de conductas defensivas dirigidas a prevenir las consecuencias temidas. Ejemplos de estas conductas son evitar la mirada, ensayar lo que se va a decir, hablar poco y distraerse. La FS provoca una gran interferencia en la vida de las personas en el área social, laboral, económica y personal (Bados, 2001, 2009). Cerca del 50% de las personas con FS como diagnóstico principal presentan trastornos comórbidos de tipo ansioso y/o depresivo (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001). En comparación a las personas sin trastornos, la ideación suicida es más frecuente en la FS pura y especialmente en la FS con comorbilidad, mientras que

los intentos de suicidio son también más frecuentes en esta última (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman, 1992).

La prevalencia anual de la FS en Europa es del 2%, mientras que la prevalencia-vida se eleva al 6,7% (Fehm, Pelissolo, Furmark y Wittchen, 2005). La edad media de inicio de la FS se sitúa en la adolescencia y en su origen influyen factores de vulnerabilidad biológica (hipersensibilidad al estrés genéticamente determinada) y vulnerabilidad psicológica, la cual es facilitada, por ejemplo, por padres hipercontroladores y poco afectuosos y por experiencias negativas en situaciones sociales (Barlow, 2002). El mantenimiento del trastorno puede ser explicado por la interrelación de diversos factores: creencias y sesgos cognitivos, atención centrada en sí mismo, reacciones somáticas, conductas defensivas y de evitación, reacciones de los demás y, según los casos, déficit de habilidades sociales y humor deprimido (Bados, 2001, 2009).

Los tratamientos psicológicos más eficaces para la FS son la exposición, la reestructuración cognitiva combinada con exposición y la terapia cognitiva de Clark y Wells. La exposición es principalmente en vivo, incluyendo autoexposición y ensayos en la sesión, y, en menor medida, imaginal. Un poco más del 60% de los pacientes tratados mejoran significativamente, aunque el porcentaje de los que se recuperan no llega al 30%. Los resultados se mantienen en seguimientos de hasta 6 años ($M = 6$ meses). La terapia cognitivo-conductual aplicada en la práctica clínica habitual da lugar a resultados similares a los obtenidos en investigaciones controladas, aunque la duración del tratamiento y el porcentaje de abandonos son más altos (Bados, 2001, 2009).

El propósito de este artículo es presentar el caso de una paciente con FS que se centraba en sus ataques de pánico y reflexionar sobre el mismo desde la perspectiva de un terapeuta en formación.

Datos identificativos de la paciente

Cristina era una mujer de 27 años, con estudios universitarios y que trabajaba como profesora en una escuela. Vivía en pareja y mantenía una relación cordial con su familia. Acudió a consulta por ataques de pánico repentinos que comenzaron año y medio atrás y que se acentuaron en frecuencia e intensidad mes y medio antes de solicitar ayuda.

Proceso de evaluación

Se realizaron 4 sesiones de evaluación y una entrevista con una amiga. Además de la entrevista clínica, se utilizaron los siguientes cuestionarios en el pretratamiento, diversos momentos durante el tratamiento y/o el postratamiento:

– La *Escala de Ansiedad ante la Interacción Social* (SIAS) y la *Escala de Fobia Social* (SPS) de Mattick y Clarke (1998) para evaluar la ansiedad social, y la *Escala de Valoración de las Preocupaciones Sociales* (ASC; Telch *et al.*, 2004) para evaluar el componente cognitivo de la FS.

– El *Inventario de Movilidad* (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely y Williams, 1985) y los *Cuestionarios de Sensaciones Corporales* (BSQ) y *Cogniciones Agorafóbicas* (ACQ) de Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984) para evaluar posible sintomatología agorafóbica.

– Las *Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) y el *Inventario Breve de Síntomas* (BSI; Derogatis y Spencer, 1982) para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva y el malestar emocional general.

– La *Escala de Valoración* para evaluar el grado de mejora/empeoramiento del problema y la importancia que seguía teniendo.

También se utilizó el *Cuestionario de Estado de la Ansiedad Social* (CEAS; Bados, 2009) para evaluar semanalmente la evolución de diversos componentes clave de la FS. Finalmente, se preguntó en cada sesión por la aparición de ataques de pánico desde la sesión anterior.

Análisis del problema

La queja principal de Cristina eran los ataques de pánico, los cuales se dieron dos veces por semana el mes previo de acudir a consulta. Durante los ataques aparecían temblor de piernas, sensación de hormigueo y flaqueza en las piernas, náuseas, taquicardia, dificultades para respirar, sensación de mareo, sensación de irrealidad, ráfagas de calor, miedo a perder el control y, en ocasiones, vómito. Uno de los ataques más intensos fue acompañado de conducta autolesiva consistente en arañarse brazos y piernas con tijeras y uñas. Esta conducta tuvo como posibles factores precipitantes la rabia y la impotencia sentida tras el ataque y la reacción de incompreensión por parte de su pareja. Las reacciones más temidas eran las náuseas y los vómitos, por ser los más visibles y fuente de posible evaluación negativa por parte de los demás. Las sensaciones experimentadas le producían un gran miedo, tal como refleja su puntuación en el BSQ (véase la tabla 2 más abajo), aunque lo que le preocupaba no era tanto las reacciones propiamente dichas, sino que estas fueran observables.

Las situaciones que desencadenaban los ataques de pánico eran, por una parte, los actos sociales, tales como tener que ir a una comida o a una reunión con otras personas, especialmente si las conocía poco o eran familia de su pareja; comer en transportes públicos y comer o tomar café antes de las clases de danza. Y por otra, las frecuentes discusiones con su compañero sentimental. La relación de pareja

era considerada por la paciente como “autodestructiva”, ya que su compañero se mostraba muy agresivo y Cristina reaccionaba con sumisión. Es importante destacar que las situaciones temidas eran de tipo social y no las típicas de la agorafobia. De hecho, en el MI, puntuó significativamente en evitar situaciones cuando iba acompañada, pero no al ir sola, lo contrario de lo que se esperaría en alguien con problemas agorafóbicos. En las situaciones amenazantes predominaban las molestias estomacales, la sensación de náusea, el rubor, las contracciones nerviosas y los temblores.

Aparte de las situaciones sociales, otros factores que facilitaban los ataques y la ansiedad eran las expectativas negativas o preocupación por tener un ataque, o mostrar respuestas de ansiedad y ser evaluada negativamente; y la atención selectiva hacia las sensaciones corporales y las posibles reacciones de los otros. Para protegerse, Cristina evitaba el trato con desconocidos, las comidas copiosas con otros y quedarse a dormir en casas ajenas. Asimismo, las reuniones con amigos o familiares de su pareja le producían una gran ansiedad. En las situaciones no evitadas la paciente utilizaba como conductas de seguridad llevar Alprazolam en el bolso, ir acompañada de una persona de confianza, hablar poco, ensayar mentalmente lo que iba a decir, intentar pasar desapercibida, taparse la cara y abandonar la situación antes de tiempo. De acuerdo con todo lo anterior, la paciente puntuó significativamente en las escalas de ansiedad social (SIAS y SPS) y preocupaciones sociales (ASC); además, en el CSQ puntuó mucho más alto en las preocupaciones socio-conductuales que en las físicas (véase la tabla 2 más abajo).

Como consecuencia de su problema, Cristina presentaba elevados niveles de ansiedad general y estrés y un bajo estado de ánimo, así como alto índice de malestar emocional global, tal como reflejan las puntuaciones del DASS-21 y del BSI en la tabla 2. Asimismo, informó de sensación de inutilidad, baja autoestima, decepción consigo misma, cambios en su personalidad hacia patrones más introvertidos y solitarios, y pensamientos de muerte y suicidio. Sin embargo, no tenía intención de quitarse la vida y se valoró el riesgo de suicidio como bajo.

Historia del problema

Cristina consideraba que siempre había sido muy nerviosa, pero creía que los problemas graves de ansiedad habían empezado al iniciar la relación con su actual pareja, varios años atrás. En esta época, mientras preparaba unos exámenes, estuvo especialmente ansiosa, con sensaciones físicas desagradables que acabaron en vómitos y diarreas. Otro episodio significativo fue la ocurrencia de sensaciones físicas desagradables y vómito cuando fue a dormir a casa de un amigo, lo que le llevó a huir de la situación. Finalmente, tuvo un ataque de pánico tras una discusión con su compañero sentimental. A partir de aquí se desarrolló la hipervigilan-

cia a sus sensaciones físicas, el miedo a las mismas, la preocupación por futuros ataques y la aparición de las primeras conductas de evitación.

El médico de cabecera le había recetado Alprazolam (0,25 mg) para momentos de crisis y lo tomaba cuando se notaba excesivamente ansiosa. Asimismo, hace un año había acudido a terapia psicoanalítica durante 4 meses, pero abandonó por motivos económicos y por pensar que la terapia no le era útil.

Diagnóstico

Se descartó el trastorno de pánico con agorafobia, por las razones ya expuestas, y se consideró que Cristina cumplía los criterios de FS según el DSM-IV-TR. En efecto, evitaba las situaciones sociales, pero no estar sola; le preocupaban sus reacciones corporales no por sí mismas, sino porque los demás pudieran verlas y evaluarle negativamente; los ataques de pánico estaban relacionados con ciertas interacciones sociales; y los reacciones más características en estas, aparte de las molestias estomacales, eran el rubor, las contracciones nerviosas y el temblor, respuestas más típicas de la FS que de otras fobias.

Análisis funcional del problema

Un resumen del análisis funcional puede verse en la figura 1. Al anticipar o encontrarse en las situaciones sociales temidas, aparecían expectativas negativas de mostrar reacciones somáticas inoportunas (por ejemplo, vomitar) y ser evaluada negativamente. Estas expectativas favorecían la conducta de evitación o, de no ser posible esta, el incremento de la respuesta de ansiedad, incluida la posible aparición de un ataque de pánico. Esta ansiedad podía ser aún más fuerte si existían estresores externos o se estaba en la semana premenstrual. Tanto las expectativas como la ansiedad hacían que la atención de Cristina se centrara en las respuestas corporales temidas que podrían aparecer o estaban ya presentes, lo que intensificaba las mismas, y en las posibles reacciones negativas de los demás. Esta atención selectiva favorecía una interpretación negativa de la situación en general y de su actuación en particular, con el consecuente incremento de la ansiedad. Para reducir esta y prevenir la evaluación negativa, la paciente realizaba diversas conductas de seguridad que, aunque le producían un alivio a corto plazo, contribuían a mantener sus expectativas negativas. Una vez terminada la situación, Cristina revisaba cómo había ido la misma, lo que le generaba un elevado sentimiento de culpa, decepción con ella misma y pérdida de seguridad. Como consecuencias de todo el problema, puede señalarse una vida social muy limitada y un bajo estado de ánimo. A esto contribuía también una falta de apoyo por parte de la pareja.

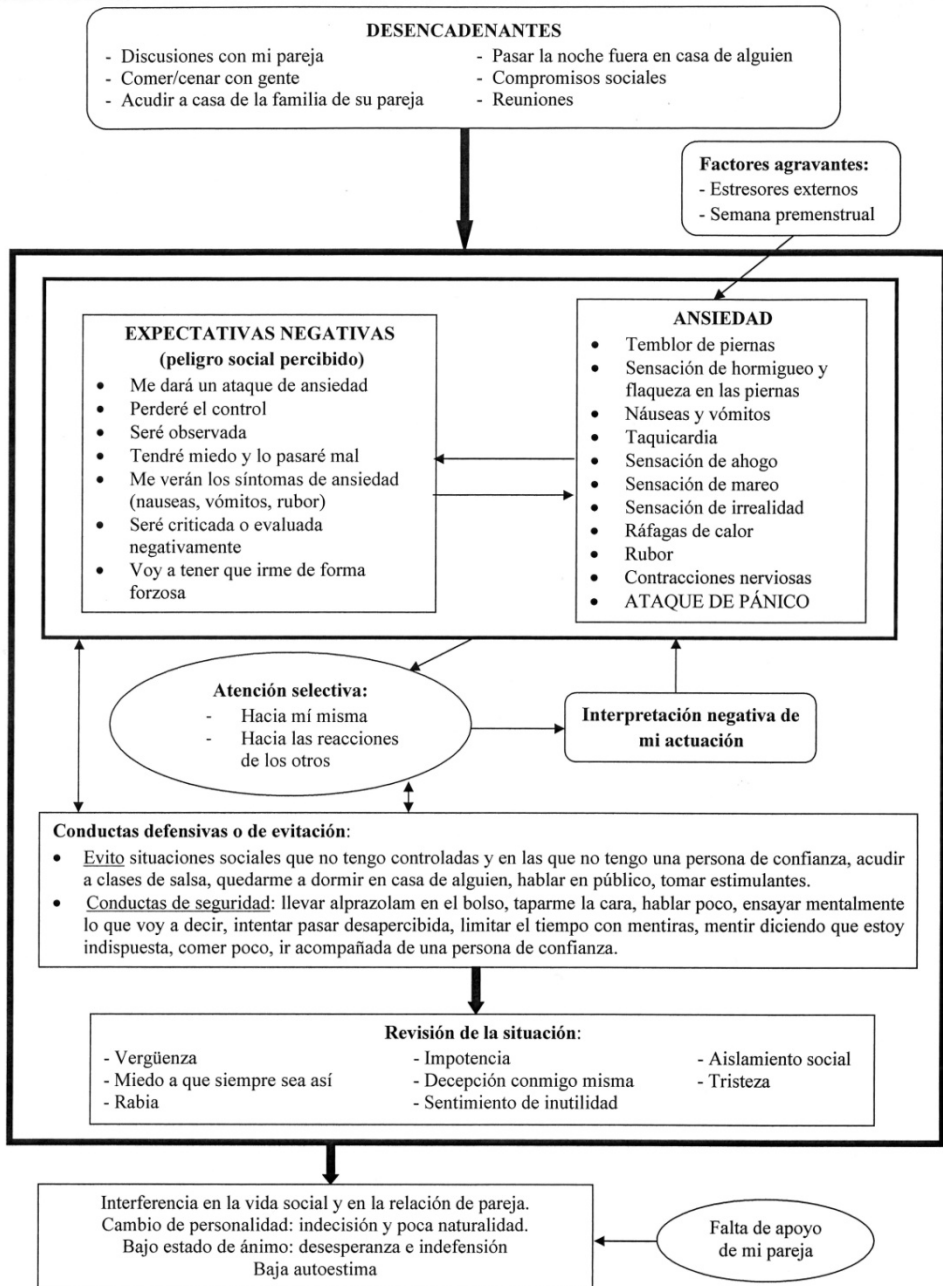


Figura 1. Análisis funcional.

Objetivos terapéuticos

Se acordaron los siguientes objetivos: (a) aprender a tolerar las sensaciones físicas o a manejarlas cuando fuesen excesivas; (b) corregir las expectativas e interpretaciones negativas; (c) reducir la ansiedad social y ataques de pánico; e (d) implicarse más en las interacciones sociales (ser participante activa, poder comer con gente, comunicarse de forma asertiva) sin mostrar conductas defensivas. A través de la consecución de estos objetivos, se esperó que mejorasen también su estado de ánimo y su autoestima.

Tratamiento

Se realizaron 21 sesiones de 1 hora. El tratamiento fue de orientación cognitivo-conductual e incluyó autorregistros, entrenamiento en respiración controlada, entrenamiento en atención, reestructuración cognitiva, autoexposición en vivo y entrenamiento en asertividad, junto con las correspondientes actividades entre sesiones (véase Bados, 2001). La tabla 1 presenta un resumen del tratamiento sesión por sesión.

Desde el inicio de la intervención Cristina registró las situaciones ansiógenas junto con sus pensamientos y reacciones a las mismas. En la primera sesión se acordó el análisis funcional del problema y los objetivos terapéuticos y se expuso el plan de tratamiento. Luego, se explicó la psicofisiología de la ansiedad (segunda sesión) y se inició un entrenamiento en respiración controlada para poder manejar las sensaciones desagradables asociadas a la ansiedad (sesiones 2-4). En las sesiones 3 a 7 se realizó un entrenamiento para aprender a focalizar la atención en la tarea y aspectos agradables de la situación en vez de en las sensaciones físicas. En la sesión 4 se elaboró la jerarquía de exposición y esta última se aplicó en forma de autoexposición hasta la sesión 15. La exposición fue graduada, incluyó la realización de las actividades temidas y/o evitadas, junto con el abandono progresivo de las conductas defensivas, y fue planteada como experimentos para poner a prueba las supuestas consecuencias temidas. Como apoyo para la exposición, se introdujo la reestructuración cognitiva a partir de la quinta sesión, la cual comenzó por el miedo a vomitar; se discutió cuál era la probabilidad de que sucediera, que pasaría realmente si se diera y qué podría hacer.

Aunque al inicio del tratamiento Cristina no vio necesario trabajar los problemas de pareja, progresivamente se fue haciendo más consciente de la asociación de su sintomatología ansiosa con las discusiones y el maltrato verbal de su compañero hacia ella. Así pues, en la sesión 9 se comenzó paralelamente un entrenamiento en asertividad para abordar el patrón sumiso que presentaba en su relación. Este entrenamiento ocupó parte de las sesiones 9 a 15 y la totalidad de las sesiones 16-20, e incluyó explicación de los derechos asertivos, distinción

entre comportamiento sumiso, asertivo y agresivo, reestructuración de pensamientos negativos, ensayos en las sesiones y aplicación en la vida real. Finalmente, en la sesión 21 se revisaron los logros conseguidos y las estrategias aprendidas y se explicó un programa de prevención de recaídas.

TABLA I. RESUMEN DEL TRATAMIENTO POR SESIONES.

Sesión	Trabajo durante la sesión
1	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración conjunta del análisis funcional • Acuerdo de objetivos terapéuticos. • Breve explicación del tratamiento.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la psicofisiología de la ansiedad. • Entrenamiento en respiración controlada.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en respiración controlada. • Entrenamiento en concentración en la tarea. • Justificación de la exposición.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en respiración controlada. • Entrenamiento en concentración en la tarea. • Elaboración de la jerarquía de exposición.
5-8	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en concentración en la tarea. • Reestructuración cognitiva del miedo a vomitar y de otros miedos sociales. • Preparación de situaciones para autoexposición concebida como experimentos conductuales. Incluye la reducción progresiva de conductas defensivas. • Trabajo para tomar conciencia de la relación entre problemas con la pareja y bajo estado de ánimo (sesiones 7 y 8).
9	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. • Preparación de situaciones para autoexposición. • Entrenamiento en asertividad respecto a la pareja (derechos asertivos, distinción entre comportamiento sumiso, asertivo y agresivo).
10-11	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. • Preparación de situaciones para autoexposición. • Entrenamiento en asertividad respecto a la pareja (identificación de situaciones para trabajar, reestructuración cognitiva).
12-15	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. • Preparación de situaciones para autoexposición. • Entrenamiento en asertividad respecto a la pareja (reestructuración cognitiva, ensayos en las sesiones).
16-20	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en asertividad respecto a la pareja. • Discusión de las interpretaciones cuando no logra ser asertiva y ensayos de formas alternativas de actuar.
21	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los logros conseguidos. • Revisión de las estrategias aprendidas. • Programa de prevención de recaídas.

Nota: En todas las sesiones hubo una revisión del autorregistro y de las actividades acordadas para la semana. Estas actividades se derivaron lógicamente de lo trabajado en cada sesión.

Resultados

La tabla 2 presenta los resultados de los cuestionarios aplicados en el pretratamiento, durante el tratamiento y al final de este.

TABLA 2. RESULTADOS OBTENIDOS EN DISTINTOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN.

Medidas	Rango	Punto de corte ^a	Pre	Sesión 6	Sesión 15	Post
SIAS Ansiedad por Interacción Social	0-76	26	32	30	17	12
SPS Escala de Fobia social	0-80	26	35	28	15	7
ASC Preocupaciones Sociales:						
Evaluación negativa	---	---	41	56,11	9,44	2,22
Síntomas observables	---	---	47,50	47,50	10	2,5
Impotencia social	---	---	53,33	70,00	6,66	3,33
Puntuación total	0-100	43,21	47	54,75	9,25	2,5
CEAS Cuestionario de Estado de la Ansiedad Social:						
Perturbación de la ansiedad social	0-8	2	5	3	1	2
Frecuencia de evitación social	0-8	2	5,8	4,3	0,9	0,8
% de atención en actividad social	0-100	60	10	50	90	70
Frecuencia de conductas defensivas	0-8	2	5,9	2,8	0,3	1,3
Creencia en pensamientos negativos	0-100	25	66	45	10	9
BSQ Cuestionario de sensaciones	1-5	2,31	3,52	2,41	1,52	1,17
ACQ Cogniciones agorafóbicas:						
Preocupaciones físicas	1-5	1,62	2	1,75	1,42	1,14
Preocupaciones socio-conductuales	1-5	2,03	4	2,20	1,71	1,14
Nº de ataques de pánico en 2 semanas	0-	0	4	0	4	0
DASS-21 Depresión	0-42	10	30	8	12	6
DASS-21 Ansiedad	0-42	9	26	12	16	12
DASS-21 Estrés	0-42	16	26	18	18	14
BSÍ Índice de Severidad Global	0-4	0,68	1,79	1,09	1,00	0,51

Nota: ^a Calculado según el criterio *c* de Jacobson y Truax (1991), indica si es más probable que una puntuación pertenezca a la población general que a la disfuncional. Los puntos de corte del CEAS y de los ataques de pánico fueron establecidos arbitrariamente, ya que no hay datos normativos. Se resaltan en negrita las puntuaciones que sobrepasan el punto de corte en dirección disfuncional

A los 2 meses (sexta sesión de tratamiento) hubo un cierto avance en el miedo a las sensaciones corporales, preocupaciones socio-conductuales, estado de

ánimo, ansiedad general, estrés y malestar emocional general, aunque la mejora fue menor o nula en las medidas de ansiedad social. No había habido ataques de pánico. A los 6 meses (15ª sesión) la mejora fue más palpable y en casi todos los cuestionarios, incluidos los de ansiedad social, la puntuación estuvo por debajo del punto de corte indicativo de patología. Las excepciones fueron las medidas de ansiedad, depresión, estrés y malestar emocional general, debido a las agrias discusiones y maltrato por parte de la pareja. Esto propició también la aparición de varios ataques de pánico. Una vez trabajada la situación conflictiva con su compañero, Cristina logró comportarse con él de forma mucho más asertiva e informo que el comportamiento de su pareja había cambiado claramente hacia mejor. En consonancia con esto, todas las puntuaciones estuvieron por debajo del punto de corte en el postratamiento, salvo la medida de ansiedad general.

Por otra parte, según la Escala de Valoración, la paciente se encontraba *mucho o muchísimo mejor* (7,3 sobre 8) en sus problemas: pánico a vomitar delante de otros, evitar situaciones sociales, miedo a ponerse roja, ser sumisa con su pareja. Además, creía que estos problemas eran *leves o muy leves* y que le afectaban *poco o muy poco* (1 sobre 8). Finalmente, la paciente ya no tomaba Alprazolam ni lo llevaba en el bolso.

Discusión

Tras la aplicación del tratamiento, se consiguieron de forma ampliamente satisfactoria los objetivos propuestos. Cristina logró afrontar, con una mínima ansiedad y sin mostrar conductas defensivas, interacciones sociales antes evitadas. Al mismo tiempo, adoptó una actitud asertiva y de no tolerancia hacia las conductas agresivas de su compañero. También redujo de modo notable la hipervigilancia a las sensaciones físicas y el miedo a las mismas. Los ataques de pánico fueron apenas inexistentes y, cuando ocurrieron, no tuvieron una interferencia significativa. Es interesante destacar también que las reducciones en ansiedad y evitación social fueron acompañadas de una disminución de las preocupaciones sociales y de la creencia en las consecuencias sociales negativas, variables que pueden considerarse mediadoras de los resultados de la terapia cognitivo-conductual (Vögele *et al.*, 2010).

Todos estos resultados van en la línea de diversos estudios que han mostrado que la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad aplicada en la práctica clínica habitual, incluso por terapeutas en formación debidamente supervisados, obtiene resultados comparables a los observados en investigaciones controladas (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Stewart y Chambless, 2009).

Además de los logros mencionados, y en consonancia con datos meta-analíticos (Powers, Sigmarsson y Emmelkamp, 2008), hubo una mejora significativa en el estado de ánimo, en autoestima y en el malestar emocional global.

Sin embargo, persistió un nivel significativo de ansiedad que, según Cristina, era debido al pluriempleo, a la incertidumbre sobre su futuro laboral y a las dudas sobre la conveniencia de mantener la relación con su compañero. Estos temas no fueron objetivos de la terapia, pero queda en el aire si hubiera sido conveniente alargar algo la intervención para ayudar a manejar las dificultades de pareja. Sin embargo, la paciente decidió concluir el tratamiento por verse capaz de afrontar dichas dificultades y por tener ciertos problemas económicos en esos momentos.

Una limitación del presente caso es la ausencia de datos de seguimiento para ver si las mejoras conseguidas se mantienen, pero la experiencia con otros casos vistos en nuestro centro y los resultados de meta-análisis (Powers *et al.*, 2008) indica que los logros persisten e incluso mejoran en seguimientos realizados hasta 6 años después. Sin embargo, el 13-25% de los pacientes mejorados recaen (Bados, 2009).

A la hora de explicar los excelentes resultados conseguidos por Cristina, cabe citar su gran motivación, ya que cumplió con el tratamiento de manera constante. Además, desde el primer contacto se consiguió una alianza terapéutica sólida, lo cual permitió frenar resistencias al cambio. Otra razón importante fue la aceptación y puesta en práctica sistemática de la técnica de exposición, incluida la comprendida en el entrenamiento en asertividad, lo que permitió a la paciente aprender a manejar su ansiedad y comprobar lo infundado de sus miedos. De todos modos, al tratarse de un estudio de caso, sin diseño experimental, no es posible saber a ciencia cierta a qué fueron debidas las mejoras conseguidas.

La parte más difícil del proceso fue la fase de evaluación debido a la gran desesperanza que presentaba Cristina y a la poca confianza que tenía en conseguir resultados. El análisis funcional fue crucial para que tomara conciencia de la situación que estaba viviendo, de su origen y de los factores que la mantenían. Fue a partir de este momento y junto con la sólida alianza terapéutica construida, cuando la paciente pasó a confiar en el proceso terapéutico, dándose un cambio muy significativo en su actitud hacia la terapia.

Como terapeuta en formación (I.O.M.), este caso me ha permitido aprender a ser lo suficientemente exhaustiva en la entrevista clínica como para realizar preguntas que discriminen un trastorno de otro y poder así realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Asimismo, he comprendido la importancia que tiene estudiar en profundidad las sutilezas de cada trastorno de cara a poder entender mejor el origen y, sobre todo, el mantenimiento del problema. El proceso de evaluación fue para mí especialmente difícil ya que tuve que aprender a canalizar mis inseguridades como terapeuta en formación para poder enfrentarme de manera profesional a las resistencias iniciales de la paciente. Empatizar con su sufrimiento y desesperanza al mismo tiempo que poder avanzar en la recogida de la información es un aprendizaje que también destaco de esta fase inicial del proceso. Uno de los momentos más difíciles para mí fue cuando la amiga explicó detalles importantes relacionados con ideas de suicidio y con el comportamiento agresivo de la pareja que Cristina

no había contado. Esta situación me hizo comprender lo importante que es establecer una alianza terapéutica sólida para que los pacientes se sientan capaces de hablar de cuestiones que les resultan especialmente difíciles y/o embarazosas. Esta información discordante la contrasté en otra entrevista de evaluación en la que abordé estas cuestiones teniendo especial cuidado para no hacerle sentir culpable por haberlo ocultado o minimizado.

Como he mencionado antes, el análisis funcional fue crucial para la consecución de un cambio de actitud en Cristina hacia la terapia. Este cambio me ayudó a comprender la importancia que tiene plasmar en un esquema la situación problemática con sus variables mantenedoras para que los pacientes sean capaces de entender qué les sucede y poder así facilitar su implicación en la terapia.

Del tratamiento destaco el aprendizaje realizado en torno a la correcta utilización de la técnica de exposición y al manejo de las dificultades que surgen durante su aplicación. Comprendí la importancia que tiene realizar una óptima jerarquía para conseguir que el enfrentamiento a los miedos sea paulatino y conseguir así el éxito en las exposiciones. Pienso que una razón por la cual Cristina aceptó la técnica de exposición y la llevó a cabo de manera constante está relacionada con el hecho de que la explicación y justificación de la técnica se realizara de manera exhaustiva, mediante un escrito y con ejemplos de su propia experiencia, haciéndole conectar con la importancia de hacer frente a sus miedos.

La exposición y la reestructuración cognitiva ayudaron a que Cristina se enfrentase a situaciones que temía y a que reconociese lo infundado de sus miedos. Sin embargo, se mantenía, aunque con menos intensidad, la anticipación del miedo a vomitar delante de otros. Quizá lo ideal hubiera sido introducir la exposición interoceptiva para conseguir pruebas en contra de ese miedo. No obstante, debido a la importancia que empezó a adquirir el problema de pareja, se decidió darle más peso al entrenamiento en asertividad, dejando que el miedo a vomitar se desvaneciese con la acumulación de experiencias en contra del mismo. Me queda la duda, no obstante, de si con el tiempo ese miedo a vomitar cobrará fuerza por no haberse afrontado de manera directa mediante la exposición interoceptiva o si el trabajo realizado fue lo suficientemente potente como para haberlo vencido.

Otra situación difícil como terapeuta fue la de tomar la decisión de finalizar el tratamiento, ya que Cristina en las últimas sesiones se veía recuperada y muy capacitada para seguir adelante por sí misma, a pesar de la situación conflictiva con su compañero; ella deseaba dar por finalizada la terapia. La razón principal que me llevó a tomar esta decisión se centra en la mejora clínicamente significativa de su ansiedad social, que era el motivo de consulta principal. Además, consideré que la paciente había dado un salto cualitativo en la percepción de sí misma, los demás y el mundo que le permitían enfrentarse a las dificultades de la vida por sí misma y de manera más positiva.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto revisado). Washington: Autor.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2009). *Fobia social: naturaleza, evaluación y tratamiento* [Monografía]. Universidad de Barcelona. Handle: <http://hdl.handle.net/2445/6321>
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *46*, 429-435.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 585-599.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 1090-1097.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 35-44.
- Derogatis, L.R. y Spencer, P.M. (1982). *The Brief Symptom Inventory: Administration and procedures manual – I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark y Wittchen, H-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*, 453-462.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia.
- Mattick, R.P. y Clarke, C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 455-470.
- Powers, M.B., Sigmarsson, S.R. y Emmelkamp, P.M.G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 94-113.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. y Weissman, M.W. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 282-288.
- Stewart, R. y Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 595-606.
- Telch, M.J., Lucas, R.A., Smits, J.A.J., Powers, M.B., Heimberg, R. y Hart, T. (2004). Appraisal of Social Concerns: A cognitive assessment instrument for social phobia. *Depression and Anxiety*, *19*, 217-224.
- Vögele, C., Ehlers, A., Meyer, A., Frank, M., Hahlweg, K. y Margraf, J. (2010). Cognitive mediation of clinical improvement after intensive exposure therapy of agoraphobia and social phobia. *Depression and Anxiety*, *27*, 294-301.