



**EFICACIA DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL
TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES
EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL**

María Alejandra Sierra Camargo, (CE: 52711590).

Estudio de Caso Único dirigido por:

Diana Melissa Quant Q.

El presente trabajo es presentado como requisito de Grado, de la Maestría en Psicología

Clínica, Departamento de Psicología, División de humanidades y Ciencias Sociales,

Fundación Universidad del Norte.

Bogotá, Septiembre de 2017

Contenido

Introducción,	5
Justificación,	9
Área problemática,	11
Objetivos,	14
<i>Objetivo General,</i>	<i>14</i>
<i>Objetivos Específicos,</i>	<i>14</i>
Historia Clínica del Paciente,	15
<i>Información sociodemográfica,</i>	<i>15</i>
<i>Motivo de Consulta,</i>	<i>15</i>
<i>Identificación del problema (Historia, análisis descriptivo y categorial),</i>	<i>15</i>
Cumplimiento de criterios DSM- 5,	17
Análisis Histórico: Áreas de Ajuste,	19
Genograma,	21
Formulación, Análisis del Caso y Plan de tratamiento,	21
<i>Comunalidades de Análisis Funcional y Clases de Respuesta (Fisiológica, cognitiva-verbal y patrones de comportamiento),</i>	<i>22</i>
<i>Hipótesis de Adquisición (vulnerabilidades y factores protectores) y de Mantenimiento (procesos básicos),</i>	<i>25</i>
<i>Propuesta de Intervención (Relación de Hipótesis de mantenimiento, metas y actividades clínicas),</i>	<i>28</i>
<i>Descripción de las actividades clínicas, de las sesiones y resultados asociados,</i>	<i>31</i>
Marco Conceptual de Referencia,	56
Metodología,	76
<i>Variable de estudio,</i>	<i>76</i>
<i>Diseño,</i>	<i>77</i>
<i>Población (Participante),</i>	<i>78</i>
<i>Instrumentos y otras medidas del proceso de evaluación-intervención,</i>	<i>78</i>
<i>Consideraciones éticas,</i>	<i>81</i>
Resultados y análisis comparativo de las fases de pre-tratamiento, post-tratamiento (medidas de cambios finales) y evaluaciones control,	82

Discusión y conclusiones, 92

Referencias, 100

Anexo 1: Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS), 105

Anexo 2: Inventario de Asertividad de Rathus (RAS), 106

Anexo 3: Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE), 108

Anexo 4: Escala Global de Severidad e Interferencia de la Depresión (ODSIS), 109

Anexo 5: Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad (OASIS), 111

Lista de Tablas

- Tabla 1.** Comunalidades de Análisis Funcional y Clases de Respuesta (Fisiológica, cognitiva-verbal y patrones de comportamiento), 24
- Tabla 2.** Integración de hipótesis de mantenimiento, metas y actividades clínicas, 29
- Tabla 3.** Registro de inducción de síntomas fisiológicos, 46
- Tabla 4.** Puntuaciones de los ítems de asertividad por oposición o inhibición en cada subdimensión planteada por León y Vargas (2009), 86

Lista de Figuras

- Figura 1.** Extracto del registro del consultante de la hoja de balance decisional, 35
- Figura 2.** Escena ambigua tomada del capítulo 8 del Manual del Paciente- Módulo 4 del PU, 45
- Figura 3.** Registro de jerarquía de evitación emocional y situacional del consultante, 53
- Figura 4.** Puntuaciones de la Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS), 83
- Figura 5.** Puntuaciones del Inventario de Asertividad de Rathus (RAS), 85
- Figura 6.** Puntuaciones de la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE), 88
- Figura 7.** Puntuaciones de las escalas ODSIS- OASIS, 90

Introducción

Los trastornos emocionales incluyen los de ansiedad y del estado de ánimo; estos se consideran los de mayor prevalencia en la actualidad a nivel mundial (OMS, 2013). Según informes recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 2017) existe un incremento del 18% en trastornos depresivos, lo que representa que 322 millones de personas están padeciendo este trastorno; por su parte, la ansiedad se ha incrementado en un 15%, lo que representa que 264 millones de personas padecen trastornos de ansiedad.

La tendencia de estos trastornos está aumentando sobretodo en países de bajos y medianos ingresos, así como en regiones de conflicto. En Latinoamérica, Brasil es el país que más trastornos de ansiedad reporta con 9.3% de la población, seguido por Paraguay (7.6%); Chile (6.5%); Uruguay (6.4%); Argentina (6.3%) y Colombia (5.8%) (OMS/OPS 2017). Estos trastornos tienen una prevalencia mayor en las mujeres con respecto a los hombres, casi duplicándolos.

La OMS desde el año 2008 ha establecido un programa para que los gobiernos den prioridad a la detección y tratamiento de los trastornos mentales (OMS, 2013); por su parte, la Organización Panamericana de la Salud se ha sumado a esta iniciativa en los países de América Latina y el Caribe, dando origen al Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020) para tratar de impactar positivamente a la población que padece estos trastornos.

A pesar de los esfuerzos de estas organizaciones y de los gobiernos, la magnitud y el crecimiento de estos problemas continúa en aumento; por lo cual se deben considerar y evaluar los mejores tratamientos para esta población.

Los trastornos de ansiedad han sido actualizados por la American Psychiatric Association (APA, 2013) en cuanto a su organización en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (5ª Edición) e incluyen entre otros, los siguientes: trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, trastorno de pánico, agorafobia y el trastorno de ansiedad social. El presente estudio se centra en el trastorno de ansiedad social, que tiene unas características particulares y se presenta en una proporción similar en hombres y mujeres.

La ansiedad o fobia social, es definida por la APA (2013) como un “temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible escrutinio por parte de otras personas” (p.202), llegando a alterar significativamente el funcionamiento normal de la persona en una o más áreas importantes de su vida y generándole un malestar permanente. Según estudios epidemiológicos, la ansiedad social tiene una prevalencia global que está entre el 3% al 13% de todos los trastornos de ansiedad, dependiendo de los criterios diagnósticos que se utilicen y las comorbilidades asociadas.

Al respecto, existe una importante comorbilidad en sujetos que presentan ansiedad social con otro tipo de trastornos; principalmente con el trastorno depresivo mayor, los trastornos por consumo de sustancias y el trastorno de personalidad por evitación. (APA, 2013). Las comorbilidades, según investigaciones actuales hacen referencia a los procesos básicos comunes a estos trastornos, que son derivados del posible solapamiento de síntomas de uno a otro (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Estos procesos causales básicos corresponden a: a) proceso biológico; b) proceso de aprendizaje, relativo al condicionamiento y repertorio conductual; c) aprendizaje-cognoscitivo, referente a los procesos verbales y al procesamiento de la información y d) proceso motivacional (Castro, 2011). Particularmente en la ansiedad social, los factores predominantes en cada proceso involucrarían a nivel biológico, una reactividad fisiológica; en el proceso de aprendizaje-

condicionamiento, respuestas emocionales condicionadas y déficits en regulación y habilidades sociales; en el de aprendizaje-cognoscitivo, sesgos atencionales, catastrofización y auto-focalización y en el proceso motivacional, los patrones de evitación (Hofmann y Barlow, 2002).

Para el abordaje del trastorno de ansiedad social, sus procesos implicados y los problemas relacionados; existen diferentes perspectivas entre las que se han destacado los tratamientos basados en la evidencia, que están conformados por técnicas y/o protocolos empíricamente validados y han mostrado su eficacia clínica para trastornos específicos (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo-López, 2010). Tradicionalmente las técnicas del modelo cognitivo- conductual han hecho parte de estos tratamientos para ansiedad social, aplicando cuatro tipos de procedimientos como son: la exposición; la reestructuración cognitiva; el entrenamiento en habilidades sociales y las estrategias de relajación (Labrador y Ballesteros, 2011).

Este enfoque, se limita a disminuir la intensidad y frecuencia de los síntomas de la persona en los diferentes canales de respuesta y a incrementar las habilidades de afrontamiento para promover un mejor desempeño en las situaciones sociales (Nezu, Maguth y Lomb, 2006). En contraste, se presenta la perspectiva transdiagnóstica, que se acerca más a un abordaje multidimensional de los trastornos, centrándose en los procesos y factores más o menos comunes a estos, para lograr entender, clasificar e integrar los diferentes síntomas o diagnósticos que presenta una persona (Sandín, 2012).

En esta perspectiva transdiagnóstica, se basa el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU), desarrollado por el doctor David Barlow y sus colegas (Barlow et al., 2011); que aprovecha los aportes y principios fundamentales de los tratamientos cognitivo-conductuales, integrándolos con factores derivados de la investigación, como son la regulación emocional y la diátesis o vulnerabilidad de tipo biológico y psicológico;

que al interactuar con factores de estrés psicosocial, constituyen una base común a diferentes problemas del amplio espectro de los trastornos emocionales.

Los mecanismos de cambio abordados desde el PU, se relacionan con tres componentes relevantes para el tratamiento de los trastornos emocionales, como son la alteración de las valoraciones cognitivas antecedentes de carácter erróneo (reevaluación cognitiva); la prevención de la evitación emocional y la facilitación de tendencias de acción no asociadas con o impulsadas por la emoción desregulada o desadaptativa (Barlow, Allen y Choate, 2016). Bajo estos componentes, el objetivo del PU no es eliminar las emociones negativas, sino más bien llevarlas a un nivel funcional y adaptativo.

Por su parte, el PU está compuesto por 8 módulos, que contemplan los siguientes aspectos clave del procesamiento y la regulación de las experiencias emocionales: a) consciencia emocional centrada en el presente; b) flexibilidad cognitiva; c) evitación emocional y conductas impulsadas por emociones (CIE's); d) reconocimiento y tolerancia de las sensaciones físicas y e) exposición interoceptiva y a las experiencias emocionales (Barlow et al., 2011).

Así, el PU está indicado para el tratamiento de una amplia gama de trastornos emocionales, como el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, la agorafobia, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión unipolar y la fobia social, que ocupa el problema clínico del presente estudio. Por otro lado, está indicado para otros trastornos relacionados estrechamente, como los somatomorfos y los disociativos, que comparten características importantes o procesos causales comunes, dando cuenta de los factores de adquisición y mantenimiento de la problemática de la persona (Barlow et al., 2011).

Justificación

A nivel mundial los trastornos de ansiedad al igual que otros trastornos mentales, han aumentado en frecuencia debido al estilo de vida de las sociedades modernas, entre otros factores estresores de índole psicosocial y económico. En el 2015 se calculó en 3,6% la proporción de la población mundial que padece trastornos de ansiedad, ubicándolos en el sexto lugar dentro de los trastornos que más contribuyen a las altas tasas discapacidad en el mundo con 3,4% (OMS/OPS, 2017); por su parte, en las Américas, la población afectada para este mismo año fue de 57.22 millones de personas, que representan el 21% de los que padecen este trastorno en el mundo.

En Colombia, el Ministerio de Salud desarrolló en conjunto con Colciencias y la Pontificia Universidad Javeriana, la Encuesta Nacional de Salud Mental (Gomez-Restrepo, Escudero, Matallana, González y Rodríguez, 2015); estableciendo que de la población adulta, una de cada veinticinco personas había tenido en el último año, un trastorno mental dentro de los correspondientes a los de ansiedad y del estado de ánimo.

Según la misma fuente (2015), uno de cada cinco adultos con algún trastorno mental, cumple criterios para uno o más de estos en toda la vida, lo cual sugiere según los expertos, que, en la población adulta, una significativa proporción tiene trastornos mentales con una mayor complejidad, en términos del abordaje terapéutico y el pronóstico más negativo.

En relación con los trastornos de ansiedad, en Colombia la prevalencia es menor a la que se reporta a nivel internacional; siendo los más frecuentes dentro de este grupo en el país, el trastorno de ansiedad generalizada (1,3 %) y la fobia social (2,7 %) (Gomez-Restrepo et al. 2015).

A pesar de la alta prevalencia y significativa interferencia en la calidad de vida de las personas con algún trastorno mental, desde el año 2008 la OMS ha mostrado la brecha existente

entre los países desarrollados y los países de medianos y bajos ingresos, en cuanto al acceso a servicios de salud mental; estimando que de los países menos desarrollados, hasta el 90% de las personas con estos trastornos ni siquiera recibirían atención básica en salud mental (OMS, 2008).

Por su parte, en Colombia solo una baja proporción de las personas con problemas mentales, busca atención para mejorar su condición o sintomatología; y solo de aquellos que fueron encuestados, casi el 90% recibía algún tipo de intervención. (Gomez-Restrepo et al. 2015). Sin embargo, no es claro el tipo de intervención que esta población llega a recibir, en términos de saber si se está haciendo un abordaje efectivo de la complejidad de la problemática.

De lo anterior, se deriva la importancia de ofrecer a la comunidad, una mayor y mejor cobertura en salud mental; la cual debería brindarse a través de la implementación de tratamientos basados en la evidencia que resultan ventajosos en términos de costo-efectividad; al posibilitar una mayor precisión en la identificación y tratamiento de la población que presenta algún trastorno o comorbilidad de la gama de los trastornos emocionales (Belloch, 2012).

Como parte de estos tratamientos, se encuentra el PU (Barlow, 2011); el cual ha sido seleccionado como la alternativa terapéutica frente a las necesidades clínicas del caso de ansiedad social del presente estudio.

Los distintos módulos del PU se ajustan gracias a su flexibilidad, como un programa específico a las manifestaciones del malestar de este consultante o a las dimensiones de sus síntomas y su interrelación; buscando responder en mayor medida a las principales variables de mantenimiento de su problema como la evitación emocional, los sesgos atencionales, las respuestas condicionadas y los déficits en regulación emocional, habilidades sociales y asertividad.

De esta manera, se intensifican o extienden los módulos relacionados con la identificación de conductas de evitación, el aumento de la consciencia y tolerancia al malestar, la exposición emocional interoceptiva y situacional; en este punto de la exposición, se adiciona el entrenamiento en habilidades sociales.

Finalmente, al evaluar la eficacia que tiene el PU en la disminución de la sintomatología y una mayor funcionalidad emocional en este caso particular; se pretende aportar evidencia empírica en psicología clínica aplicada, que contribuya al diseño, desarrollo y/o adaptación de esta estrategia de intervención, para el abordaje de un mayor número de pacientes con trastornos como la ansiedad social.

Área Problemática

En primer lugar, es importante hacer una caracterización o descripción general del trastorno de ansiedad social, también denominado como fobia social, así como de sus manifestaciones típicas; siendo el problema clínico que ocupa el presente estudio.

Según la APA (2013), el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) tiene como característica esencial un “marcado e intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás”; temor que se relaciona con la evaluación negativa por parte de otros. Esto se asocia a su vez, con el miedo a mostrarse o actuar de determinada manera, que haga evidentes sus síntomas de ansiedad como por ejemplo, experimentar temblor, sudoración, trabarse con las palabras, evitar el contacto ocular, entre otros; y que en consecuencia, puedan producir rechazo en los demás.

Siguiendo con la descripción general de los criterios diagnósticos del TAS referidos por el DSM-5 (2013); la persona siente miedo o ansiedad en casi todas las situaciones sociales; aunque el grado de temor experimentado puede variar en cada ocasión. Dicha ansiedad o temor

frente a las situaciones sociales lleva al sujeto a evitar la situación ya sea de manera generalizada o con conductas sutiles; que en el caso de tener que soportar la situación, llega a experimentar un miedo o ansiedad intensos; los cuales son por lo general, desproporcionados con respecto al riesgo o amenaza real que representa la situación o contexto social en que se encuentra el sujeto, teniendo en cuenta que hay una tendencia en este, a sobreestimar las consecuencias negativas de estas situaciones.

En cuanto a la duración y relevancia clínica de las manifestaciones en la persona, la ansiedad, el miedo o la evitación, se presentan típicamente un mínimo de seis meses y deben causar una interferencia o deterioro importante en el funcionamiento en áreas como la social, laboral u ocupacional, por ejemplo.

Adicional a la anterior descripción diagnóstica del TAS, los individuos con este trastorno, pueden evidenciar otros signos relacionados con sumisión, inasertividad y manifestaciones verbales y no verbales, como disminución del contacto ocular o del tono de voz, entre otros; que apoyarían el diagnóstico (APA, 2013).

Las manifestaciones plasmadas en los criterios descritos en el DSM-5 (2013), son descritas por Caballo, Verania y Bas (2007) en los diferentes canales de respuesta de la persona. A nivel fisiológico, se destacan los temblores, las palpitaciones y la suduración; a nivel conductual, la manifestación predominante hace referencia a la evitación; y cognitivamente, se encuentra una alta sobreestimación negativa por parte del sujeto acerca de su conducta y el temor a la evaluación negativa por parte de otros. Dichas manifestaciones de tipo conductual y cognitivo, hacen parte importante de los factores de mantenimiento del problema del paciente.

La anterior conceptualización general acerca del TAS, se articula a una perspectiva transdiagnóstica, gracias a la integración que esta permite del enfoque categorial y dimensional

del problema. Dicha perspectiva, involucra los diferentes síntomas y características del TAS, desde cuatro principios psicopatológicos transdiagnósticos que subyacen a los trastornos emocionales; estos corresponden según Barlow, Raffa y Cohen (2002) a: la atención autofocalizada o preocupación neurótica; la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad; las tendencias a la acción y la evitación.

Estos cuatro principios estarían implicados tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los síntomas del paciente. Por un lado, el establecimiento de las hipótesis de adquisición de la problemática, permite identificar los factores que pueden biológica y psicológicamente, predisponer a una persona al desarrollo de algún trastorno emocional; para explicar estos factores, se toma como base el modelo de la triple vulnerabilidad propuesto por Barlow (2002).

La primera vulnerabilidad planteada, es la de tipo biológico generalizado o heredabilidad, relacionada con la tendencia a la ansiedad y/o al afecto negativo; que en el caso del TAS, se asociaría con una tendencia a la inhibición conductual/social y a la expresión de aprehensión ansiosa. Un segundo tipo de vulnerabilidad, se refiere a la psicológica generalizada; que se desarrolla por experiencias tempranas que generan en el individuo un sentido de incontrolabilidad e impredecibilidad. En tercer lugar, se presenta una vulnerabilidad psicológica específica, asociada con experiencias concretas de aprendizaje, que resulta estar directamente en la génesis de trastornos específicos como la fobia social (Sandín, 2012).

Por otra parte, se da el establecimiento de las hipótesis de mantenimiento de la problemática, que se relacionan estrechamente con el plan de tratamiento; debido a que buscan explicar los mecanismos o procesos por medio de los cuales, un paciente ha mantenido la problemática a lo largo del tiempo, determinándolos como focos de intervención. Al respecto de

estos procesos, Castro (2011) plantea que en la ansiedad social “los mecanismos de interpretación catastrófica de la realidad junto con la tendencia a evitar o a escapar, hacen que la reacción primaria de defensa (proceso biológico) se desencadene ante situaciones que no son realmente peligrosas, como hablar en público (proceso de aprendizaje y transformación de la información)” (p.72).

Estos procesos básicos implicados en el mantenimiento del problema, han sido y seguirán siendo abordados a profundidad a lo largo del estudio, como ejes del tratamiento del caso particular desde la perspectiva transdiagnóstica, al efectuar su intervención a través del PU; por lo cual se pretende responder a la pregunta sobre cuál es la eficacia clínica del PU, con una adición de entrenamiento en habilidades sociales alterna al módulo de exposición, en un caso de ansiedad social.

Objetivos

Objetivo General

Demostrar la eficacia del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU), como una alternativa de abordaje clínico para el tratamiento de un paciente con diagnóstico ansiedad social.

Objetivos Específicos

Comprender la problemática del paciente, en términos de su desarrollo y de las variables de mantenimiento asociadas desde una perspectiva transdiagnóstica.

Determinar el impacto de la aplicación del PU de manera combinada con el entrenamiento en habilidades sociales, en la disminución de la sintomatología del paciente.

Historia Clínica del Paciente

Información sociodemográfica

Martín es un hombre de 60 años, procedente de Pensilvania (Caldas), siendo el penúltimo de 12 hermanos, de un hogar de padres fallecidos. Es psicólogo social de profesión y trabaja con un entidad estatal en el área social hacia la comunidad. Convive con su compañera en unión libre desde hace 20 años, con quien tiene un hijo de 16 años. Tiene tres hijos mayores de dos uniones anteriores.

Motivo de Consulta

El paciente acude a consulta por iniciativa propia refiriendo “limitación para consolidar propuestas innovadoras que he construido como solución a problemas sociales importantes, falta de fuerza para defender mis propias ideas, dificultades para comunicar mis ideas, baja autoestima. En espacios nuevos soy totalmente retraído, no me fluyen las ideas, cuando hay conflictos en el trabajo no soy capaz de confrontarlos”. Paralelamente Martín muestra alta motivación frente al inicio de un proceso terapéutico, manifestando “certeza de que puedo mejorar en el ámbito personal, profesional y social. Superar limitaciones para la sociabilidad”.

Identificación del problema (Historia, análisis descriptivo y categorial)

Se identifica en el consultante como problema principal clínicamente relevante, un malestar emocional relacionado con su percepción de evaluación negativa por parte de otros y a partir de sus propios estándares de desempeño. Desde aproximadamente hace 20 años, momento en que se desmovilizó del grupo insurgente en el que militaba y debió comenzar su proceso de reintegración a la vida civil, reestructurando su proyecto de vida en todas las áreas de funcionamiento, con un rol esperado de liderazgo frente a organizaciones y equipos de trabajo, teniendo a su vez que poner límites y defender sus derechos y posturas contrarias a las de los

demás; conductas o demandas del contexto, que se le dificultaban, sintiéndose “paralizado” y sin poder emitir las respuestas necesarias. Dicho malestar se exagera actualmente, en su contexto laboral, el cual es demandante y exigente, al requerirle ejercer liderazgo y hablar en público, participar en reuniones de trabajo cotidianas o en contextos sociales más amplios; a su vez, en algunas situaciones con su núcleo familiar, se percibe incapaz de defender su posición o inhibido para expresar las inconformidades asertivamente.

Cabe anotar, como historia de la problemática, que en los años antecedentes a la desmovilización y reinserción a la vida civil, es decir, durante los años de militancia de Martín; el malestar era intermitente o no interfería significativamente en sus diferentes áreas de ajuste, en comparación con la interferencia percibida antes y después de su vida insurgente; esto debido al contexto y la naturaleza de aquel rol, que no le implicaban una amplia o constante exposición social, en términos de interacción y de la posible evaluación por parte de otros sobre su desempeño en esta área. A su vez, en esos años, Martín había intentado normalizar su sintomatología, con auto-verbalizaciones como “soy tímido y ya (...)”.

El problema se manifiesta en los tres canales o sistemas de respuesta del consultante de la siguiente manera: a nivel fisiológico, con síntomas o respuestas como sequedad en la boca, sensación de sed, aumento de la Frecuencia Cardiaca (FC) y del Volumen Sanguíneo Periférico (VSP- sonrojamiento y sensación de calor). En relación con el componente cognitivo, Martín se percibe con dificultad para poner límites a los demás con auto-verbalizaciones como “mis hermanos y yo somos muy capaces, pero no nos defendemos ni peleamos por lo propio, dejamos que nos pasen por encima”; refiere preocupación por lo que las personas significativas o en su ámbito laboral puedan pensar sobre su desempeño, con pensamientos del tipo “van a pensar que lo que digo no es relevante o no contribuye”; “qué pena! Van a pensar que no me vine preparado

o que estoy nervioso”; “mejor me quedo callado para evitar problemas(...); “No quiero que me vean ansioso”. También presenta pensamientos anticipatorios negativos sobre las consecuencias de situaciones problemáticas como “Fijo esto va a salir mal”, y auto-reproches sobre su comportamiento en cuanto a su actuación o desempeño social del tipo “podría haber actuado mejor, me vi muy mal” o “por qué me embarqué en esto y no fui capaz de decir que no!”.

Por su parte, el malestar emocional se manifiesta a nivel comportamental, con conductas de evitación como solicitar a otros que hablen por él en situaciones en las que hay que realizar algún reclamo o defender algún derecho (p.ej. reclamar por un mal servicio en lugar público); conductas pasivas como quedarse callado en situaciones de conflicto o en reuniones en las esferas personal y/o laboral en las que no está de acuerdo con la conducta o postura de los otros y/o que ameritarían su intervención; y quedarse “paralizado” o bloqueado en situaciones que ameritan hablar en público en su contexto laboral.

Cumplimiento de criterios DSM-5

La sintomatología del consultante descrita anteriormente a través de los diferentes canales de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual) que dan cuenta de su problemática, correspondería con los criterios enunciados en el DSM-5 sobre el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social 300.23 (F40.1). Cumple como criterio básico con la experimentación de miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que está expuesto al posible escrutinio por parte de otros, refiriendo temor a la evaluación negativa; resaltándose entre los síntomas fisiológicos, sequedad en la boca, aumento de la Frecuencia Cardíaca (FC) y del Volumen Sanguíneo Periférico (VSP- sonrojamiento y sensación de calor), característicos del Trastorno. Por su parte, el consultante ejecuta conductas sutiles de evitación durante algunas situaciones al no poder salir de estas, haciendo una sobreestimación de las consecuencias

negativas de la misma. Paralelamente estos síntomas han causado una interferencia en el funcionamiento del individuo, en las áreas personal, laboral u ocupacional, desde hace más de seis meses.

Finalmente, para apoyar el diagnóstico el DSM-5 sugiere otros signos que presenta el consultante, tales como comportamientos poco asertivos, sumisión y otras manifestaciones verbales y no verbales (p. ej. disminución del contacto ocular).

Análisis Histórico: Áreas de Ajuste

A continuación, se hace una descripción de las áreas de ajuste del consultante y su funcionamiento, en términos diacrónicos y sincrónicos de acuerdo con los reportes sobre su historia.

Áreas familiar y afectiva. Martín ocupa el puesto 11 de 12 hermanos (9 hombres y 3 mujeres), de una familia procedente de Pensilvania (Caldas) que posteriormente se traslada a Medellín, donde transcurre la crianza del consultante. Los padres fallecieron cuando este tenía 42 años de edad aproximadamente. Sus padres eran de origen campesino, y su familia giraba en torno a una dinámica en la que la madre inculcaba unas sólidas creencias religiosas y era la cuidadora principal junto con las dos hermanas mayores de Martín, mientras el padre ejercía en mayor medida el rol de proveedor; destacándose como valores familiares la unión y la honradez, así como una estructura más de tipo matriarcal. Por su parte, el padre era más distante emocionalmente, poco expresivo y se comportaba de manera sumisa y poco asertiva laboral y socialmente frente a la defensa de sus propios derechos; mientras la madre era muy afectuosa y consentidora, junto con su hija mayor, ejerciendo cierta sobreprotección hacia Martín, al ser el hermano menor. Nunca recibió castigo físico o punitivo como correctivo por parte de alguno de los padres, y por el contrario, siempre hubo apoyo y permisividad frente a sus planes y

decisiones. Un hermano es fallecido y actualmente sus otros hermanos viven en diferentes ciudades, con quienes el consultante mantiene adecuadas relaciones.

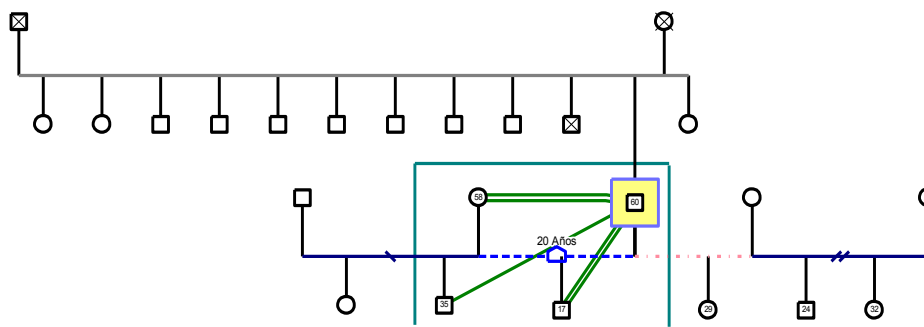
En el plano afectivo, Martín ha tenido tres compañeras sentimentales durante su vida; actualmente y desde hace 20 años vive con la tercera, de 58 años de edad, comunicadora social y dedicada a la docencia y al trabajo en áreas e instituciones de impacto social; con quien mantiene una relación satisfactoria, estable y sólida; compartiendo proyectos personales y profesionales. Parte de su malestar se ha asociado con situaciones en las que se muestra sumiso y poco asertivo frente a su pareja. Tiene cuatro hijos; dos de estos, son una mujer de 32 años y un hombre de 24, de la primera pareja con quien se casó; tiene una hija (29) de otra pareja y el hijo menor (17) producto de la unión con su compañera permanente en la actualidad. El consultante vive actualmente con su compañera, con el hijo de los dos y con el hijo mayor de ella de su anterior relación. Las relaciones en el hogar son adecuadas en general, aunque como se mencionó anteriormente, Martín presentaba dificultades para expresar sus inconformidades o malestar a su compañera de manera asertiva, inhibiéndose, para evitar entrar o ahondar en el conflicto.

Áreas académica y laboral. Desde pequeño en la escuela el consultante mostró preocupación por el cumplimiento del deber, intentando cumplir con sus obligaciones a cabalidad; al finalizar el bachillerato a los 16 años decide junto con otros de sus hermanos entrar a la militancia del grupo insurgente, persiguiendo sus ideales y buscando alejarse de la doctrina religiosa impartida en su hogar, pero más adelante se da cuenta de que había caído en otra doctrina y pasados varios años, se retira y como parte de su proceso de reintegración a la vida civil, realiza estudios universitarios en el área de ciencias sociales. Empieza a trabajar en temas relacionados con la atención a desmovilizados y reintegración social en organizaciones sin ánimo de lucro y posteriormente con entidades estatales a nivel local.

Martín siempre se ha interesado por ampliar su conocimiento y compartirlo con los demás; por contribuir con su rol a la solución de problemas sociales. Hacia el inicio del plan de intervención terapéutica, el consultante se quedó sin trabajo por terminación de su contrato, situación que impactó su estado emocional en cierta forma, agudizando algunos síntomas de ansiedad; sin embargo, mantuvo una actitud y conducta proactiva de búsqueda de oportunidades y logró vincularse laboralmente unos meses después tras ganar una convocatoria pública, siguiendo la línea profesional de su interés, hasta la actualidad.

Áreas personal y social. El consultante se define como "alguien que quiere cambiar el mundo; introvertido pero amistoso; muy correcto y sincero". Cuando era pequeño desde el inicio de su vida escolar, se consideraba muy tímido y presentaba malestar frente a situaciones como pasar al tablero o que alguien le hablara, con síntomas como sonrojamiento (Aumento del volumen sanguíneo periférico) y conductas de evitación de interacción social, como por ejemplo comerse la merienda solo y a escondidas. En la adolescencia y juventud, se mantuvieron las conductas de retraimiento social en diferentes situaciones de los contextos en que debía desenvolverse. Martín cuenta con amistades valiosas, aunque son pocas. Sin embargo, ha presentado dificultades en diferentes contextos de interacción en las esferas personal y social, principalmente con compañeros de trabajo y amigos, al no poder defender asertivamente sus posiciones, derechos y hacer peticiones o negarse ante las mismas; y en relación con el malestar generado por la posible evaluación negativa o crítica sobre su desempeño.

Genograma



Formulación, Análisis del Caso y Plan de Tratamiento

Se presenta el desarrollo de la formulación clínica, la cual da cuenta de un proceso metodológico que facilita la organización de la información recolectada en el proceso terapéutico (Eells, 2007; Godoy y Haynes, 2011 y Sturmey, 2008; citados en Quant, 2013). La primera fase de la formulación, correspondiente a la delimitación y el análisis descriptivo acerca del problema del consultante, fue llevada a cabo en el apartado anterior.

A continuación se desarrollará por un lado, la segunda fase del proceso, correspondiente al establecimiento de las variables de adquisición y mantenimiento del problema, con las respectivas hipótesis explicativas y los factores de riesgo y protección. Por otra parte, en la tercera fase de la formulación se hará referencia a la estructuración del plan de intervención, que interrelaciona las metas clínicas con las estrategias planteadas; finalmente, se presenta una fase de evaluación del impacto del tratamiento, con la aplicación de las medidas de verificación seleccionadas.

El modelo de formulación utilizado en el caso del presente estudio se enmarca en la perspectiva transdiagnóstica, al describir las relaciones entre los procesos básicos causales y sus

efectos en el comportamiento del consultante, teniendo en cuenta la interacción de las dimensiones temporal-evolutiva y ambiental-contextual.

Algunos elementos de la formulación, son presentados en tablas elaboradas con base en las guías o formatos de formulación propuestos por Castro (2013).

Comunalidades de Análisis Funcional y Clases de Respuesta (Fisiológica, cognitiva-verbal y patrones de comportamiento)

En la Tabla 1, referente a las comunalidades de análisis funcional; se muestran los factores comunes integrados de los análisis funcionales realizados de las conductas problema del consultante; a su vez, se muestran las clases de respuesta manifestadas y la variables control.

Las conductas problema o actuales del consultante como solicitar a otros que hablen por él en situaciones en las que hay que realizar algún reclamo o defender algún derecho; quedarse callado en situaciones de conflicto o en reuniones en las esferas personal y/o laboral en las que no está de acuerdo con la conducta o postura de los otros y/o que ameritarían su intervención; y quedarse “paralizado” o bloqueado en situaciones que ameritan hablar en público en su contexto laboral; corresponden a clases funcionales en tanto que son respuestas específicas que comparten una misma función, así su topografía y sustrato sea diferente (Castro, 2011). Tales conductas son reforzadas negativamente y apuntan a un patrón de evitación emocional, que conlleva de manera contingente para Martín, algunas consecuencias o variables control como son el alivio del malestar generado frente a situaciones en las que no se percibe muy seguro para dar su posición; la eliminación o evitación de la posible crítica o desaprobación de los demás sobre sus ideas y actitudes, así como el no tener que entrar o enfrentarse a situaciones de conflicto.

Ahora bien, como antecedentes de las conductas problema del consultante, estarían por un lado, los de tipo exteroceptivo, relacionados con las situaciones o eventos en los ámbitos

personal (con pareja y familia) y laboral, en las que debe intervenir para preguntar, dar su posición, expresar su malestar e inconformidad o hacer defensa de sus derechos; y por otra parte, los antecedentes verbales referentes a los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT's) según la terapia de esquemas planteada por Young (2003) identificados en el consultante, como son el de auto-sacrificio; el de inhibición emocional, en la expresión de su vulnerabilidad, necesidades e inconformidades; y el de hipercrítica hacia sí mismo, en cuanto a la preocupación por el manejo del tiempo y la eficiencia.

Dichos antecedentes verbales o EMT's se retroalimentan o afianzan en el consultante, con distorsiones cognitivas (Beck, 2000) presentes tales como inferencia arbitraria, del tipo anticipación negativa o error del adivino; deberías, hacia sí mismo en relación con la culpa; magnificación, de sus imperfecciones o errores; etiquetación, con auto-verbalizaciones como "Soy tímido, inseguro"; y generalización. Dichos sesgos se relacionan con la atención auto-focalizada que hace Martín sobre sus propios errores y sus reacciones emocionales que pueden ser visibles para otros.

Por otra parte, se identifican clases estructurales de respuesta, relacionadas con la activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS) en el consultante, teniendo en cuenta que al menos en dos de los análisis funcionales realizados se identificaron relaciones condicionadas a estímulos que coinciden con los antecedentes de tipo exteroceptivo (variables control) descritos con anterioridad.

Finalmente, en las comunalidades de análisis funcional, se plantean las conductas alternativas, en las cuales se centran los objetivos terapéuticos; y cuya ausencia o baja frecuencia en el repertorio del consultante, puede explicarse por el castigo que implica la emisión de dichas conductas, lo cual a su vez, aumenta o mantiene el problema. Entre las conductas opuestas o

focos objetivo para Martín se relacionan: tolerar la emoción, dejar pasar los pensamientos e intervenir cuando es preciso; y en situaciones de conflicto, preguntar asertivamente qué sucede y hablar. Este punto es importante, porque muestra al consultante las consecuencias a largo plazo o la implicación positiva que tiene para su vida, efectuar un cambio conductual.

Tabla 1. Comunalidades de Análisis Funcional y Clases de Respuesta

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS			
		R-	R+	Feedback	Castigo
Interoceptivos	Actuales				
Exteroceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Quedarse callado cuando quiere o debe intervenir en diferentes contextos • Solicitar a otros que hablen por él para defender sus derechos • Quedarse “paralizado” o bloqueado en situaciones que ameritan hablar en público en su contexto laboral. 	X		<ul style="list-style-type: none"> • Inferencia arbitraria (Anticipación negativa o Error del adivino) • Deberías (hacia sí mismo: Culpa) • Magnificación (de sus imperfecciones o errores) • Etiquetación (“Soy tímido, inseguro”) • Generalización 	
Verbales	Alternativas				
Dimensiones / Esquemas:	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerar la emoción, dejar pasar los pensamientos e intervenir cuando es preciso. • En situaciones de conflicto, preguntar asertivamente qué sucede y 				
➤ Tendencia hacia el otro: Auto-sacrificio					X
➤ Sobrevigilancia e inhibición:					
• Inhibición emocional (en la expresión de vulnerabilidad,					

necesidades e
inconformidad) hablar.

- Hipercrítica (hacia sí mismo:
Preocupación por el tiempo y la eficiencia)

CLASES DE RESPUESTA IDENTIFICADAS

Estructurales	Variables Control	Funcionales	Variables Control
Activación del SNS	Situaciones en diferentes contextos de su vida personal y social, en los que debe establecer contacto (exponerse) para dar su posición o defender sus derechos	Patrón de Evitación emocional (Evitación conductual sutil)	<ul style="list-style-type: none"> • Alivia el malestar generado frente a situaciones en las que no se percibe muy seguro para dar su posición. • Evita la posible crítica o desaprobación de los demás sobre sus ideas y actitudes. • Evita entrar en situaciones de conflicto.

R+ y R- Corresponden a Refuerzo Positivo y Refuerzo Negativo respectivamente.

Hipótesis de Adquisición (vulnerabilidades y factores protectores) y de Mantenimiento (procesos básicos)

Los cuatro principios psicopatológicos transdiagnósticos que subyacen a los trastornos emocionales (Barlow, 2002), como son la atención autofocalizada o preocupación neurótica; la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad; las tendencias a la acción y la evitación; estarían implicados tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la sintomatología del consultante.

Estos principios, están relacionados con la teoría de la triple vulnerabilidad propuesta por Barlow (2002), según la cual existen ciertas vulnerabilidades o factores que predisponen a una persona a desarrollar algún trastorno emocional.

El problema o malestar que presenta el consultante relacionado con su percepción de evaluación negativa por parte de otros y a partir de sus propios estándares de desempeño; inició desde hace aproximadamente 20 años, identificándose como uno de los factores precipitantes, el momento en que se desmovilizó del grupo insurgente en el que militaba y debió comenzar su proceso de reintegración a la vida civil y de reestructuración de su proyecto de vida, con un rol de liderazgo esperado frente a organizaciones y equipos de trabajo, teniendo a su vez la demanda de poner límites y defender sus derechos y posturas contrarias a las de los demás. Dicho malestar se exacerba en su contexto laboral, convirtiéndose en un factor de vulnerabilidad actual de tipo ambiental-contextual, al ser demandante y exigente, requiriéndole participar, ejercer liderazgo y hablar en público, bien sea en reuniones de trabajo cotidianas o en contextos sociales más amplios.

Se plantea que el consultante desarrolló este problema por una posible vulnerabilidad biológica que lo hizo más susceptible a la ansiedad social, marcada por características del temperamento relacionadas con inhibición conductual (pasividad y timidez) y miedo a la evaluación negativa con posible origen desde la infancia; en su interacción con una vulnerabilidad de tipo psicológico, asociada con el aprendizaje por modelamiento del papá, de conductas de poca asertividad y dificultades para expresar las emociones y defender los propios derechos; así como con un estilo de crianza sobreprotector y más de tipo permisivo por parte de la mamá y la hermana mayor, quienes ejercían el rol de autoridad en el hogar; recibiendo a su vez de la madre, instrucciones acerca del cumplimiento del deber y las obligaciones sin fallas, ligadas con el temor a Dios. Dichos aspectos de la historia de aprendizaje del consultante, se pueden asociar también con un inadecuado desarrollo de habilidades sociales en la infancia, por

ejemplo en el contexto escolar manifestado por timidez frente al establecimiento de contacto interpersonal, las exposiciones orales y a la evaluación externa.

Como factores protectores, a nivel psicológico Martín tiene un alto compromiso terapéutico y una adecuada capacidad intelectual para el aprendizaje de conceptos y habilidades en el proceso terapéutico; y a nivel ambiental, muestra una fuerte motivación por su quehacer cotidiano (laboral) en relación con su ideología e interés de impacto social, así como una red de apoyo familiar percibida como efectiva, principalmente constituida por su compañera permanente y sus hijos.

En términos de los factores de mantenimiento de la problemática, las respectivas hipótesis explicativas se originan tanto del análisis funcional molecular, como del molar; y se organizan en los procesos causales básicos, identificando en qué medida estos procesos y mecanismos contribuyen al mantenimiento del malestar del paciente en el tiempo (Castro, 2011; 2013). Los procesos que se relacionan en las hipótesis de mantenimiento hacen referencia a: biológico; aprendizaje (condicionamiento y repertorio conductual); aprendizaje-cognoscitivo (verbal, procesamiento de la información); y motivacional.

Se plantea como hipótesis que el problema del consultante se mantiene por una respuesta emocional condicionada en situaciones de sus esferas personal y laboral, en las que debe establecer contacto (exponerse) para dar su posición o defender sus derechos. Por otra parte, en estas situaciones sociales demandantes para el paciente, se activan sus esquemas de auto-sacrificio, inhibición emocional (en la expresión de vulnerabilidad, necesidades e inconformidad) e hipercrítica (hacia sí mismo: preocupación por el tiempo y la eficiencia; que retroalimentados por distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria (anticipación negativa o error del adivino), “deberías” (hacia sí mismo: culpa), magnificación (de sus imperfecciones o errores), etiquetación

(“Soy tímido, inseguro”) y generalización; también tienen influencia en el mantenimiento del problema. En cuanto al proceso biológico, la activación o reactividad fisiológica del consultante ayuda a mantener el malestar emocional percibido.

Finalmente, el patrón de evitación emocional manifestado con conductas sutiles se mantiene por refuerzo negativo, contribuyendo a los déficits en asertividad y habilidades sociales específicas (p. ej. Hacer y rechazar peticiones; actuar o hablar en público), así como a una desregulación emocional relacionada con las dificultades para reconocer y expresar sus emociones e inconformidades.

Propuesta de Intervención (Relación de Hipótesis de mantenimiento, metas y actividades clínicas)

En la Tabla 2 se relaciona el plan de tratamiento para el consultante, que articula las hipótesis de mantenimiento del problema con las metas clínicas que se concretaron a partir de los objetivos del paciente, y las actividades o estrategias de intervención propuestas para su cumplimiento. Con respecto a las metas y actividades clínicas, se han discriminado los módulos correspondientes del PU y el orden en que se llevaron a cabo durante el proceso terapéutico, el cual fue ajustado de acuerdo con las necesidades y prioridades de intervención identificadas en el consultante, respetando las diferencias individuales que avala el Protocolo a través de la flexibilidad en su aplicación.

Cabe anotar, que los módulos 1 y 8 no se relacionan en el plan de intervención expuesto en la Tabla 2, debido por un lado, a que el Módulo 1 se enfoca en el aumento de la motivación, la disposición para el cambio y el compromiso terapéutico del paciente, por lo cual se llevó a cabo hacia al final de la fase de evaluación inicial y formulación, logrando establecer los objetivos que tenía el consultante y operacionalizándolos; a la vez que dicho módulo, es transversal a todo el

proceso terapéutico en la medida en que los principios que contiene, fueron utilizados para mantener la motivación y la adherencia hasta el cierre del proceso.

Por su parte, el módulo 8 del PU referente a “logros, mantenimiento y prevención de recaídas” (Barlow et al., 2011), se llevó a cabo en la última sesión con el consultante; con el fin de revisar con este, su evolución y logros terapéuticos, haciendo énfasis en las habilidades adquiridas y/o generalizadas durante el tratamiento, que serán sus herramientas para el manejo de posibles recaídas o dificultades futuras.

Tabla 2. Integración de hipótesis de mantenimiento, metas y actividades clínicas.

Hipótesis de mantenimiento (Foco de intervención)	Metas clínicas	Actividades clínicas/ Estrategias de intervención	Orden
Déficit en regulación emocional, relacionada con inhibición en la expresión de sus emociones y ansiedad.	Lograr la comprensión del paciente sobre el papel que juegan sus emociones en sus comportamientos derivados, en el mantenimiento de su problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Psico-educación sobre la naturaleza de las emociones y sus tres componentes. • Entrenamiento al paciente en la identificación de sus conductas Impulsadas por Emociones (CIE's) de tipo maladaptativo y sus conductas de evitación. <p><i>(PU: Módulos 2a y 2b, relacionados con “Entender las emociones” y “Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional”; y Módulos 5a y 5b: “Evitación emocional” y “Conductas impulsadas por la emoción”.</i></p>	1
Activación o reactividad fisiológica.	Lograr el reconocimiento del paciente de sus sensaciones corporales en la experiencia emocional y la regulación en situaciones de estrés.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en conciencia emocional. <i>(PU: Módulo 3, “Entrenamiento en consciencia emocional. Aprendiendo a observar las experiencias”</i> • Entrenamiento en estrategias de respiración diafragmática <i>(Davis et al, 1985).</i> 	2

<p>Esquemas de auto-sacrificio, inhibición emocional (en la expresión de vulnerabilidad, necesidades e inconformidad) e Hipercrítica (hacia sí mismo: Preocupación por el tiempo y la eficiencia); retroalimentados por distorsiones como inferencia arbitraria (Anticipación negativa o Error del adivino) “deberías” (hacia sí mismo: culpa), magnificación (de sus imperfecciones o errores, etiquetación (“Soy tímido, inseguro”) y generalización.</p>	<p>Promover cambios en los pensamientos automáticos anticipatorios negativos, de auto-crítica y percepción de baja autoeficacia en su funcionamiento social.</p>	<p>Psicoeducación y estrategias de evaluación y reevaluación cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificación de pensamientos automáticos. b) Búsqueda de evidencia y generación de interpretaciones alternativas. <p><i>(PU: Módulo 4 “Evaluación y reevaluación cognitiva”).</i></p>	3
<p>Respuesta emocional condicionada en situaciones de su vida personal y laboral, en las que debe establecer contacto (exponerse) para dar su posición o defender sus derechos.</p>	<p>Promover y aumentar la tolerancia al malestar para lograr un mejor manejo de las situaciones en las que debe desempeñarse desde un rol participativo en la cotidianidad o de liderazgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento al paciente en estrategias para aumentar consciencia y tolerancia a situaciones interoceptivas (Exposición interoceptiva). <i>(PU: Módulo 6 “Consciencia y tolerancia a las sensaciones físicas”)</i> 	4
<p>Patrones de evitación emocional y situacional mantenidos por refuerzo negativo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en estrategias de exposición emocional interoceptiva y situacional. (Exposición en vivo). <i>(PU: Módulo 7 relacionado con “Exposición emocional interoceptiva y situacional”).</i> 	
<p>Déficit en habilidades de comunicación asertiva y habilidades sociales específicas</p>	<p>Lograr comunicarse de manera asertiva y no pasiva frente a las demandas de los demás y en la situaciones en que requiere un mayor desempeño social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre las 3 posibles conductas frente al conflicto • Entrenamiento en las habilidades sociales pertinentes a mejorar la comunicación asertiva y la competencia de hablar en público. 	4-5

Descripción de las actividades clínicas, de las sesiones y resultados asociados

A continuación, se da cuenta del marco o procedimiento general en torno a la estructura y desarrollo de las sesiones; se describen los resultados de las actividades clínicas propuestas (relacionadas en la Tabla 2) y se detallan apartes de algunas de las sesiones realizadas con el consultante, principalmente las relacionadas con la intervención terapéutica.

Se llevó a cabo un total de 27 sesiones con el consultante; de las cuales, 7 abarcaron la fase de evaluación inicial y formulación clínica, previas a la aplicación de las estrategias de intervención; fase que incluyó la consulta de contacto inicial y a través de entrevista semi-estructurada, la exploración del motivo de consulta y las quejas de Martín; la indagación sobre la historia del problema, la historia de aprendizaje del consultante, los antecedentes significativos de la historia familiar y la evaluación del funcionamiento de las áreas de ajuste.

Adicionalmente, en estas primeras sesiones se realizó la aplicación de los instrumentos psicológicos seleccionados, los análisis funcionales y la presentación a Martín de la resultante formulación clínica junto con el plan de tratamiento (Sesión 7); haciendo con él, la respectiva retroalimentación y validación de su problemática. Los aspectos del proceso de evaluación en cuanto a las medidas e instrumentos utilizados, se relacionan en el apartado de referencia sobre los aspectos metodológicos del presente estudio.

Es importante resaltar que en esta fase de valoración inicial, se presentaron al consultante los principios de confidencialidad, veracidad y compromiso que son transversales a todo el proceso de atención; y se logró generar una relación terapéutica sólida, con base en la confianza, la aceptación y validación de sus emociones.

Las 20 sesiones restantes abarcaron la implementación de las actividades clínicas o estrategias terapéuticas, en las cuales se distribuyeron los 8 módulos del PU que incluyen 14

capítulos del Manual del Paciente (MP), de manera combinada con una adición de entrenamiento en habilidades sociales y la sesión de cierre del proceso de atención (Capítulo 14 del MP).

Cabe anotar, que cada módulo con el consultante se abordó en un rango que osciló entre una y tres sesiones, dando un mayor énfasis o intensidad a algunos módulos o componentes de PU, al tener en cuenta las necesidades o síntomas más significativos en Martín, como por ejemplo la evitación emocional y la dificultad para reconocer y expresar sus emociones. Esta variación y flexibilidad en la aplicación secuencial del Protocolo que originalmente contempla alrededor de 12 a 18 sesiones aproximadamente para su desarrollo, busca respetar las diferencias individuales de los pacientes (Barlow et al., 2011).

Retomando la fase de evaluación inicial y formulación clínica, a continuación se presenta un apartado de la sesión 6, en la cual se trabajó con el consultante el Módulo 1 del Protocolo, denominado “mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento” (Barlow et al., 2011); teniendo como propósito el aumento en la motivación y disposición para el cambio comportamental, así como la percepción de autoeficacia del consultante para alcanzar el éxito en el tratamiento. En esta sesión se hizo la retroalimentación entre otros, de un ejercicio-tarea del Módulo realizado por Martín; en el que debía registrar las razones a favor y en contra de cambiar o de permanecer igual, y consignarlas en el formato u “hoja de balance decisional” relacionado en el manual del paciente. En la Figura 1 se muestran algunas de las respuestas escritas por el consultante y abstraídas del modelo de registro original.

En la narrativa, la “T se refiere a la Terapeuta y la “M” a Martín:

T: Quisiera que revisáramos la tarea que completó sobre el cuadro de toma de decisiones, y que analicemos las razones y argumentos que expuso para cambiar o seguir igual. Empecemos por los argumentos a favor de seguir igual.

M: Pues ahí sí como dicen... Seguir pasando raspando, es cómodo. Mantiene uno las rutinas aprendidas.

T: Claro, es válido que piense eso y en parte es cierto, en cuanto a que está acostumbrado a vivir de esta manera y resulta relativamente cómodo; pero pensemos Martín, qué tan cómodo ha sido también, el malestar que ha vivido todo este tiempo y el esfuerzo que implica solventar esas situaciones de interacción social, tratando de evitarlas por ejemplo...

M: Ah claro... es que a veces es difícil no poder decir lo que pienso porque quien sabe qué dirán, o que soy creído o no es relevante lo que pienso. Y prefiero quedarme callado; pero después me siento mal, porque no concreto lo que quiero, y ya a una edad en la que el promedio de gente se asentó en una forma de vida y de relación con los otros.

T: Sí, entiendo. Además de que, si lo vemos a largo plazo, seguir igual o no cambiar, haría que estas cosas que le generan molestia se mantengan en un círculo vicioso; como por ejemplo, las que ha mencionado de depender o delegar en otros cualquier reclamo para defender los propios derechos, el no sentirse capaz de decir no, y el malestar en sí mismo que le ha generado la posible crítica o rechazo por parte de otros...

M: Si... Y pues si sigo igual, voy a seguir perdiendo los espacios de liderazgo en los que quiero impactar por ejemplo en mi trabajo y dejando pasar de agache mis propuestas y logros por no hablar... Y yo soy una persona juiciosa en lo que se propone; ¡compromisos, todos los que haga falta, en serio! Lo que creo es que me ha faltado comprender a profundidad estas búsquedas mías y no he sabido cómo cambiar...

T: ¡Y el compromiso y la motivación para el tratamiento son fundamentales! Aunque hay que tener en cuenta que va a tener que esforzarse mucho y trabajar los ejercicios propuestos, y que algunas veces va a ser duro el proceso por diferentes factores y se puede incrementar el

malestar por momentos del tratamiento... Por lo que es importante siempre tener presente este ejercicio que estamos haciendo sobre las motivaciones para el cambio en pro de lo que quiere lograr en su vida... Profundicemos ahora en esas razones a favor del cambio...

M: Pues considero que podría sentirme mejor al hacerme oír con más fuerza, aunque pueda variar la relación con conocidos y las amistades, por confrontarlos y no siempre estar de acuerdo o quedarme callado... Aprender a comunicarme mejor con la esposa y en el ámbito social también, y mejorar mi nivel de satisfacción en la interacción social y familiar. Y dejar de cohibirme en ciertos espacios, donde me bloqueo y se siente maluco... con la boca seca y se acelera el corazón (...).

T: Exactamente, y esas razones que menciona apuntan a los objetivos que usted quiere lograr y que hemos venido aterrizando o concretando en estas primeras sesiones... Ahora revisemos esos objetivos y los pasos para alcanzarlos, para contemplar un panorama claro y unos plazos dentro del proceso terapéutico.

La sesión prosiguió con la retroalimentación de otro formato diligenciado por el consultante, relacionado con el establecimiento de objetivos del tratamiento, en el cual Martín escribió sus propios objetivos, haciendo el ejercicio de concretarlos en términos de conductas y proponiendo unos pasos pequeños y alcanzables para lograrlos. De este último ejercicio, se lograron extraer los objetivos en términos de lo que el consultante quería lograr con el proceso terapéutico y aplicar en su vida en los diferentes contextos; reafirmandolos en la formulación clínica que le fue presentada en la siguiente sesión, junto con el plan de tratamiento.

Los objetivos del consultante en esta fase descriptiva del proceso, hicieron referencia a: responder de manera asertiva en los diferentes contextos para exponer su posición; poner límites en situaciones en que lo amerite y deba defender sus derechos; mejorar y/o desarrollar

habilidades sociales y de comunicación; disminuir pensamientos automáticos anticipatorios negativos, de auto-crítica, valoración por otros y percepción de baja autoeficacia; y manejar mejor la ansiedad en las situaciones sociales.

	Pro /Beneficios	Contras /Costos
Cambiar	<p><i>Sentirme mejor al poder decir No.</i></p> <p><i>Poderme hacer oír con mas fuerza y concretar mis metas</i></p>	<p><i>Es un esfuerzo diferente, tener que variar mis rutinas</i></p> <p><i>Podría variar relación con algunos amigos y conocidos</i></p>
No Cambiar/ Seguir igual	<p><i>Ya se sabe sobrevivir</i></p> <p><i>Es relativamente cómodo</i></p>	<p><i>No se facilitarían los cambios e impactos que he querido en diferentes áreas</i></p>

Figura 1. Extracto del registro del consultante de la hoja de balance decisional.

En lo que prosigue de este apartado, se continuará la descripción cronológica del desarrollo de las actividades clínicas propuestas (intervención) y sus resultados; detallando apartes de algunas de las sesiones relacionadas.

- a) Psico-educación sobre la naturaleza de las emociones y sus tres componentes: Se desarrollaron los Módulos 2a y 2b del PU (capítulos 5 y 6 del MP), denominados “entender las emociones” y “reconocimiento y análisis de la respuesta emocional” respectivamente. Se realizó psicoeducación, abordando la naturaleza y curso de la respuesta emocional, su funcionalidad, sus principales componentes, y de manera introductoria las conductas impulsadas por las emociones (CIE's) y las estrategias de evitación típicamente implementadas. Durante una parte de la actividad, se utilizaron

ejemplos de las experiencias de Martín en su contexto, para familiarizarlo con los contenidos abordados.

Dada la estructura práctica del manual del paciente, entre sesiones, Martín desarrolló los ejercicios propuestos como el registro de su experiencia emocional en los tres componentes (fisiológico- sensaciones; cognitivo- pensamientos; y comportamental- conductas); y el registro ARC o análisis contextual de emociones y CIE's, con el fin de identificar los antecedentes, respuestas (en los tres componentes) y consecuencias de sus experiencias. Como resultado de esta actividad, en primer lugar el consultante hizo una comprensión sobre las emociones y su función adaptativa; y aprendió a observar y a registrar sus propias respuestas emocionales, adquiriendo mayor conciencia de las mismas; por ejemplo, en el registro ARC, Martín identificó principalmente emociones como la ira, desencadenada en situaciones de interacción con su compañera, en las cuales se sintió invalidado, derivando en un alto nivel de malestar, ante el cual se quedó callado sin expresar su inconformidad por temor a generar conflicto. De esta manera, Martín pudo comprender la relación entre sus pensamientos, sensaciones y conductas; así como los factores desencadenantes y de mantenimiento de sus patrones de respuesta emocional, como es la evitación. Adicionalmente, el consultante reportó verbalmente que la psicoeducación sobre las emociones le “había servido mucho para entender algunos altibajos emocionales debido a su coyuntura actual de desempleo” (en esa fase del proceso) y para afrontar de mejor manera la situación.

- b) Entrenamiento al paciente en la identificación de sus Conductas Impulsadas por Emociones (CIE's) de tipo maladaptativo y sus conductas de evitación: De manera concatenada con la actividad clínica anterior, se abordaron los módulos 5a y 5b de PU

(Cap. 9 y 10 del MP) sobre “evitación emocional” y “conductas impulsadas por la emoción”. Se logró en el consultante una mayor conciencia sobre el papel que juegan sus emociones en las respuestas que efectúa, y cómo estas respuestas impactan a la vez su experiencia emocional. Se retroalimentó sobre la diferencia entre las CIE’s, con respecto a cuando son funcionales y adaptativas Vs. cuando no lo son; por ejemplo, el emitir una conducta ante una emoción intensa derivada de una situación de peligro real (p. ej. Huir ante un carro que viene a toda velocidad hacia nosotros), en contraste con realizar la misma conducta frente a una situación que no representaba peligro en la cotidianidad, como participar en alguna reunión de trabajo o dar una charla en público (alarma falsa). En la sesión, Martín pudo identificar algunas de sus *CIE’s desadaptativas*, cuando en medio de determinadas situaciones laborales, tendía a aislarse mucho y no intervenir, en respuesta a sensaciones de ansiedad y a pensamientos anticipatorios negativos sobre la posible evaluación de los otros acerca de su desempeño en el momento; lo cual a su vez, le hizo reflexionar sobre cómo estas conductas llegaban a limitar sus posibilidades de participación y de reconocimiento de sus ideas y logros en dicho contexto. Por otra parte, se ayudó al consultante a diferenciar las CIE’s, de las conductas o estrategias de evitación; en tanto que estas últimas pueden ocurrir con anterioridad a la aparición de la emoción; en este punto, Martín logró identificar en un ejemplo similar al anterior relacionado con su contexto laboral, estrategias de *evitación emocional* (previas a la aparición de la emoción o antes de que esta se hiciera más intensa), a manera de *conductas sutiles*, como masticar chicle, jugar con el bolígrafo o revisar el celular; y en ocasiones, con estrategias de *evitación cognoscitiva*, como distraer su mente en otros asuntos diferentes los generadores de malestar en la situación actual. Se hizo

retroalimentación con el consultante sobre tales estrategias de evitación emocional y su función, en cuanto al alivio temporal que producían pero que a largo plazo, postergaban el afrontamiento efectivo del malestar emocional frente a las situaciones problemáticas. Adicionalmente, se trabajaron con el consultante algunos ejercicios para demostrar cómo los intentos por suprimir los pensamientos y las emociones desagradables resultan no ser éxitos y por el contrario, tienden a incrementar la ocurrencia de estos. Uno de los ejercicios para este fin trabajados en sesión, fue el adaptado por Barlow et al. (2011) en el MP, sobre el experimento realizado por los profesores Daniel Wegner y David Schneider; el cual consistió en dar la instrucción al consultante de pensar en un oso blanco durante un minuto; una vez Martín logró esa visualización, se le pidió pensar en cualquier otra cosa, excepto en el oso blanco durante otro minuto. Al finalizar y ser cuestionado acerca de si logró no pensar en el oso blanco, el consultante refirió que al intentar no pensar en este, esa imagen vino a su mente en una frecuencia similar o mayor a la que tuvo cuando debió evocar la imagen bajo la primera instrucción. Finalmente, tanto en sesión, como de tarea entre sesiones, Martín diligenció el registro denominado “cambio de las CIE’s”, en el cual se genera una modificación con respecto al de los ARC, al colocar sus experiencias relacionando la emoción, las conductas derivadas (CIE) y las nuevas respuestas (incompatibles) que podría considerar como alternativas más funcionales; por ejemplo, con Martín se intentó comenzar por proponer alternativas o conductas opuestas “pequeñas”, como intentar intervenir un poco en las reuniones, para lograr aproximarse en el tiempo, a conductas deseadas más complejas como hablar en público.

- c) Entrenamiento en conciencia emocional: Se desarrolló el módulo 3 del PU de “entrenamiento en consciencia emocional. Aprendiendo a observar las experiencias”;

donde se promovió en el consultante el desarrollo de sus habilidades para intentar identificar como si fuera un observador externo, sus experiencias emocionales, como se dan en el momento presente, con aceptación y sin juzgarlas (sin reaccionar a estas); es decir, tratar de observar objetivamente (sin engancharse) la interacción entre los pensamientos, las sensaciones y las conductas, la cual puede influenciar la intensidad y duración de la experiencia emocional, e incluso empeorar y mantener su sintomatología. El entrenamiento para aumentar la consciencia emocional, se llevó a cabo con ejercicios tanto en sesión, como a modo de tareas realizadas por el consultante en casa, buscando que Martín se acostumbrara a prestar atención cada vez más al momento presente, tanto a lo interno como a lo externo de las experiencias. Por ejemplo, en sesión se realizó un primer ejercicio breve tipo mindfulness (consciencia plena) tomado del MP, para introducir al consultante en la práctica de la consciencia centrada en el presente y sin juzgar. A continuación se presenta un fragmento de la sesión, teniendo en cuenta el guión (ajustado al contexto de sesión) del ejercicio de Seagal, William y Teasdale (2002) adaptado por Barlow et al. (2011); así como la retroalimentación al final que se hizo con Martín para analizar sus reacciones y respuestas en los tres dominios o componentes de la experiencia emocional (pensamientos, sensaciones y conductas). Durante el ejercicio se colocó música ambiental (neutra) de fondo y se realizaron momentos de silencio o pausas por parte del terapeuta (entre 5 y 25 segundos aproximadamente) los cuales se muestran en la narrativa representados como “(PAUSA)” para ejemplificar los más largos.

T: Vamos a realizar el siguiente ejercicio intentando enfocar la atención en lo que suceda en este mismo momento, tanto dentro como fuera de usted mismo, de manera objetiva; reconociendo lo que sienta, piense y haga, e intentando vivir la experiencia sin juzgarla. Durante

el ejercicio haré algunos silencios o pausas para permitirle lograr una mayor atención en lo que va sucediendo. Quiero que se acomode y cuando esté listo, cierre los ojos.

M: Perfecto, ya lo estoy.

T: Dirija su atención a usted mismo. Imagine esta habitación, qué cosas hay, dónde están ubicados los muebles; ahora imagínese sentado dentro de la habitación y en el lugar exacto donde está. Note cómo se siente en la silla. Comience a observar cómo se siente su cuerpo, cualquier sensación que tenga.. Note cualquier reacción física que tenga en este momento (PAUSA).

T: Lentamente, dirija su atención a su propia *respiración*. Nótese inhalando y exhalando. (PAUSA). Céntrese en su respiración y en lo que ocurre ahora, en este momento. Céntrese en la sensación del aire que llena todo su cuerpo y sale de él. Utilice su respiración, para ayudarse a “anclar” en el momento presente. Su respiración siempre está con Usted, y siempre ocurre en “el aquí y el ahora”; utilícela para recordar prestar atención y observar lo que ocurre ahora mismo. Pare y solo permítase por un momento, observar su respiración. (PAUSA).

T: Ahora, tal como está centrado en su respiración, lleve su atención al interior de sus propios *pensamientos*. Note cómo sus pensamientos cambian constantemente. Algunos pensamientos solo pasan, otros lo distraen y algunos son más difíciles de irse. Solo note qué está pasando... Si nota que algún pensamiento lo atrapa o lo arrastra, solamente dese cuenta y sin juzgar, intente retornar su atención a observar sus pensamientos. Utilice su respiración para anclarse al presente. Permítase observar sus pensamientos por unos momentos, notando cómo estos vienen y se van. (PAUSA).

T: Así como se ha centrado en los pensamientos, empiece a explorar cómo se está *sintiendo*. Las emociones como los pensamientos también cambian constantemente, algunas veces se siente

calma y otras veces tensión, algunas veces amor y otras odio, felicidad, tristeza y alegría. A veces las emociones vienen y van como las olas, y otras veces se quedan; y pueden aparecer como producto de ciertos pensamientos, o no saber de dónde surgen. Simplemente permítase reconocer cómo se está sintiendo ahora, y observar sus emociones o sensaciones sin juzgarlas... Note cómo fluyen. (PAUSA).

T: Continúe usando su respiración para anclarse en el presente y empezar a notar su *experiencia completa*; cómo se siente su cuerpo, qué está pensando. Qué emociones está experimentando.... Si nota que está intentando cambiar su experiencia de algún modo, preste atención y guíela de nuevo hacia esta (PAUSA). Note la temperatura de la habitación, y cada sonido que se produce dentro y fuera de esta. (PAUSA). Cuando esté preparado, comience a volver a la habitación; obsérvese sentado y las cosas que hay alrededor... Cuando quiera, vuelva completamente a la habitación y abra los ojos.

T: Bueno, cómo ha resultado esta experiencia, qué pudo notar.

M: En general me sentí bien, bacano el ejercicio... Se relaja uno un poco. Pero fue muy difícil lograr visualizarme a mí mismo mentalmente por momentos. Me venían muchos pensamientos a la cabeza, y trataba de dejarlos pasar retomando la respiración, pero creo que no lo hice muy bien, concentrarme.

T: No se trata de hacerlo bien o mal. Recuerde que como hemos hablado, la consciencia plena es una habilidad, que como cualquier otra, requiere práctica y tiempo para aprenderla; además es la primera vez que hace este tipo de ejercicios tratando de darse cuenta de su experiencia desde otra perspectiva, objetivamente.

M: Si.. Pero es que se me vino a la mente sobretodo la situación que pasó estos días con mi compañera, de la que anoté el ejercicio (ARC) y que habíamos hablado... Y pues trataba de no pensar en eso.

T: Está bien. Fíjese que en cierta forma estaba reaccionando a ese pensamiento, al tratar de dejarlo pasar. Y el darse cuenta no solo de los pensamientos, sino de las reacciones ante estos, es un logro importante para adquirir mayor consciencia de sus experiencias emocionales en diferentes contextos! por ejemplo en los que tiene emociones desagradables que se empeoran con los pensamientos. ¿Ahora quisiera saber qué sensaciones tuvo o pudo notar?

M: Pues al principio no me lograba acomodar bien en la silla, como incomodidad. pero después ya me acomodé y estuvo bien.

T: ¿Y derivado de los pensamientos... hubo alguna sensación física o reacción a estos?

M: Mmm... Tal vez un poco de calor, como ansiedad en el pecho, rabia, cuando me acordé del incidente con mi compañera...

T: Muy bien, ha logrado darse cuenta, no solo de las sensaciones, sino de la relación entre estas y los pensamientos, por ejemplo. (...)

Para finalizar la sesión, se hizo énfasis al consultante sobre la importancia de seguir practicando la consciencia centrada en el presente; por lo que se dejó como tarea la práctica del ejercicio realizado previamente en casa o de otros más informales en su cotidianidad, sugiriéndole su ejecución por lo menos una vez al día durante una semana, para ir mejorando la habilidad; a la vez, se le recordó el uso de la respiración, como la señal elegida par ayudarse a permanecer anclado o retornar al momento presente.

Adicionalmente, Martín diligenció a lo largo del módulo, el registro de consciencia emocional centrada en el presente, en el cual consignaba las prácticas que hacía en las

situaciones cotidianas, con las respuestas emitidas en los tres componentes y debía puntuar de 0 a 10, qué tan eficaz (10= Mayor eficacia percibida) había sido al no juzgar sus experiencias; al finalizar este entrenamiento, pasó de puntuar un nivel de eficacia entre 5-6 a uno de 8-9.

- d) Entrenamiento en estrategias de respiración diafragmática: Para fortalecer la práctica de la respiración como herramienta clave en los ejercicios consciencia plena sobre la experiencia emocional, se enseñó al consultante un ejercicio de respiración diafragmática con base en los propuestos por Davis et al. (1985); teniendo como valor agregado para Martín, el aprendizaje de una estrategia adicional para aplicar en la regulación de sus emociones frente a ciertas situaciones de estrés cotidiano, no necesariamente relacionadas con su problemática clínica.
- e) Psicoeducación y estrategias de evaluación y reevaluación cognitiva: Se desarrolló el módulo 4 del PU “evaluación y reevaluación cognitiva”, con el fin de abordar uno de los tres dominios o componentes de la experiencia emocional, como es el cognitivo; reforzando el aprendizaje del consultante acerca de la relación entre pensamiento, emoción y conducta; especialmente al identificar cómo los pensamientos, en cuanto a las interpretaciones que hace de los hechos afectan sus emociones; y a la vez, cómo estas últimas pueden influir en sus pensamientos. A este respecto, se inició con el ejercicio de la “imagen ambigua” del MP (Capítulo 8) que se puede ver en Figura 2; que consistía en la presentación de una imagen cuya situación, Martín debía observar y exponer las diferentes formas en que podía interpretarla o darle significado, ante la cual dio inicialmente una connotación negativa a lo que sucedía en la imagen; por lo que seguidamente en un análisis conjunto sobre su interpretación inicial, se buscó que hiciera

otras interpretaciones sobre el contenido de la imagen; logrando la reflexión del consultante sobre la forma en que los estados de ánimo, las experiencias pasadas y los recuerdos, entre otros elementos; pueden influir en nuestra percepción, interpretación inicial o evaluaciones automáticas de las situaciones que vivimos a diario. Por otro lado, teniendo como insumo los auto-registros (ARC) desarrollados por Martín, que dieron lugar a los análisis funcionales del problema; se facilitó su identificación de los pensamientos o evaluaciones automáticas que hacía en ciertas situaciones, como por ejemplo “van a pensar que lo que digo no es relevante o no contribuye”; “qué pena! Van a pensar que no me vine preparado o que estoy nervioso”; “mejor me quedo callado para evitar problemas (...); “No quiero que me vean ansioso”. Otro recurso que ayudó a que Martín identificara sus evaluaciones automáticas de tipo desadaptativo correspondientes con los errores de pensamiento o filtros que hacía, fue la técnica de la flecha descendente; con base en esto, junto con el consultante se revisaron los cuadernos de terapia cognitivo-conductual (Beriso et al., 2003), con el objetivo de poder englobar los pensamientos automáticos en unas categorías y comprenderlos mejor. Se identificaron errores o distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria (anticipación negativa o error del adivino) “deberías” (hacia sí mismo: culpa), magnificación (de sus imperfecciones o errores, etiquetación (“Soy tímido, inseguro”) y generalización; afianzando sus esquemas de inhibición emocional y autocrítica. Ahora, frente a la identificación de estos elementos, se subrayó al consultante, que dichos pensamientos no pueden calificarse como “malos”, sino que el problema radica en que estos filtros llevan a que las evaluaciones que hacemos, sean más rígidas o menos flexibles, redundando en el mantenimiento de ese círculo vicioso del malestar emocional. Finalmente, a partir del

trabajo anterior, se orientó al consultante a la *reevaluación cognitiva*, buscando que aumentara su flexibilidad al permitirse hacer interpretaciones alternativas de las situaciones generadoras de emociones desagradables, retomando la consciencia y anclaje en el presente o contexto de dichas experiencias. Una de las estrategias utilizadas, fue la búsqueda de evidencia o cálculo de la probabilidad de sobreestimación (Barlow et al., 2011), es decir, que se analizó con Martín la probabilidad de que sus “saltos” o anticipaciones negativas en ciertas situaciones correspondieran a la realidad y en qué grado (de 1 a 100) consideraba que se producirían dichas consecuencias. A través de procesos de cuestionamiento, se logró que el consultante le diera a estos pensamientos sobre las situaciones difíciles y sobre sí mismo, el justo valor que tienen como pensamientos, los cuales no lo determinan como persona, en su valía o desempeño; aprendiendo que podía aceptarlos y darles otra interpretación, o simplemente dejarlos pasar.



Figura 2. *Escena ambigua* tomada del capítulo 8 del Manual del Paciente- Módulo 4 del PU (Barlow et al., 2011).

f) Entrenamiento al paciente en estrategias para aumentar consciencia y tolerancia a sensaciones interoceptivas (exposición interoceptiva): Se llevó a cabo el módulo 6 sobre “consciencia y tolerancia a las sensaciones físicas” (Capítulo 11 del MP), con el fin de orientar al consultante en la identificación consciente de sus sensaciones físicas como otro de los elementos que está presente en su experiencia emocional, además de los pensamientos y las conductas. Se implementaron ejercicios de exposición interoceptiva en contextos de seguridad para Martín (consultorio y hogar) para evocar sensaciones similares a las que el consultante experimentaba en situaciones que normalmente le generan malestar, buscando a la vez, que desallorara una mayor tolerancia a estas sensaciones. En la tabla 3 se muestra parte del registro de inducción de síntomas fisiológicos diligenciado en la práctica en casa por el consultante; el cual incluye algunos de los procedimientos o ejercicios utilizados y el tiempo de duración; las respectivas sensaciones; y el grado de intensidad, ansiedad y similitud experimentada en comparación con la ocurrencia natural de dichos síntomas (0- 8; siendo 0= ausencia y 8= Máximo nivel). Hizo repeticiones del ejercicio de hiperventilación, al haber sido el más susceptible de generarle malestar dentro de la gama de procedimientos efectuados, evidenciando habituación y en consecuencia mayor tolerancia a las sensaciones, en la medida en que realizaba más ensayos.

Tabla 3. Registro de inducción de síntomas fisiológicos.

Procedimiento	Síntomas experimentados	Intensidad	Ansiedad	Similitud
Hiperventilación (60 segundos)	Un poco de sequedad en la boca.	4	2	3
<i>1er Ensayo</i>	Leve y transitorio dolor en la frente y			

	calor Inicio de dolor de cabeza			
Respirar a través de un pitillo (2 minutos)	Muy poco ahogo	0.5	0	0.5
Dar vueltas sobre uno mismo (60 segundos)	Algo de mareo y desequilibrio	1	0	1
Correr en el mismo sitio (60 segundos)	Respiración agitada Corazón acelerado	3	1	2
Hiperventilación <i>2do Ensayo</i>	Sequedad en la boca Inicio de dolor de cabeza	2	1.5	1.5

Para la siguiente sesión, se pretendía realizar un ejercicio de relajación muscular progresiva, con el fin de lograr adicionalmente la identificación por parte del consultante de la diferencia entre la sensación de tensión Vs. distensión o relajación. Sin embargo, entre esas sesiones, Martín presentó un evento de salud que requirió hospitalización relacionado con problemas vasculares y de coagulación; por lo que se canceló el ejercicio que se tenía planeado, considerando su patología médica (trombos en miembros inferiores) y nueva condición de anticoagulación; previniendo cualquier actividad de inducción de tensión o compresión muscular, que pudiera generar complicaciones (trombos o equimosis), de acuerdo a la consulta realizada con expertos.

En este punto del tratamiento, se recordó al consultante la propuesta de intervención, en términos de los cambios en la dinámica de implementación del Protocolo, al empezar a combinar las estrategias de exposición emocional (Módulo 7) con el entrenamiento en habilidades sociales.

g) Entrenamiento en estrategias de exposición emocional interoceptiva y situacional.

(exposición en vivo): Teniendo en cuenta que ya se han realizado con Martín varios ejercicios de exposición dirigidos a estímulos o eventos internos como son los pensamientos y las sensaciones físicas; el foco en este módulo fue la exposición emocional gradual no solo a ese tipo de eventos, sino a las situaciones externas susceptibles de producir emociones intensas en el consultante; promoviendo su aplicación de las habilidades aprendidas durante el proceso terapéutico a la práctica de exposición, tales como la reevaluación cognitiva y la consciencia centrada en el presente y sin juzgar; esforzándose por no hacer uso de conductas de evitación. Se comenzó por recordar y enfatizar al consultante, la importancia y pertinencia de realizar la exposición, al buscar como objetivo primordial aumentar su tolerancia a las emociones desagradables, y gradualmente generar nuevas asociaciones no temerosas entre los estímulos, las respuestas emocionales y sus reacciones o significados atribuidos a dichas respuestas. Se procedió a la construcción con el consultante de una jerarquía de evitación emocional y situacional, en la cual Martín debía estimar el grado de malestar y de evitación frente a cada situación. De dichas situaciones de su cotidianidad, se seleccionaron con el consultante las que fueran potenciales para dar inicio a la exposición exteroceptiva, al estar ubicadas en la mitad de la jerarquía y ser desencadenantes de un grado moderado de malestar, con el fin de que Martín se pudiera sentir relativamente seguro de afrontar con éxito esas primeras exposiciones emocionales, y así pasar después a exponerse a

situaciones que le implicaran mayor complejidad (Ver Figura 3, correspondiente a Registro de jerarquía de evitación emocional y situacional del consultante).

Cabe resaltar que las exposiciones se realizaron inicialmente en el contexto clínico y que el primer ejercicio fuera del consultorio se hizo en compañía de la terapeuta; la mayoría de las actividades seleccionadas surgieron de ideas planteadas al consultante y fueron concertadas con este para su realización. Una primera exposición en el consultorio consistió en plantearle a Martín un ejercicio sorpresa, con el fin de hacer que este improvisara la presentación de 3 o 4 temas escogidos al azar, de una canasta de papeles que contenía diferentes temas no relacionados necesariamente con su labor o de su conocimiento, para ir poniendo a prueba su habilidad para hablar en público, midiendo su grado de malestar percibido antes, durante y después. El consultante debió estar de pie frente a la terapeuta y sustentar aproximadamente durante un minuto y medio cada uno de los temas que le correspondieron, como por ejemplo “veterinaria de perros” y “cura para el Alzheimer”. De un rango de 0-10, el promedio puntuado por el consultante de ansiedad percibida al realizar estas pequeñas exposiciones fue: 3 antes de iniciar, 4 durante la ejecución, y 2 al finalizar. En el análisis posterior sobre el ejercicio, se reforzaron positivamente los ensayos realizados por el consultante, retroalimentando los elementos verbales y no verbales observados en su ejecución; y se pudo determinar que su grado de malestar experimentado no fue muy alto, en parte al haberse expuesto en un contexto seguro para él como es el consultorio y frente a la terapeuta. A continuación, se detallan apartes del diálogo con el consultante, antes y después del desarrollo del primer ejercicio de exposición fuera del consultorio en compañía de la terapeuta; para indagar los pensamientos, posibles anticipaciones negativas y emociones antes de iniciar el ejercicio,

así como analizar conjuntamente e inmediatamente después su experiencia. La actividad consistió en exponerse a una situación susceptible de causar emociones relacionadas con vergüenza y evitación, eligiendo como contexto un supermercado; dándole las instrucciones a Martín que debía tomar varios productos en una canasta y al llegar a la caja, esperar un momento buscando el dinero; luego al no encontrar su billetera (supuestamente) debía informarle la situación a la cajera y mantenerse ahí por un minuto sin efectuar conductas sutiles de evitación (como sonreír, hacer algún chiste, bajar la mirada), al cabo de ese lapso de tiempo, debía comunicar que desistía de la compra y retirarse del lugar.

ANTES del ejercicio:

T: ¿Qué cree que puede ocurrir en esta situación?

M: Sentirme incómodo, y que la gente a mi alrededor se moleste o me mire raro.

T: ¿Qué grado de ansiedad siente en este momento, en una escala de 1 a 10, donde 10 es el valor más alto?

M: Diría que 4.

T: ¿Tiene alguna sensación en particular en este momento?

M: Un poco de dolor de estómago

DESPUES del ejercicio (inmediatamente):

T: ¿Cómo se siente, qué grado de ansiedad está sintiendo de 1 a 10 en este momento?

M: Mmm... 6. Siento un poco de calor y sed. La boca seca.

T: ¿Y la reacción de las personas alrededor y de la cajera fue como creía que iba a suceder? ¿Fue grave?

M: Cuando empecé a esperar a que corriera el minuto final, creí que las personas detrás de mí en la fila y la cajera se iban a molestar ... Pero no fue tan grave en verdad, nadie dijo nada.

T: Yo estaba observando desde cierta distancia. ¡Y pude ver que sostuvo la mirada hacia la cajera, eso estuvo muy bien! No evadió el contacto ocular. ¿Hubo alguna conducta de evitación que se viera tentado a hacer?

M: Pues en un instante cuando estaba haciendo el amague de buscar el dinero, traté de hacer un pequeño comentario para distensionar lo que venía... y le alcancé a decir a la cajera que si esto [se refería a no encontrar el dinero] le pasaba seguido con los clientes... Pero ya cuando le dije que no tenía la billetera, no dije nada más y permanecí ahí durante el minuto... que se hizo eterno!

T: En ese momento qué tan intenso era el malestar o la ansiedad de 1 a 10?

M: 7.

T: ¿y en algún momento empezó a descender?

M: Si. hacia el final de la espera, cuando me iba a retirar; y lo había logrado. el ejercicio.

T: ¡Muy bien! Ese es el punto. Que logró exponerse a una situación que seleccionamos y que sabíamos que podía generar malestar y ansiedad. Y que pese a la incomodidad y ansiedad que sintió, completó el ejercicio hasta el final; y se dio cuenta que lo que sucedió no fue tan grave como de pronto lo pudo haber pensado en cuanto a la molestia o crítica de la gente alrededor. Y esto es un paso importante para desarrollar cada vez más una mayor tolerancia a las emociones desagradables. ¿Ahora [10 minutos después de haber culminado el ejercicio] cómo se siente?

M: Ya estoy totalmente tranquilo.

Al finalizar el ejercicio, se recuerda al consultante realizar como tarea entre las sesiones, algunos ejercicios de exposición de la jerarquía de evitación emocional y situacional en su cotidianidad, la cual incluía situaciones de la esfera personal y laboral con el fin de generalizar en su contexto natural las habilidades aprendidas. Para este fin, Martín diligenció el registro de práctica de exposición emocional del MP, sobre cada ejercicio que realizó, relacionando sus pensamientos, sentimientos y comportamientos antes, durante y después de la tarea; su nivel de ansiedad percibido; y cualquier conducta de evitación y obstáculo que tuvo para completarla.

No evitación	Se duda en hacer frente pero se evita poco.	A veces se evita.	Por lo general se evita.	Siempre se evita.				
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada de angustia	Angustia leve	Angustia moderada	Angustia fuerte	Angustia extrema				

	Descripción	Evitación	Angustia
1 Peor	<i>Decirle al hijo mayor de mi compañera mi malestar por su falta de ayuda con las labores de la casa</i>	6	4
2	<i>Intervenir en las reuniones del trabajo y en las que debo preparar un tema para presentar en público</i>	6	5
3	<i>Abordar a mi compañera cuando tenemos diferencias y decirle lo que me molesta</i>	6	4
4	<i>Llamar la atención a algunos compañeros del equipo de trabajo a quienes coordino por su recurrente impuntualidad</i>	3	3
5	<i>Hacer reclamos en lugares por servicios con los que estoy inconforme o vulneran mis derechos</i>	2	2

Figura 3. Registro de jerarquía de evitación emocional y situacional del consultante.

Como resultado general al cabo de esta actividad clínica de exposición interoceptiva y exteroceptiva, Martín logro aumentar la tolerancia al malestar y ejercer un afrontamiento más funcional ante las diferentes situaciones de interacción social, fortaleciendo su

percepción de autoeficacia tanto en su hogar como en su rol laboral, al ejercer una mayor participación y liderazgo.

Cabe resaltar que, para esas exposiciones, el consultante aplicó adicionalmente las habilidades sociales trabajadas de manera alterna con el módulo 7 (que se especifican en el desarrollo de la siguiente actividad clínica); practicando la asertividad, la expresión de sus inconformidades, y el hacer y rechazar peticiones.

- h) Psicoeducación sobre las 3 posibles conductas frente al conflicto y Entrenamiento en las habilidades sociales pertinentes a mejorar la comunicación asertiva y la competencia de hablar en público: Se dio inicio con una sesión de psicoeducación sobre las habilidades sociales básicas y avanzadas; el proceso de comunicación, con sus componentes verbales y no verbales; y las conductas típicas frente al conflicto, como son agresividad, pasividad, pasivo-agresividad y asertividad. A partir de la reflexión del consultante sobre estos contenidos, se determinaron las habilidades puntuales a trabajar en relación con las áreas o situaciones que mayor dificultad le representaban; cómo encarar situaciones de defensa de los propios derechos, actuar en público, tratar con figuras de autoridad y cualquier situación que le generara miedo a la desaprobación o a hacer el ridículo. En cuanto a las habilidades sociales básicas, con el consultante se hizo énfasis en dar y recibir retroalimentaciones; y por el lado de las respuestas sociales específicas, se realizó el entrenamiento en hacer y rechazar peticiones (decir No), hacer y recibir críticas, defender los propios derechos y puntos de vista y expresar el malestar asertivamente. Para el entrenamiento se desarrollaron ejercicios basados en el manual de EHS de Caballo (2007), a través de ensayos conductuales, aleccionamiento (modelamiento y moldeamiento) y tareas para la casa; los cuales fueron realizados por el consultante en su

contexto natural, al exponerse a algunas de las situaciones planteadas en su jerarquía de evitación (Módulo 7) en las que fuera pertinente llevar a cabo los ejercicios relacionados con el EHS. Uno de los ejercicios trabajados hizo referencia a la aplicación del *DESC* (Bower y Bower, 1976; citados en Caballo, 2007), un acrónimo que da cuenta de una estrategia de cuatro pasos de mucha utilidad para expresar emociones negativas o inconformidades; siendo D: Describir, E: Expresar, S: Especificar (Specify, por su origen en inglés), y C: Consecuencias. Se abordó con Martín el significado de cada paso y se plantearon ejemplos de su aplicación, haciendo ensayos conductuales de su implementación en sesión, para poder generalizarlos en las situaciones fuera de consulta. Se aclaró que en el paso 1, debía *describir*, la conducta concreta que le resultó molesta u ofensiva por parte de su interlocutor, iniciando con frases como “Cuando tu...”; en el paso 2, *expresar* sus sentimientos o pensamientos sobre esa actuación molesta de la otra persona, en términos de la conducta problema (p.ej. “Pienso que... Me siento...”); en el paso 3, debía *especificar* el cambio de conducta que espera de la otra persona puntualmente, con verbalizaciones como... “Quisiera... Me gustaría que me dijeras...”; y finalmente en el paso 4, debía señalar las consecuencias que tendrían lugar si la otra persona llega a un acuerdo de cambio en su conducta, en un principio, planteando consecuencias positivas, y si la situación lo amerita consecuencias negativas (p.ej. Si haces... De lo contrario...). Se explicó al consultante que los pasos eran flexibles en su aplicación, dependiendo del contexto y el objetivo de la intervención, por lo que en ocasiones sería suficiente implementar dos o tres solamente; por ejemplo, *expresar* (paso 2) y *especificar* (paso 3); o *describir* (paso 1), *especificar* (paso 3) y *consecuencias* (paso 4). Martín desarrolló el ejercicio en diferentes situaciones de su cotidianidad,

incluyendo algunas de la jerarquía de evitación, como la ubicada en el medio de este rango, relacionada con abordar a su compañera cuando tenían diferencias. En esa exposición, Martín implementó los pasos 1 (describir) y 2 (expresar) principalmente, que se asociaban con sus mayores dificultades en ese contexto, con respecto a poder expresarle a su compañera su malestar emocional cuando ella lo ignoraba o lo callaba de forma un poco hostil según él. En otra situación o contexto en el que vio que podían estar siendo vulnerados sus derechos como consumidor de servicios (restaurante), vio la oportunidad de implementar la estrategia e hizo uso de los pasos 1, 3 y 4; registrando el ejercicio en su formato de práctica de exposición emocional del MP donde anotó los pensamientos, sentimientos y conductas antes, durante y después de la tarea; así como su nivel de ansiedad percibido y los resultados obtenidos. Adicionalmente, al finalizar el tratamiento surgió un evento relacionado con su trabajo, en el que debió hablar en público aproximadamente 10 minutos, de pie y frente a 30 personas con alta experiencia en el tema a tratar; experimentando antes y durante la exposición, ansiedad (grado 6, en una escala de 0-8), aumento de la frecuencia cardíaca y sequedad en la boca. Después del ejercicio, su nivel de ansiedad bajó a 2, verbalizando que se había sentido “satisfecho con su papel” y había logrado “manejar su discurso”. En consulta, se hizo retroalimentación de todos los ejercicios de exposición y aplicación de las habilidades sociales entrenadas, que fueron realizados por el consultante entre sesiones; analizando con Martín su desempeño y los obstáculos percibidos, y reforzando positivamente los logros alcanzados. Con respecto a estos, en términos de sus habilidades sociales, el consultante mejoró su comunicación de manera asertiva frente a las demandas de los demás en la cotidianidad, logrando rechazar peticiones, manifestar su postura y defender sus

derechos. A la vez, percibió una mejoría en aquellas situaciones en las que requería asumir liderazgo en su rol laboral.

Finalmente se llevó a cabo la sesión de cierre del proceso terapéutico, con la implementación del módulo 8 del PU, haciendo una revisión de los logros del consultante, su mantenimiento y la prevención de recaídas. Se plantearon algunos de sus objetivos a largo plazo y los pasos que requería para llevarlos a cabo. Se dieron estrategias para el mantenimiento de su progreso y la anticipación de dificultades; teniendo en cuenta sus habilidades para el manejo de las emociones y de las situaciones susceptibles de generar crisis o recaídas. Tales habilidades obedecen al mantenimiento de la práctica de consciencia emocional sin juzgar, a la revaloración de los pensamientos disfuncionales, a seguir practicando la exposición emocional y de las habilidades sociales trabajadas; a la modificación de las CIE's desadaptativas y el esfuerzo por no hacer evitación emocional ni situacional.

Marco conceptual de referencia

Con base en los planteamientos teóricos relacionados en los primeros apartados del estudio, a continuación, se profundizará sobre algunos aspectos del Trastorno de Ansiedad Social (TAS) o Fobia Social (FS), los tratamientos tradicionales que se han empleado para su abordaje de corte cognitivo-conductual y los fundamentos del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU).

Cuando la ansiedad social fue incluida por primera vez como una categoría diagnóstica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), fue pensada como un trastorno con consecuencias en un mínimo grado de interferencia o disrupción para el funcionamiento de la persona; sin embargo, las investigaciones al respecto han

revelado que el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) puede resultar altamente incapacitante. (Turk, Heimberg y Hope, 2001).

Según Olivares-Olivares et al. (2014), el TAS interfiere con el desarrollo personal, social y académico de la persona que lo padece, lo cual es considerado por los investigadores, como un factor de riesgo y predisponente para problemas de salud relevantes, así como para presentar una disminución significativa en la calidad de vida.

De acuerdo con Hofmann y Barlow (2002), los sujetos con ansiedad o fobia social presentan el malestar cuando realizan actividades en presencia de otros y bajo su observación o escrutinio, y no cuando las desarrollan en privado; siendo la característica principal del trastorno, el temor por la evaluación que los otros puedan hacer de su conducta al percibirse observados, lo que genera el deterioro conductual del individuo. (p. 455).

El temor de la persona se relaciona fundamentalmente con ser evaluada de forma negativa por su actuación o los síntomas de ansiedad que pueda manifestar; al poderle implicar rechazo por parte de los otros, o sentimientos de vergüenza y humillación. El malestar que la persona experimenta, representa un miedo o ansiedad significativos, así como evitación de dichas situaciones sociales, cuando esta conducta le es posible (Caballo et al., 2007).

Aunado a lo anterior, Bados (2015) hace referencia a las situaciones sociales típicamente temidas por la persona con ansiedad social; asociadas con *interacciones sociales*, como por ejemplo, encontrarse con desconocidos o mantener una conversación; *actuar frente a otros*, como sería el caso de dar una charla; y *ser observado*, por ejemplo al ejecutar conductas como escribir, comer o beber.

Al respecto, Bados (2001) realiza una clasificación adicional de estas situaciones, en cuatro grupos como son: a) Intervención pública, que incluye por ejemplo situaciones como

actuar o hablar en público e intervenciones en pequeños grupos formales; b) interacción informal, al hablar temas personales, iniciar y mantener conversaciones con desconocidos, relacionarse con el sexo opuesto, conocer gente nueva, etc.; c) interacción asertiva; hacer y rechazar peticiones, hacer reclamos, expresar desacuerdos, interactuar con figuras de autoridad, etc. y d) ser observado, al escribir, hablar por teléfono, comer, beber o ser el centro de atención, por ejemplo.

Por otra parte, las personas que experimentan ansiedad social conforman un grupo heterogéneo en términos de la omnipresencia y la severidad de sus miedos. (Turk et al, 2001). En este sentido, se relacionan los subtipos de ansiedad social, especificados en los sistemas diagnósticos tradicionales; donde, por ejemplo, el subtipo *generalizado* hace referencia a las personas que temen a la mayoría de las situaciones sociales. (American Psychiatric Association, 1994, p. 413). Estos individuos, a menudo experimentan simultáneamente una variedad de miedos asociados con cualquier interacción social, con actuaciones o funcionamiento en público y/o con la observación por parte de otros en diferentes contextos.

Por su parte, los individuos con ansiedad social que harían parte del subtipo *no generalizado*, pueden temer únicamente a una situación de actuación o desempeño particular o a varias situaciones sociales, pero no a la mayoría; como sí ocurre en el caso de las personas con ansiedad social generalizada, que en comparación con las del subtipo no generalizado, se han asociado con una edad más temprana de inicio del Trastorno, con mayores tasas de desempleo, menores niveles educativos y una mayor probabilidad de permanecer solteras (Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990).

A pesar del mayor grado de severidad, deterioro o intrusión de los síntomas en el funcionamiento de las personas con ansiedad social generalizada; cuando estos pacientes llevan a

cabo el tratamiento cognitivo-conductual; se ha observado que tienen una mejoría comparable a la de los sujetos que cursan el trastorno de tipo no generalizado. (Turk et al., 2001).

Por su parte, Heimberg (1995, citado en Caballo et al., 2007) hace una distinción entre tres tipos de ansiedad o fobia social; el primero, es el tipo *circuscrito*, a una o dos situaciones temidas; el segundo, es la FS *no generalizada*, a varias situaciones temidas; y el tercero, es la de tipo *generalizado*, donde el sujeto teme a la mayoría de las situaciones sociales. Cabe resaltar, la suposición de Bados (2015) al respecto de los subtipos propuestos para el Trastorno, quien considera que sería más útil o pertinente dar cuenta de un continuo en función de la cantidad de situaciones temidas y de su grado de temor.

Las manifestaciones o síntomas de las personas con TAS o FS, son vistas por canales o sistemas de respuesta por autores como Caballo et al. (2007) y Bados (2015); profundizando al respecto, este segundo autor, agrega al sistema fisiológico o somático; las contracciones nerviosas, la boca seca y el rubor especialmente, como las reacciones más frecuentes en la fobia social, más que en otro tipo de fobias. En el sistema cognitivo, las personas con TAS presentan una tendencia a centrar la atención en sí mismas, a lo que Hofmann y Barlow (2002) hacen referencia como atención auto-focalizada; la cual se dirige especialmente a las emociones negativas, a los propios errores y a las reacciones fisiológicas o ansiedad que pueden ser visibles para los demás. Además, puede haber un sesgo cognitivo hacia las reacciones emocionales (particularmente negativas) y a las expresiones faciales por parte de otros.

Esta auto-focalización, puede tener como efecto una disminución significativa en los recursos o procesos atencionales del sujeto, incidiendo negativamente en su ejecución exitosa de la tarea en cuestión. (Barlow, 2003; citado en Bravo y Blázquez, 2017).

En el sistema conductual (Bados, 2015) o canal de respuesta motor; la evitación y la tendencia a escapar, son las conductas que se presentan en mayor medida en el TAS. Dicha evitación, puede ser de tipo situacional o emocional dada por diferentes estrategias (Barlow et al, 2011). Cuando el individuo no puede evitar la situación como tal o escapar de esta, tiende a experimentar un alto grado de malestar; por lo que puede implementar estrategias de evitación emocional, a manera de conductas sutiles, estrategias cognitivas o señales de seguridad.

En el TAS, las estrategias de evitación más representativas pueden ser la evitación del contacto visual; desconectarse mentalmente durante la conversación o ignorarla; llevar consigo algún elemento o accesorio para esconder su rostro u ojos, como por ejemplo gafas oscuras e intentar suprimir los pensamientos. Esta última estrategia es común a todos los trastornos emocionales y no solo se presenta en la FS. (Moses y Barlow, 2006, p.149). Siguiendo esta perspectiva transdiagnóstica en la caracterización del TAS, las conductas impulsadas por emociones, se relacionarían especialmente con la retirada o escape de la situación social y con las conductas de hipervigilancia.

En cuanto al inicio y curso del trastorno de ansiedad social, según Turk et al. (2001; citado en Barlow (Ed.), 2014), este suele comenzar durante la primera infancia o la adolescencia y típicamente sigue su curso en la vida del individuo, sin hacer ninguna remisión. Pese a esto, la mayoría de las personas solo buscan ayuda terapéutica cuando llegan a desarrollar algún otro problema psicológico o trastorno emocional; dentro de los cuales, los más comunes se relacionan con alguna fobia específica, agorafobia, depresión mayor y abuso o dependencia del alcohol.

En relación con las características explicadas anteriormente, los sistemas de clasificación diagnóstica de tipo categorial y dimensional, determinan unos criterios para ayudar al clínico a realizar el diagnóstico del Trastorno. Los más recientes y/o que se encuentran vigentes en cuanto

a su uso, como el DSM-5 (APA, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992), relacionan algunos criterios para que la persona cumpla con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social, con código 300.23 o de Fobias Sociales con F40.1, respectivamente.

En los primeros apartados del estudio, se describieron de manera general los criterios básicos establecidos por la APA (2013) en el DSM-5; por lo que a continuación se mencionan de manera detallada. La característica esencial para el TAS , es un “marcado e intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás” (criterio A); temor relacionado con la evaluación negativa por parte de otros. A la vez, el miedo de la persona se asocia con el hecho de mostrarse o actuar de determinada manera, haciendo evidentes sus síntomas de ansiedad como por ejemplo, experimentar sudoración, temblor, trabarse con las palabras, evitar el contacto ocular, entre otros; y que en consecuencia, puedan producir rechazo en los demás (Criterio B).

Adicionalmente, el sujeto siente miedo o ansiedad en casi todas las situaciones sociales (Criterio C); pese a que el grado de temor experimentado puede variar en cada ocasión. La ansiedad o temor frente a las situaciones sociales lleva a la persona a evitar la situación ya sea de manera generalizada o con conductas sutiles; y en el caso de tener que soportar la situación, puede experimentar un miedo o ansiedad intensos (Criterio D); que por lo general, son desproporcionados frente al riesgo o amenaza real que representa la situación o contexto social (Criterio E), resaltando que hay una tendencia en el individuo a sobreestimar las consecuencias negativas de estas situaciones. (APA, 2013).

La duración y relevancia clínica de los síntomas, la ansiedad, el miedo o la evitación, típicamente se presentan un mínimo de seis meses (Criterio F) y deben causar un deterioro

importante o interferencia en el funcionamiento de la persona, en las áreas social, laboral u ocupacional, por ejemplo. (Criterio G). (APA, 2013).

Un aspecto que agregó el DSM-5 (APA, 2013) o modificó con respecto a los criterios de la anterior clasificación dada en el DSM-IV (APA,1994), es que eliminó el especificador o subtipo de Fobia Social “generalizada”, reemplazándolo por el especificador de “solo actuación”, el cual indica que “el miedo está restringido a hablar o actuar en público”.

Por su parte, según la CIE-10 (1992), en la Fobia Social existe un miedo a ser enjuiciado por otras personas al interior de un grupo comparativamente pequeño y la ansiedad “se limita a o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. Puede temerse una sola situación social o casi todas ellas fuera del círculo familiar”. Este ultimo aspecto se diferencia del DSM-5, en cuanto a que se requiere o permite que el temor se presente en una sola situación social y no necesariamente en casi todas las situaciones, como implica el sistema de la APA (2013).

En cuanto al diagnóstico diferencial de otros trastornos y/o a su comorbilidad; más allá de los sistemas categoriales o dimensionales de clasificación mencionados anteriormente, se ha generado un debate con respecto a la condición o criterio de generalidad o especificidad del TAS o FB, por lo cual los investigadores enfatizan sobre las comunalidades entre los trastornos emocionales.

Al respecto, Sandín et al. (2012), refieren que pese a las diversas razones por las que se puede justificar la alta comorbilidad entre los trastornos mentales; esta puede deberse entre otras cosas, a una inadecuada asignación de varios trastornos, cuando realmente los síntomas podrían relacionarse con un único trastorno; como por ejemplo, sucede al intentar hacer la distinción entre FS generalizada y el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE). Esta problemática en el diagnóstico diferencial se da en parte, porque ambos trastornos comparten muchas

características, pudiendo haber un solapamiento entre ambas condiciones, lo que se refleja en algunos datos que indican que del 22 al 70% de los sujetos con FS cumplen ambos criterios. (Nezu, et al., 2006).

Este hecho acerca de la elevada comorbilidad entre la FS y el TPE, ha sido documentado en varias investigaciones como la de Reichborn-Kjennerud et al. (2007) en población adulta; realizada con gemelos monocigóticos que a partir de evidencia empírica, soporta la hipótesis de que existe una vulnerabilidad genética común a los dos trastornos; sugiriendo que lo que se da es un continuo en la ansiedad social, del cual formarían parte la FS y el TPE, llegando a ser este último, el extremo más grave de dicho continuo.

En otro estudio realizado con adolescentes, Olivares-Olivares et al. (2014) buscaron analizar en qué medida se encontraban diferencias cuantitativas y cualitativas entre los sujetos con FS generalizada y los que cumplían criterios de FS generalizada más TPE. Los hallazgos confirmaron la hipótesis de los investigadores que sugiere que el TPE no debería considerarse como una entidad diagnóstica independiente, sino que podría formar parte del *gradiente Ansiedad Social*, ubicándose en el punto de mayor gravedad del continuo.

Aunado a la aproximación anterior de tipo transdiagnóstico; en relación con el origen o posibles causas del TAS, Hofmann y Barlow (2002) cuestionan las primeras teorías que asumían que la ansiedad social se debía a un déficit en habilidades sociales; teniendo en cuenta que los sujetos socialmente ansiosos, no necesariamente son deficientes en alguna de estas habilidades.

Estos individuos pueden tender a interactuar con otros de formas que resultan inocuas; como por ejemplo, emitir una sonrisa cortés, ser muy amable o asentir repetidamente con la cabeza; también pueden en mayor medida, disculparse o excusarse y en menor grado, exhibir comportamientos de dominancia o de cooperación social. Estas conductas, resultantes del

estudio realizado por Walters y Hope (1998), son consistentes con la noción de que el TAS se caracteriza por una menor cooperación social y dominancia, y una mayor sumisión, escape y/o evitación.

Por lo tanto, contrario a atribuir el origen del TAS a un déficit en habilidades sociales; tanto en su origen, como en los demás trastornos emocionales, cobra relevancia la teoría de la triple vulnerabilidad o diátesis propuesta por Barlow (2002); que como se ha mencionado desde el comienzo del presente estudio, corresponde a ciertos factores que predisponen a una persona a desarrollar algún trastorno emocional. Particularmente para el desarrollo de FS, el individuo debe ser biológica y psicológicamente vulnerable a la aprehensión ansiosa (Hofmann y Barlow, D., 2002).

Al respecto, existe evidencia proveniente de diferentes estudios de gemelos, de familias y otros de alto riesgo, que sugieren la contribución genética para la FS. Por ejemplo, un estudio de Mancini et al. (1996; citado en Barlow, 2002), reportó que el 23% de los hijos (en edad promedio de 11 años) de adultos con FS, cumplieron criterios diagnósticos para este trastorno. Otro estudio desarrollado por Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz y Klein (1993) bajo la metodología de entrevistas directas con familias; mostró que era tres veces mayor el riesgo de FS para los familiares de los “probandos” o sujetos principales del estudio familiar con FS, que para los parientes de los sujetos control que nunca habían presentado enfermedad mental.

A pesar de esta información, puede que la predisposición genética a desarrollar FS sea inespecífica o aun incierta; pero parece estar estrechamente relacionada con ciertas variables del temperamento, como la timidez; la cual constituye uno de los factores con alta probabilidad de ser heredados y de estar relacionados con la FS. (Turner, Beidel, y Townsley, 1990; citados en Hofmann y Barlow, 2002). Adicionalmente, la inhibición conductual, dada por el temor, la

timidez y el retraimiento o recelo de un niño frente a personas o eventos novedosos; puede constituirse como otro de los precursores de la FS.

Con base en las vulnerabilidades biológicas y psicológicas de los trastornos emocionales; los individuos con fobia o ansiedad social, además de experimentar como en otros trastornos, alarmas verdaderas y/o falsas y de desarrollar ansiedad frente a una posible pérdida de control de sus emociones; muestran un sesgo atencional y en su juicio, hacia información que resultaría socialmente amenazante, distrayéndose de las tareas a realizar o que requieren de algún grado de rendimiento óptimo; debido a la activación cognitiva de tipo negativo o denominada *preocupación*, lo cual es consistente con la literatura del procesamiento de la información en la FS (Heinrichs y Hofmann, 2001).

Según la literatura del procesamiento de la información en la FS, si el estímulo o situación es socialmente relevante para el sujeto, este dirige o centra su atención hacia dicho estímulo (sesgo atencional), y si este último resulta ser potencialmente amenazante, el sujeto tiende a sobreestimar la amenaza o costo social (sesgo de interpretación); pero si finalmente, el estímulo resulta en realidad socialmente amenazante, el individuo puede presentar un sesgo de memoria, de tipo implícito o de codificación.

Para dar respuesta al tratamiento de esta y las demás manifestaciones y procesos implicados en el TAS, dentro de las técnicas del modelo cognitivo- conductual se privilegia la exposición. De los distintos meta-análisis realizados para medir el tamaño del efecto de los tratamientos para FS, la técnica de exposición es considerada como la más indicada, bien sea sola, o aplicada en combinación con la reestructuración cognitiva para obtener mejores resultados terapéuticos. (Rosa, Sánchez-Meca, Olivares y López, 2002).

En un estudio desarrollado para medir la efectividad o capacidad de generar mejoría en pacientes del ámbito asistencial, Lincoln et al. (2003) estudiaron la efectividad de la combinación de exposición con terapia cognitiva, en 217 pacientes con diagnóstico principal de FS; consistiendo la intervención, en una primera fase de evaluación médica y psicológica; una segunda fase de motivación y retroalimentación sobre el diagnóstico, y una tercera fase de exposición que los autores denominaron de “alta densidad”; con una duración media de la terapia de 35 sesiones. Al finalizar el tratamiento los pacientes mostraron mejoría, al pasar de un nivel de disfuncionalidad a uno de funcionalidad y los tamaños del efecto, arrojaron resultados similares a los varios meta-análisis en estudios controlados.

Así, la terapia de exposición para la FS, busca extinguir las respuestas de temor condicionadas a los estímulos respectivos; es decir, la ansiedad experimentada en las situaciones susceptibles de provocar temor, pretendiendo que la persona se habitúe a dichas situaciones, disminuyendo gradualmente la ansiedad. (Nezu et al., 2006). La exposición puede ser llevada a cabo de manera imaginaria o simulada y en vivo, siendo esta última la de preferencia en cuanto a lograr una mayor reducción de la evitación de la persona, al impactar la generalización.

Barlow, Raffa y Cohen (2002), sugieren al respecto, que todo el tratamiento para la FS debería contener de manera esencial algunos tipos de exposición y suscitar en los pacientes la práctica de la exposición en vivo en el hogar, como componente básico del tratamiento y predictor de mejores resultados.

Por otra parte, la técnica de la reestructuración cognitiva para la FS se centra en la modificación de las distorsiones cognitivas que tienden a ser muy marcadas y de tipo catastrófico en estos sujetos; muchas veces con un criterio perfeccionista y crítico frente a su desempeño social; con presencia de creencias a manera de suposiciones o ideas condicionales de

las posibles reacciones de los demás. (Beck, Emery y Greenberg, 1985; citado en Nezu et al., 2006).

Desde el modelo cognitivo de Beck (2000), la reestructuración debe abarcar tres niveles en los que se pueden presentar las distorsiones cognitivas del paciente; esto es, a nivel de pensamientos automáticos negativos, del tipo “si abro la boca voy a decir una tontería”; a nivel de creencias intermedias o suposiciones, como por ejemplo, “si digo una tontería, voy a quedar como un estúpido o la gente se va a alejar más de mí”; y a nivel de creencias o ideas centrales, con auto-verbalizaciones como “soy un estúpido, o soy un fracaso”. Dentro de las estrategias empleadas en la reestructuración cognitiva, estarían la búsqueda de evidencia y la generación de pensamientos alternativos, la flecha descendente, el debate socrático y las auto-instrucciones. (Beriso et al., 2003).

Por su parte, frente a los pacientes con ansiedad social que en efecto presentan un déficit en sus habilidades sociales (Hofmann y Barlow, 2002), se hace pertinente el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS); que según Scholing, Emmelkamp y Van Oppen (1996), puede aplicarse para el tratamiento de la FS de dos maneras. La primera, como un programa o módulo independiente enfocado exclusivamente a la adquisición de las habilidades sociales pertinentes y la segunda, como una adición al tratamiento cognitivo-conductual, haciendo una combinación de las técnicas, aunque esto implique tal vez limitar el alcance del abordaje de las habilidades sociales, en comparación con el primer formato de aplicación.

Bajo la segunda modalidad, acerca de llevar a cabo el entrenamiento en habilidades sociales en combinación con el tratamiento cognitivo-conductual para ansiedad social, Beidel et al. (2014), desarrollaron un ensayo controlado aleatorio con 106 adultos que cumplían con el diagnóstico de TAS, con el fin de examinar el impacto adicional del EHS para el tratamiento del

trastorno. Los participantes fueron asignados al azar a la terapia de exposición (imaginaria y en vivo) sola; a una terapia multifacética denominada Terapia de Efectividad Social (TES) que combina el EHS (grupal) con terapia de exposición individual; o a una lista de espera/ control.

Los resultados comprobaron las hipótesis de los investigadores, mostrando por un lado, que tanto la terapia de exposición por sí sola como la TES, redujeron significativamente el malestar de los pacientes, en comparación con el grupo de la lista de espera o control; con respecto a la terapia de exposición (54%), en un porcentaje un poco mayor (67%) los pacientes tratados con la TES, en la fase de postratamiento ya no cumplían con criterios para el TAS. En comparación con la terapia de exposición sola, en cuanto a la significancia estadística, la TES produjo resultados superiores sobre las medidas de habilidad social y estado clínico general; y adicionalmente, los pacientes tratados con la TES y la exposición, mostraron una disminución clínicamente significativa sobre dos medidas de ansiedad social (auto-informes) y varias medidas de conducta social por observación. (Beidel et al., 2014).

Por su parte, dentro de los protocolos o programas estructurados para el tratamiento de la ansiedad o fobia social, uno de los programas en los que el EHS ocupa el rol principal, es el propuesto por Turner, Beidel y Cooley (1994; citado en Caballo, 2007, p.p. 318-319); planteando cuatro componentes, como son el educativo; el EHS; la exposición; y la práctica programada.

El componente de EHS, está diseñado para enseñar o pulir las habilidades sociales del individuo, generalizando la práctica en las interacciones sociales; al contener tres partes clave y que son comunes a los individuos con FS; estas incluyen: a) darse cuenta o percatarse del ambiente social; b) mejorar las habilidades interpersonales, teniendo en cuenta aspectos verbales y no verbales (contacto ocular, volumen/tono de voz) de la interacción, así como las áreas problemáticas; y c) mejorar las habilidades para hablar en público (Caballo, 2007).

Estas partes, se pueden asociar con las áreas o rangos de situaciones que han sido estudiadas bajo procedimientos estadísticos, las cuales generan incomodidad en las personas y resultan ser áreas comunes de dificultad; dichas áreas corresponden a situaciones de defensa de los propios derechos, actuar en público, conocer a extraños, tratar con figuras de autoridad, entre otras situaciones susceptibles de provocar miedo a la desaprobación o evaluación negativa del desempeño por parte de otros. (Argyle, Furnham y Graham, 1981; citado en Caballo, 2007).

Los temas a tratar en el EHS con sujetos con FS, incluyen iniciar y mantener conversaciones; interacciones hetero-sociales; habilidades asertivas; elementos no verbales; habilidades para telefonar y mantener contactos sociales, entre otros. (Turner et al., 1994). Estos temas, se relacionan a su vez, por un lado con el entrenamiento en habilidades sociales básicas, tales como escuchar, observar, dar y recibir retroalimentaciones y por el otro, con respuestas sociales específicas, como hacer y rechazar peticiones, hacer y recibir cumplidos y críticas, defensa de los propios derechos y puntos de vista y expresar el malestar asertivamente, entre otras. (Van Dam-Baggem et al., 1986; citados por Caballo, 2007).

Tanto para el entrenamiento de habilidades sociales básicas como para respuestas específicas; las estrategias utilizadas más frecuentes son el modelamiento y el ensayo de conducta; el aleccionamiento y moldeamiento; la retroalimentación correctiva y refuerzo positivo y finalmente, las tareas para la casa.

Tras la descripción anterior de las estrategias tradicionales para el abordaje terapéutico del TAS y con el fin de hacer un mayor contraste con las de tipo transdiagnóstico, específicamente con el PU; a continuación se hace referencia a los conceptos clave en la construcción del Protocolo, profundizando sobre algunos de sus componentes y su relación con la ansiedad social; así como el desarrollo del mismo.

Desde el primer estudio de caso en el que fue utilizado el PU, desarrollado por Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard y Barlow (2010), fue demostrada su eficacia clínica; así como en estudios subsecuentes, a través de ensayos con sujetos adultos con diversos trastornos de ansiedad. Tal fue el caso del estudio realizado por el Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados en Boston por parte de Ellard et al. (2010), en el que se puso a prueba la última versión del PU a través de dos ensayos clínicos abiertos, mostrando diferencias significativas en medidas relacionadas con estos trastornos, en el pre y post-tratamiento.

Para el desarrollo del PU, Barlow et al. (2011), comenzaron con la abstracción de los principios fundamentales de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), tales como la extinción de los aprendizajes; la exposición conductual, emocional e interoceptiva; las estrategias para prevenir y controlar la evitación cognitiva y conductual; y la identificación y modificación de los pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas. Integrando dichos fundamentos, con la literatura y los avances en la investigación del desarrollo y la regulación emocional, la teoría del aprendizaje y la neurociencia cognitiva. (Fairholme et al., 2010).

Aunado al modelo de la triple vulnerabilidad como uno de los fundamentos del PU, Barlow (2002) propone la noción de “síndrome de afecto negativo”, el cual juega un papel clave en la comprensión de la psicopatología, considerándolo un factor de orden superior en la base de los trastornos emocionales; al constituir una estructura latente del temperamento en dichos trastornos a través de dos dimensiones como son, el neuroticismo (afecto negativo) y la extroversión (afecto positivo y activación conductual) (Brown y Barlow, 2009).

El término y rasgo de la personalidad denominado neuroticismo, utilizado por primera vez por Eysenk (1961, 1981; citado por Barlow, 2002), está relacionado con alta reactividad a las emociones negativas y con inhibición conductual; así como con estrés crónico generalizado que

involucra especialmente el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical, hipervigilancia, percepción de incontabilidad frente al futuro y de baja autoeficacia para afrontar los eventos futuros (Brown y Barlow, 2009). En comparación con el neuroticismo-afecto negativo que se asocia etiologicamente con el amplio espectro de trastornos emocionales; la influencia de extroversión-afecto positivo parece ser más específica para Depresión y Fobia Social en cuanto al bajo afecto positivo, y para Manía, con alto afecto positivo.

Otro concepto clave en la perspectiva transdiagnóstica y en la construcción del PU es la Regulación Emocional (RE); que hace referencia al proceso que las personas utilizan en su esfuerzo por influir o modificar sus experiencias emocionales y la expresión de las mismas (Jazaieri, Morrison, Goldin y Gross, 2015), a través de estrategias orientadas a mantener, incrementar o suprimir algún estado emocional (Gross y Thompson, 2007); lo cual, parece ser un componente importante en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de ansiedad y del estado de ánimo (Barlow et al., 2011).

En contraste, la desregulación emocional se conceptualiza como un estado en el cual a pesar de los esfuerzos de la persona; sus intentos por regular la emoción son fallidos y no logra tampoco hacer los correctivos necesarios para alcanzar las metas que tiene en relación con su emoción.

La estructura más común para entender la regulación emocional, tiene que ver con el modelo del proceso de regulación emocional, que se divide en cinco familias específicas o procesos de regulación, como son la selección de la situación; la modificación de la situación; el despliegue o desplazamiento de la atención; el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta (Jazaieri et al., 2015). En torno a estos procesos, se pueden dar estrategias adaptativas o

desadaptativas de regulación, dependiendo del contexto y de las metas en la situación particular del sujeto.

En general, las estrategias desadaptativas de uso frecuente, son evitación, supresión y rumiación y de manera menos frecuente; las personas con algún trastorno, implementan estrategias saludables o adaptativas como la aceptación, la revaloración y la solución de problemas. Esto es concordante con un estudio al respecto, desarrollado por Blalock, Kashdan y Farmer (2016), en el que se compararon las respuestas de 40 adultos con diagnóstico de TAS, con las de 39 adultos sanos; arrojando como resultado, que los sujetos con ansiedad social reportaban mayores rasgos de supresión y menos de revaloración cognitiva que los participantes sanos o control.

Según Jazaieri et al. (2015), en relación con las cinco familias o procesos de regulación, los individuos con fobia social típicamente harían uso de las estrategias desadaptativas, con el fin de aliviar el malestar emocional de la siguiente manera: a) selección de la situación, a través de la evitación de las situaciones sociales temidas o que requieren de su funcionamiento; b) modificación de la situación, comúnmente enfocada a una amplia gama de conductas de seguridad; c) desplazamiento atencional, desconectando o desplazando la atención de los estímulos amenazantes en la situación, hacia señales o aspectos no amenazantes del ambiente inmediato; d) cambio cognitivo, utilizando la revaloración no habilidosamente, por ejemplo, para convencerse de que la situación no es importante (manteniendo la psicopatología); y e) modulación de la respuesta, en el esfuerzo por evitar, alterar u ocultar los propios pensamientos y sentimientos de ansiedad, buscando suprimir su expresión.

Con base en la teoría y los datos emergentes de las investigaciones planteados anteriormente, se logró consolidar el PU; el cual está compuesto por varios módulos,

estructurados en dos manuales, uno para el terapeuta y otro para el paciente, cuyo desarrollo contempla alrededor de 12 a 18 sesiones aproximadamente. Los módulos han sido diseñados de manera secuencial para su aplicación; aunque con el propósito de respetar las diferencias individuales, estos pueden ser ajustados de manera flexible según las necesidades del caso, extendiendo la práctica de algunas habilidades en el rango o número de sesiones preestablecidas para cada módulo (Barlow et al., 2011).

En la versión más reciente del PU (Barlow et al., 2011), se desarrollan cinco módulos básicos dirigidos a los aspectos clave o mecanismos de cambio del procesamiento y la regulación de las experiencias emocionales, descritos en los apartados iniciales del estudio.

Los cinco módulos principales del PU, son precedidos por dos módulos adicionales; el primero, enfocado al aumento y mejora de la motivación, a la disposición para el cambio y el compromiso terapéutico; y el segundo, de psicoeducación, que busca introducir al paciente a la naturaleza de las emociones y la comprensión de sus propias experiencias en este sentido (Barlow et al., 2011). Finalmente, en el octavo y último módulo, se hace una revisión final de progreso en el tratamiento, y se trabajan estrategias para el mantenimiento de los logros terapéuticos y la prevención de recaídas.

Con respecto al desarrollo de los módulos del PU, a continuación se hace una pequeña ampliación o síntesis de cada uno, en cuanto a la descripción de sus objetivos principalmente.

El módulo 1, referente a la mejora de la motivación y el compromiso con el tratamiento; se centra en fomentar en el paciente su disposición al cambio comportamental, su auto-eficacia y confianza personal para lograr dicho cambio. Se da al paciente la oportunidad de hacer un balance entre los pro y los contra de cambiar o de seguir igual, así como de establecer objetivos y operacionalizarlos, teniendo en cuenta los pasos para concretarlos. Este módulo se fundamenta

en los principios y técnicas de la *entrevista motivacional* (Miller y Rollnick, 2002; citados en Barlow, 2011).

El módulo 2, que incluye dos capítulos tanto en el manual del terapeuta como en el del paciente, hace referencia a la psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones, buscando una mayor consciencia de la propia experiencia y de los patrones de respuesta emocional en los pacientes (Barlow et al., 2011). El primer capítulo se denomina “entender las emociones”, que además de introducir la naturaleza funcional y adaptativa de estas; presenta los tres componentes de la respuesta emocional (pensamientos, sensaciones físicas y conductas) y el concepto de CIE’s. El otro capítulo, se denomina “reconocimiento y análisis de la respuesta emocional”, e incluye la introducción al registro “ARC” (antecedentes desencadenantes, respuestas/conductas y consecuencias) y a las respuestas aprendidas. (Ellard et al., 2010).

El módulo 3, denominado “entrenamiento en consciencia emocional: aprendiendo a observar las experiencias”, busca que los pacientes desarrollen las habilidades para identificar de una mejor manera sus reacciones ante las propias experiencias emocionales, en el momento en que se dan, el presente y sin juzgar; a través de ejercicios de inducción de estados emocionales y de consciencia plena o *mindfulness* (Barlow et al., 2011).

El módulo 4 de “reevaluación cognitiva”, busca fomentar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones, teniendo como objetivos, que el paciente aprenda a identificar sus pensamientos automáticos correspondientes con evaluaciones desadaptativas, así como la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Adicionalmente, se pretende introducir al paciente en la identificación de los errores de pensamiento considerados como los más comunes, *sobreestimación* y *catastrofización*; ayudándolo a hacer una reevaluación o revaloración de los mismos.

El módulo 5, incluye dos capítulos, uno relativo a la “evitación emocional”, seguido del capítulo de “conductas impulsadas por la emoción” (CIE’s). Este modulo o fase del tratamiento se enfoca en el componente conductual de la respuesta emocional, teniendo como objetivos, la identificación del paciente de sus patrones y estrategias de evitación emocional (conductas sutiles, evitación cognitiva y señales o conductas de seguridad); así como de sus CIE’s desadaptativas, promoviendo tendencias de acción opuesta o alternativas. Es importante lograr la comprensión en el paciente de cómo estos comportamientos desadaptativos contribuyen significativamente al mantenimiento de su problemática (Barlow et al., 2011).

En el módulo 6, el tratamiento se enfoca en el aumento de la consciencia del paciente sobre las sensaciones físicas y su influencia en las experiencias emocionales; a través de ejercicios de exposición interoceptiva para evocar sensaciones similares a las que se presentan en situaciones que normalmente generan malestar y ansiedad; para que los pacientes pueden desarrollar una mayor tolerancia al malestar.

En el módulo 7 de “exposición emocional interoceptiva y situacional”, el foco es la exposición a la emoción, que se da de manera gradual y va dirigida tanto a estímulos o eventos *internos* (pensamientos, recuerdos o sensaciones físicas), como *externos* (situaciones capaces de generar fuertes emociones e incluso evitación); promoviendo en el paciente una mayor tolerancia al malestar y aprendizaje contextual (Barlow et al., 2011). En este módulo se realiza una jerarquía de evitación, estableciendo un rango de situaciones y el grado de malestar que provocan; así como ejercicios específicos para exponerse, en el contexto de consulta, imaginariamente y/o en vivo; debiendo prevenir las estrategias de evitación, e incorporando en esta fase, las habilidades adquiridas en el transcurso del tratamiento.

Finalmente, el desarrollo del PU culmina con el módulo 8, relativo a “logros, mantenimiento y prevención de recaídas”, en el cual se hace una revisión con el paciente de su evolución y logros terapéuticos, enfatizando en las habilidades aprendidas durante el proceso, que le servirán de herramientas para manejar posibles dificultades o recaídas futuras.

Metodología

Variable de estudio

La variable independiente es el programa de tratamiento seleccionado correspondiente al Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) con una adición de entrenamiento en habilidades sociales (EHS).

El PU (Barlow et al., 2011) es un programa de tratamiento basado en la evidencia desarrollado por el doctor David Barlow y sus colegas, desde un enfoque transdiagnóstico y multidimensional; que retoma los principios fundamentales de la terapia cognitivo-conductual, integrándolos con factores derivados de la investigación como la regulación emocional y la teoría diátesis-estrés o de la triple vulnerabilidad. Está indicado para el tratamiento de una amplia gama de problemas emocionales que incluye todos los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

El PU contiene 8 módulos que se desarrollaron integrando en un punto de su implementación, el componente de EHS diseñado para enseñar o refinar las habilidades sociales del sujeto y su generalización en las interacciones sociales, con técnicas básicas como el modelamiento, moldeamiento y el ensayo de conducta (Caballo, 2007). El tratamiento contempló como actividades la psico-educación sobre la naturaleza de las emociones y sus tres componentes; la identificación de las conductas Impulsadas por Emociones (CIE's) de tipo maladaptativo y conductas de evitación; el entrenamiento en conciencia emocional y estrategias

de respiración diafragmática; estrategias de evaluación y reevaluación cognitiva; estrategias para aumentar consciencia y tolerancia al malestar; exposición emocional interoceptiva y situacional; psicoeducación sobre las posibles conductas frente al conflicto y el entrenamiento en las habilidades sociales pertinentes a mejorar la comunicación asertiva y la competencia de hablar en público.

La variable dependiente hace referencia a la sintomatología del consultante relacionada con el trastorno de ansiedad social y su interferencia en las diferentes áreas de ajuste; sintomatología correspondiente principalmente con reactividad fisiológica y ansiedad, conductas de evitación, pensamientos anticipatorios negativos, y déficit en habilidades sociales.

Diseño

Se seleccionó la metodología de estudio de caso único con un diseño cuasi-experimental, a través de la manipulación de la variable independiente y la aplicación de evaluaciones pre-test, post-test y de medidas repetidas para medir su impacto en la sintomatología del consultante. Este tipo de estudio permite hacer un análisis mixto de la información, al recolectar, analizar e integrar datos cuantitativos y cualitativos provenientes de diferentes fuentes (Entrevista clínica, observación conductual, escalas de evaluación de tipo auto-informe, medidas de auto-registro). Por otra parte, esta metodología de acuerdo con Roussos (2007) contribuye a la evidencia empírica en psicología clínica aplicada, con miras a desarrollar modelos de acción clínica, aplicables no solo a trastornos específicos, sino a pacientes con diversos problemas del espectro emocional.

Población (Participante)

Sujeto de 60 años, de sexo masculino, nacido en Pensilvania (Caldas), penúltimo de 12 hermanos, con estado civil unión libre, escolaridad universitaria, y quien se desempeña como

funcionario en entidad distrital. Acude a consulta por Psicología de manera voluntaria, buscando atención a su problemática de años atrás, la cual estaba generando mayor malestar y deterioro en sus esferas personal, familiar y laboral principalmente. Teniendo en cuenta las consideraciones éticas para llevar a cabo el estudio de caso, el participante será llamado Martín.

Instrumentos y otras medidas del proceso de evaluación-intervención

La fase de evaluación se desarrolló a través de entrevista clínica, observación conductual, medidas de auto-registro, inventarios y escalas específicas para ansiedad-depresión, fobia social y habilidades sociales, asertividad; las cuales son detalladas a continuación. La información se integró utilizando la formulación transdiagnóstica de caso.

La entrevista semi-estructurada, posibilitó la recolección de la información sobre el consultante; el establecimiento del motivo de consulta y las quejas de Martín; la indagación sobre la historia del problema, la historia de aprendizaje del consultante, los antecedentes significativos de la historia familiar; y la evaluación del funcionamiento de sus áreas de ajuste.

La aplicación de la totalidad de los instrumentos que incluyeron las escalas específicas y auto-registros emocionales como el ARC (antecedentes, respuestas, consecuentes), los tres componentes de la emoción (sensaciones, pensamientos, comportamientos) y otros específicos del PU al inicio y al final de su implementación, se llevó a cabo antes y después del tratamiento; y solamente algunos formatos de auto-registro en sus variaciones durante el desarrollo del PU y las escalas ODSIS-OASIS, se realizaron de manera repetida en la fase de intervención, para poder medir los cambios que tuvo el consultante durante todo el proceso. Dichas evaluaciones continuas, fueron realizadas por el consultante no solamente en el contexto clínico, sino en su ambiente natural, ya sea a manera de tareas para la casa o en cualquier otro lugar donde hubiera realizado alguno de los ejercicios de exposición y fuera viable y pertinente su registro *in situ*.

A continuación se especifican las escalas e inventarios utilizados.

Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS). La escala de ansiedad social de Leibowitz (L-SAS) en su versión de auto-informe, consta de 24 ítems que evalúan por separado la ansiedad y la evitación de situaciones sociales específicas, bajo dos componentes denominados “Temor o ansiedad” y “Evitación”. Los 24 ítems en sus dos componentes están repartidos en dos sub-escalas, una de “ansiedad de actuación o ejecución” (Performance) y otra de “ansiedad social” (Social). La puntuación total de la escala, así como la de cada una, se obtiene sumando las puntuaciones directas del individuo en los dos componentes y se ubica en un rango entre 0 y 144 (Total); mientras que cada componente o subescala se enmarca según los criterios de calificación entre un nivel “mínimo” (0pts.) a un “máximo” (72pts.) de intensidad del malestar (Temor o ansiedad) y frecuencia (Evitación). Se han reportado buenos índices de fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez convergente y discriminante (Baker et al., 2002; Fresco et al., 2001; Heimberg et al., 1999: citados en Salazar y Caballo, 2013).

Inventario de Asertividad de Rathus (RAS). El inventario de asertividad de Rathus (1973) consta de 30 ítems, relacionados con conductas donde el sujeto tiene como objetivo expresar opiniones, peticiones o negación ante determinadas presiones de otros. El sujeto debe contestar hasta qué punto la información que contiene cada ítem es característica de sí mismo, según una escala de 6 respuestas que va desde muy característico (+3) hasta muy poco característico (-3) sin contar el 0. Para obtener el resultado, primero se debe invertir el signo a 17 ítems, después se suman todos los valores positivos, seguidos de los valores negativos; al obtener los dos valores, se restan y da el resultado del test que oscila entre -90 y +90. Una puntuación positiva alta indica alta habilidad social, mientras una puntuación negativa alta sugiere baja habilidad social. Se ha informado una buena fiabilidad test-retest (de 0,76 a 0,83), de las dos mitades ($r= 0,77$) y una

alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 a 0,86) (Beck y Heimberg 1983; Heimberg y Harrison, 1980; Rathus, 1973; Vaal, 1975; citados en Caballo et al., 2014).

Escala de temor a la evaluación negativa (FNE). La escala de temor a la evaluación negativa (Watson y Friend, 1969) tiene como objetivo evaluar el componente cognitivo de la ansiedad social; para esto, mide el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por parte de los demás o recibir críticas. Consiste en una escala auto-administrada de 30 ítems de tipo dicotómico (Verdadero o Falso), con un rango de 0 a 30. Está compuesta por un listado de enunciados positivos y negativos (marcados con *) y que están intercalados. Los ítems están relacionados con los pensamientos y sentimientos que las personas pueden experimentar ante la evaluación interpersonal. Según los autores de la prueba (Watson y Friend, 1969, citados en Chaves y Castaño, 2008) las puntuaciones oscilan entre 0-12 para reacciones típicas en situaciones sociales, 13-20 como indicador de temores en situaciones sociales o aquellas que implican evaluación, y 21-30 como una medida de aprehensión hacia todo lo negativo que piensan los demás. Se aplicó la versión de la prueba validada y adaptada a la población colombiana por Chávez y Castaño (2008); siendo la FNE, uno de los instrumentos más utilizados por los clínicos para evaluar fobia social y considerado como el mejor para medir las cogniciones disfuncionales de este trastorno (Toro, Arias, y Quant, 2014).

Escala Global de Severidad e Interferencia de la Depresión- Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad (ODSIS/OASIS). Las escalas ODSIS- OASIS constituyen dos medidas de auto-reporte de diagnósticos no específicos de Depresión y Ansiedad respectivamente, desarrolladas como medidas de evaluación continua, en relación con la severidad, interferencia y/o disfuncionalidad de estas variables percibidas por el paciente (Norman et. al., 2006). El paciente debe diligenciar las escalas semanal o periódicamente ya sea

al inicio de la consulta o en su casa, para observar con qué frecuencia ha sentido ansiedad o estado de ánimo bajo, durante la última semana o periodo transcurrido entre sesiones, y qué tanto han interferido en su día a día; logrando visualizar su progreso a medida que avanza el tratamiento. Cada escala contiene 5 ítems, que al ser completados por el paciente, este o el terapeuta debe sumar los puntajes marcados sobre el nivel de severidad e interferencia/disfuncionalidad percibido (Sumatoria de cada escala = Max. 20 puntos); sugiriendo registrarlos paralelamente en una tabla de “Registro de progreso” (cada escala preferiblemente con un color diferente), lo cual permitirá monitorear los avances o cambios durante el proceso terapéutico. En un estudio realizado por Campbell-Sills et al. (2009) sobre las propiedades psicométricas del OASIS en una amplia muestra de pacientes (N = 1,036), las puntuaciones de esta escala mostraron fuertes correlaciones con medidas globales y específicas del trastorno de ansiedad, sugiriendo una buena validez convergente; así como buena fiabilidad, dimensionalidad y consistencia interna tras los análisis de dicho estudio, que resultaron consistentes con los hallazgos de Norman et al (2006). Al consultante se le hizo la aplicación de medidas repetidas de las escalas OASIS- OASIS en el transcurso del tratamiento, desde el inicio hasta su finalización, como parte fundamental del Protocolo Unificado para Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011).

Consideraciones éticas

El tipo de estudio permitió respetar las condiciones de la práctica clínica y los derechos del consultante, cumpliendo con las disposiciones de la Ley 1090 de 2006, que dictaminó las consideraciones éticas sobre la investigación en Psicología Clínica consignadas en el Código Deontológico y Bioético de la Psicología en Colombia (dictaminado por la misma Ley 1090), Capítulo VII “De la Investigación Científica, la Propiedad Intelectual y las Publicaciones”, en su

ARTÍCULO 50, que estipula que “los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”. Así mismo, se ha asumido éticamente la responsabilidad sobre los temas relativos a la metodología del estudio, el material utilizado, el análisis y uso correcto de la información, y su publicación, como lo estipulan los ARTÍCULOS 49 y 51 de la misma Ley; obteniendo en concordancia, el debido consentimiento informado del consultante, quien de manera libre y voluntaria accedió a participar en el estudio.

Resultados y análisis comparativo de las fases de pre-tratamiento, post-tratamiento (medidas de cambios finales) y evaluaciones control

A continuación se presentan los resultados de las evaluaciones realizadas al consultante en las diferentes fases de recolección de la información durante el proceso terapéutico, contrastándolos entre sí, con el fin de establecer de acuerdo con el objetivo del estudio, los efectos del plan de tratamiento sobre la problemática clínica y de estimar la posible magnitud de dicho impacto. Para este fin se presentan de manera gráfica los resultados con las puntuaciones del sujeto; de manera pre-test y post-test para los instrumentos psicológicos correspondientes a la Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS), el Inventario de Asertividad de Rathus (RAS) y la Escala de temor a la evaluación negativa (FNE); y como medidas repetidas, o evaluación continua de síntomas de depresión y ansiedad, la Escala Global de Severidad e Interferencia de la Depresión (ODSIS) y la Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad (OASIS).

Ansiedad social: Temor/Ansiedad y Evitación

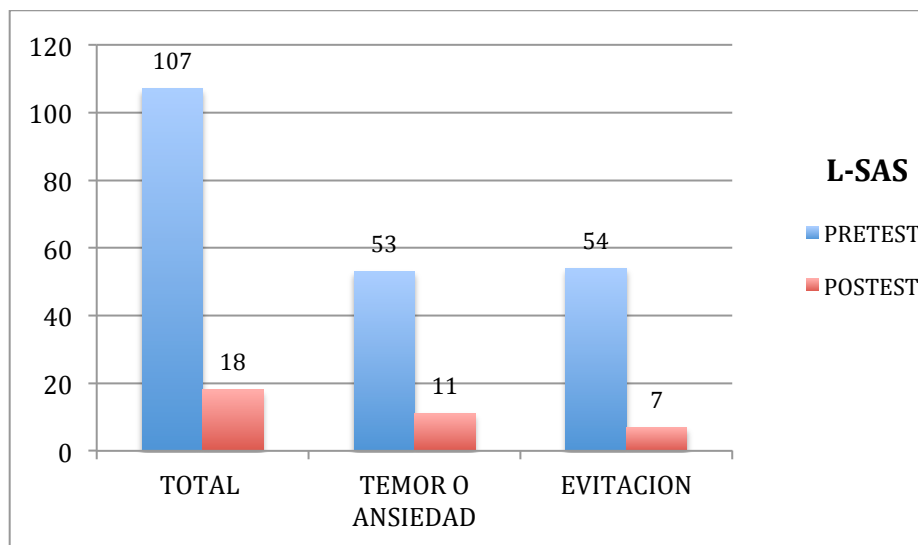


Figura 4. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS)

En la Figura 4 se representan los puntajes arrojados por el consultante en la aplicación de la escala de ansiedad social de Leibowitz (LSAS) en las fases de pre-test y post-test.

En la aplicación postest, en la escala total el paciente puntuó 18, lo que según los rangos de calificación sugiere un nivel o “estado de normalidad o no apreciación de ansiedad social” (0-51pts.), sin presentarse una diferencia significativa entre las puntuaciones de los dos componentes de ansiedad o temor (11) y evitación (7). En cuanto a la interpretación comparativamente con los resultados del pre-test, se evidencia un cambio significativamente positivo, tanto en el puntaje total de la escala como en los puntajes de las dos subescalas. El consultante pasó de un nivel o “estado de ansiedad social significativo o severo” (107pts.) a un nivel de normalidad (18pts.). Por su parte, en los dos componentes se observa una disminución significativa también entre los puntajes del pos-test Vs. el pre-test; al evidenciarse una alta disminución en la frecuencia de evitación (7pts.), en comparación al nivel de evitación del pre-test (54pts.); y en el componente de temor o ansiedad, al pasar de una puntuación de 54 a 11, después del tratamiento. En cuanto a los ítems que previamente (pre-test) habían sido

identificados con mayores puntuaciones (nivel de severidad y alta frecuencia) de miedo/ansiedad y de evitación; en la evaluación post-tratamiento, estos mostraron una disminución en el puntaje marcando niveles “nulo/nunca” hasta “leve/ocasional”. Los ítems que aun mantienen un grado “leve/ ocasional” tanto de ansiedad como de evitación, hacen referencia a “conocer a extraños”, “ser el centro de atención” y “hacer un examen”. En un nivel leve solo de temor o ansiedad, se encuentran “Actuar o dar un discurso frente a una audiencia”, “hablar con figuras de autoridad”, “hablar con alguien a quien no conoce muy bien”, “hablar en una reunión”, y “expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien”. Finalmente, en un nivel ocasional solo de evitación, se encuentran ítems como “organizar una fiesta” y “resistirse a un vendedor insistente”.

La discriminación anterior de los dos componentes o subescalas, sugiere que el consultante percibe una mayor disminución de sus conductas de evitación, que de la ansiedad o miedo experimentado, aunque los niveles de los dos componentes muestran una baja o nula significancia. Estos resultados son concordantes con la observación clínica y la evaluación por auto-reporte de Martín, tanto al inicio del proceso de atención como al finalizar; teniendo en cuenta que en su problemática, las conductas de evitación emocional de tipo sutil, constituían uno de los síntomas más importantes, logrando disminuir la frecuencia de dichas conductas. Por su parte, también se evidenció en el consultante una disminución en sus niveles de temor o ansiedad percibidos, frente a ciertas situaciones a las que se expuso durante el tratamiento, relacionadas con expresar su malestar, hablar en público y defender sus derechos en diferentes contextos de su cotidianidad.

Asertividad

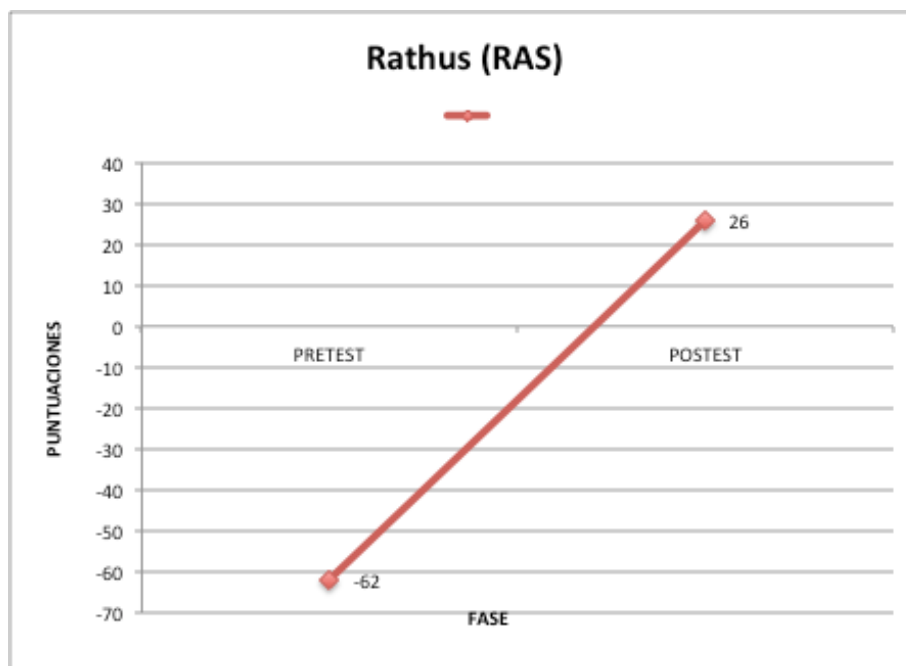


Figura 5. Puntuaciones del Inventario de Asertividad de Rathus (RAS)

La figura 5 da cuenta de la aplicación del test Rathus (RAS) al consultante en dos momentos (pre y post tratamiento), con el fin de evaluar la asertividad en general y sus conductas relacionadas con asertividad por oposición o inhibición. Para esto, posterior a la obtención del puntaje total del test; se tuvieron en cuenta los ítems negativos, los cuales fueron analizados de manera cualitativa con base en las subdimensiones establecidas en una revisión de la Escala hecha en la Universidad de Costa Rica por León y Vargas (2009; citados en Madrigal, 2014) que agrupa los ítems del test por áreas y contextos de la conducta asertiva.

En la aplicación posttest o post-tratamiento, el consultante obtuvo una puntuación de +26, la cual puede ubicarse en la escala en el polo positivo, entre las categorías de “aceptable asertividad” y “muy buena asertividad”; más tendiente hacia el nivel aceptable, que sugiere que el consultante resuelve algunas situaciones sociales positivamente, más no su totalidad. Se

puede observar un cambio positivo en comparación con el puntaje obtenido en la aplicación pre-test, que fue -62 el cual ubicaba al consultante hacia la categoría de “poca asertividad”.

En la siguiente tabla se muestran las conductas por sub-dimensión, anotando las puntuaciones pre-test y post-test del consultante frente a cada ítem. Se colocan las definiciones de las subdimensiones dadas por León y Vargas (2009).

Tabla 4. Puntuaciones de los ítems de asertividad por oposición o inhibición en cada subdimensión planteada por León y Vargas (2009).

SUBDIMENSIÓN	ÍTEMS
Demostrar disconformidad: capacidad para expresar molestia o desagrado ante situaciones de carácter público en las que existe la expectativa de satisfacer una necesidad planteada expresamente por la persona y que espera que sea atendida de una determinada manera.	<p>(Sólo se colocan a continuación los ítems de inhibición de la escala, pertenecientes a cada subdimensión y el puntaje bruto marcado por el consultante)</p> <p>3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo con el mesero o mesera <i>Pretest (3) Vs. Postest (3)</i></p> <p>25. En el restaurante o en cualquier sitio, protesto por un mal servicio <i>Pretest (-3) Vs. Postest (+1)</i></p> <p>27. Si dos personas en el cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les pido que hagan silencio o se vayan a hablar a otra parte <i>Pretest (-1) Vs. Postest (+1)</i></p>
Manifestación de sentimientos y creencias: disposición para expresar de una forma clara, concisa y espontánea sentimientos, pensamientos y creencias que las personas pueden experimentar bajo ciertas circunstancias. También, comprende las respuestas motoras como la búsqueda y confrontación de personas involucradas.	21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos. <i>Pretest (+2) Vs. Postest (+3)</i>
Eficacia: evaluación de la autoeficacia para manejar eventos. Es un juicio	1. Pienso que mucha gente parece ser más agresiva y auto-Afirmativa que yo

individual acerca de qué tan competente se puede ser en situaciones cotidianas de interacción social.	<p><i>Pretest (+3) Vs. Posttest (-3)</i></p> <p>2. He dudado en proponer o aceptar una cita con alguien por timidez <i>Pretest (+2) Vs. Posttest (-2)</i></p> <p>9. En realidad la gente se aprovecha de mí con frecuencia <i>Pretest (+3) Vs. Posttest (-2)</i></p> <p>24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena <i>Pretest (+3) Vs. Posttest (+1)</i></p>
Interacción con organizaciones: capacidad para interactuar en el ámbito organizacional (institucional o empresarial) en situaciones en las cuales debe hacer solicitudes o responder a demandas específicas.	<p>12. Evito llamar por teléfono a instituciones o empresas <i>Pretest (-1) Vs. Posttest (-3)</i></p> <p>13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas o enviar correos electrónicos, a realizar entrevistas personales <i>Pretest (+3) Vs. Posttest (-3)</i></p> <p>14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado <i>Pretest (+2) Vs. Posttest (-1)</i></p>
Expresión de opiniones: temor a expresar de forma pública lo que se opina, por miedo a la burla o al juicio social negativo.	<p>16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto <i>Pretest (+2) Vs. Posttest (-3)</i></p>
Decir no: capacidad para expresar negación, comentarios opuestos a los intereses de los otros o la enunciación del no ante peticiones que se consideran inadecuadas o irracionales.	<p>23. Con frecuencia, paso un mal rato cuando tengo que decir que NO <i>Pretest (+3) Vs. Posttest (-1)</i></p>

Con respecto a la tabla 4, se pueden observar cambios importantes en las puntuaciones marcadas por el paciente con respecto a su percepción en las subdimensiones de la conducta asertiva que mostraban una mayor inhibición; en especial en las subdimensiones de *eficacia personal, interacción con organizaciones y expresión de opiniones*. En particular en el consultante, dicha inasertividad se presentaba en mayor medida en situaciones de carácter público y/o que implicaran un posible juicio social.

Por su parte, en la subdimensión relativa a *decir no*, pasó de tener una apreciación relacionada con alto malestar frente a las situaciones que implicarían presentar esta conducta, a

percibir dicho malestar como “no muy característico de él”. En el ítem sobre ser abierto y franco en lo que respecta a los sentimientos, correspondiente a la subdimensión de *manifestación de sentimientos y creencias*, el paciente aumentó un punto en su percepción como ser algo “muy característico y descriptivo sobre él”; lo cual se puede asociar con su auto-descripción hecha en consulta, como una persona “transparente, sincera y honesta”.

Los resultados de este instrumento son concordantes con las apreciaciones clínicas sobre la conducta del consultante, y el progreso y registro por parte de este sobre las experiencias en las que debió poner a prueba sus habilidades sociales y la asertividad para hacer frente a diferentes situaciones que le generaban mayor dificultad y malestar, relacionadas principalmente con su contexto laboral, familiar y afectivo. Logró hacer peticiones, y defender sus derechos, así como expresar sus emociones aproximándose cada vez, con menos evitación y pasividad; redundando en una mejora en su percepción de eficacia personal.

Temor a la evaluación negativa

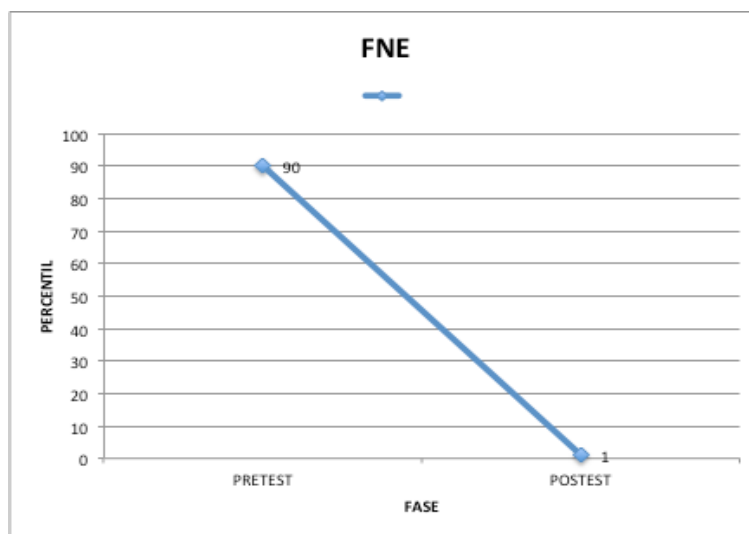


Figura 6. Puntuaciones de la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE).

En la Figura 6 se presentan las puntuaciones en términos de los percentiles tras la aplicación de la escala de temor a la evaluación negativa (FNE) al consultante. Teniendo en

cuenta la validación y adaptación de la FNE y las medidas de comparación correspondientes para la población colombiana; en la aplicación posttest o post-tratamiento, el paciente obtuvo una puntuación de 4 ($P_c=1$) sugerente de “reacciones típicas en situaciones sociales” (0 a 12pts.), en contraste con la puntuación pretest de 18 ($P_c=90$) que indica “temor en situaciones sociales o que implican evaluación”.

Al comparar los resultados pretest y posttest, se puede dar cuenta que al inicio del tratamiento el paciente presentaba puntuaciones sugerentes de síntomas clínicamente relevantes del componente cognitivo de la ansiedad social, relacionados con el temor a ser juzgado negativamente por los demás. En particular, los ítems negativos marcados con (*), que indicaban una preocupación en el paciente hicieron referencia a “parecer tonto ante los demás”; el tipo de impresión que está dejando a los demás; los eventuales errores sociales que pueda cometer; y lo que otros puedan pensar de él.

En la medición posterior al tratamiento, hubo una significativa disminución de la puntuación arrojada en la escala, en cuanto a dichos temores asociados con la evaluación o crítica por parte de otros. Sin embargo, según los 4 ítems puntuados, mantiene cierta preocupación por la “opinión que la gente importante” tenga de él y “si la gente pueda formarse una impresión desfavorable” de él.

Sintomatología de ansiedad y depresión

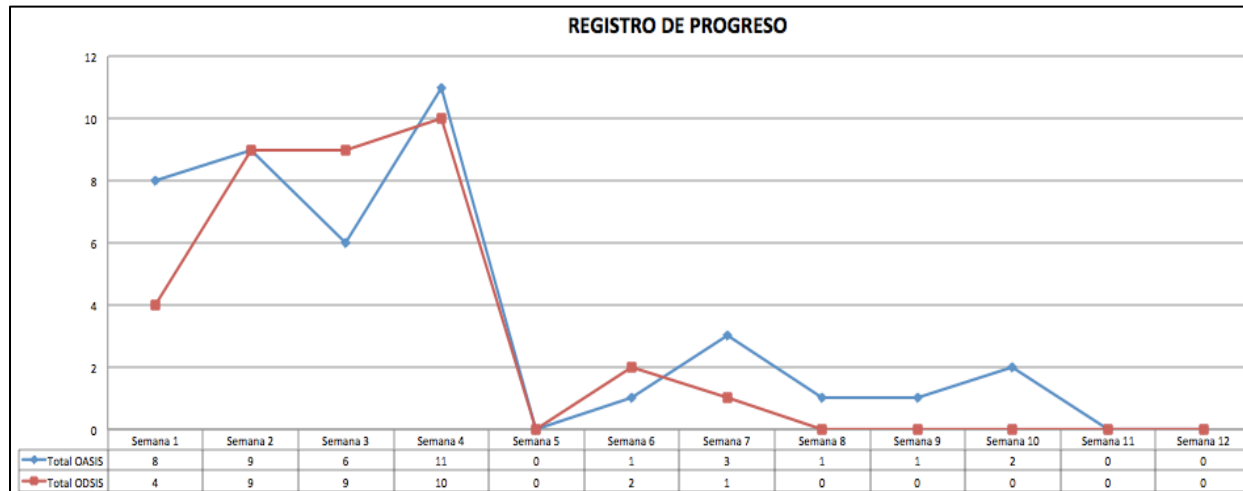


Figura 7. Puntuaciones de las escalas ODSIS- OASIS

La aplicación de medidas repetidas de las escalas ODSIS- OASIS se llevó a cabo en el transcurso del tratamiento, desde el inicio hasta su finalización, como parte fundamental del Protocolo Unificado para Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011).

A partir de los resultados reflejados en la Figura 7, se puede observar en términos generales que en las 12 semanas o aplicaciones realizadas de las escalas, el consultante puntuó mayor sintomatología de ansiedad (OASIS), que de depresión o estado de ánimo bajo (ODSIS). Los puntajes más altos en el OASIS, los presentó en las primeras cuatro mediciones; lo cual se puede asociar con la etapa de desempleo e inicio de búsqueda de convocatorias y opciones laborales que atravesaba Martín, generándole mayor incertidumbre, cambios en su cotidianidad y rutinas en general. De los 5 ítems que contiene cada escala, específicamente en la OASIS, el consultante puntuó en mayor grado en las primeras seis aplicaciones, los referentes a “intensidad” (Ítem #2), “evitación situacional” (#3) e interferencia en su vida diaria (#4), con niveles que oscilan entre moderado-severo y ocasional-frecuente.

Por otra parte, en la medición 5 el puntaje en las dos escalas fue de “0”, y en la medición 6 aumentó en un punto la escala de Depresión ODSIS sobre la de ansiedad. Los ítems de la escala de depresión mayormente puntuados hacen referencia a “esfuerzo para iniciar o interesarse en actividades que normalmente disfrutaba” e “interferencia en su habilidad para hacer las cosas necesarias en su vida diaria”, con niveles que oscilan entre infrecuente y leve, respectivamente.

A partir de la octava medición, el consultante mostró una disminución en sus puntuaciones, sin marcar sintomatología para depresión (ODSIS) hasta el final del tratamiento y marcando niveles muy bajos en el OASIS; las puntuaciones en este último, se relacionaron con poca frecuencia de ansiedad (ítem #1), baja intensidad o incomodidad (ítem #2) y leve interferencia en su habilidad para realizar sus actividades cotidianas (ítem #4). Por su parte, en la última etapa del tratamiento el paciente puntuó “0” al ítem (#3) relacionado con conductas de evitación.

Finalmente, al contrastar los resultados de la primera aplicación (pretest/ semana 1) y la última (postest/ semana 12), el consultante pasó de una puntuación en el OASIS de 8 pts. a 0, y en el ODSIS de 4 pts. a 0, respectivamente. Con respecto al OASIS, según las instrucciones de calificación de la escala, un puntaje mínimo de y mayor a 8, es sugestivo de ansiedad clínicamente significativa, el cual fue obtenido por el consultante en la primera aplicación.

Los resultados positivos del paciente con respecto a la disminución de sus puntajes en las dos escalas en el transcurso y hasta el final del proceso terapéutico, especialmente en la sintomatología de ansiedad (OASIS); dan cuenta de los cambios que este fue efectuando en sus comportamientos, al tolerar de una mejor manera y en mayor medida el malestar emocional, extinguiendo las conductas de evitación, y haciendo las revaloraciones de sus pensamientos

disfuncionales. Dichos cambios, fueron evidenciándose en los auto-registros desarrollados por el paciente, en las tareas que efectuó en su contexto natural y a través de la observación y registros en la misma consulta.

Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como propósito demostrar la eficacia clínica del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU), como una alternativa terapéutica para dar respuesta a la problemática de un paciente con diagnóstico de ansiedad social.

Para determinar su efectividad en el caso particular y potenciar los resultados de la intervención clínica, se decidió combinar en un punto del tratamiento, la implementación del PU con el entrenamiento adicional en habilidades sociales. Esta decisión es concordante con los planteamientos de Beidel et al. (2010; citado en Beidel et al., 2014), acerca de la conveniencia de aplicar estrategias adicionales al paquete estándar de técnicas cognitivo-conductuales, que por sí solo en algunos casos no resulta efectivo en pacientes con fobia social que presentan déficit en sus habilidades sociales.

Por otra parte, se reafirmó la pertinencia de haber escogido el PU como estrategia de intervención, teniendo en cuenta que este, además de tomar los aportes de la terapia cognitivo-conductual, cuyas técnicas han sido empleadas de manera clásica para intervenir la ansiedad social (Labrador y Ballesteros, 2011); contempla factores como la regulación emocional y la diátesis-estrés o teoría de la triple vulnerabilidad (Barlow et al., 2011), los cuales hicieron parte de los procesos básicos implicados en el problema del consultante, que como todos los trastornos emocionales, requirió de un abordaje multidimensional.

A través del programa de tratamiento se logró dar respuesta a la problemática del consultante y a los objetivos que este verbalizó inicialmente con miras a restablecer su bienestar percibido; al ser coherente con la formulación transdiagnóstica efectuada, en términos dar cobertura a los factores de mantenimiento o focos de intervención, los cuales se concretaron en el establecimiento de las metas clínicas propuestas.

Los factores de mantenimiento del malestar de Martín, que fueron identificados en la formulación e intervenidos clínicamente, incluyeron una respuesta emocional condicionada en situaciones de sus esferas personal y laboral en las que debía establecer contacto (exponerse) para dar su posición, expresar su malestar o defender sus derechos; la presencia de esquemas de auto-sacrificio, inhibición emocional e hipercrítica, retroalimentados por distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria (anticipación negativa o error del adivino), “deberías” (hacia sí mismo: culpa), magnificación (de sus imperfecciones o errores, etiquetación y generalización. Por otra parte, se intervinieron factores como un patrón evitación emocional identificado, así como déficits en regulación emocional, asertividad y habilidades sociales específicas.

En el caso del consultante, no se evidenció alguna comorbilidad con otro trastorno como por ejemplo el depresivo mayor o los trastornos por el consumo de sustancias, como los que sugiere la literatura y los sistemas de clasificación diagnóstica (APA, 2013) dentro de los posibles diagnósticos a presentar alta comorbilidad con el TAS. Sin embargo, sí se evidenció un fuerte componente de evitación, frente al cual resulta interesante el planteamiento de Nezu et al. (2006), en cuanto a que el TAS comparte muchas características con el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE), pudiendo darse un solapamiento entre las dos condiciones.

Este marcado patrón de evitación en Martín, podría ser consistente con lo encontrado en estudios como el Reichborn-Kjennerud et al., (2007); sobre la conveniencia o practicidad de no

encasillar el problema del consultante solamente en una entidad diagnóstica como el TAS o fobia social; sino como parte de un continuo o gradiente de ansiedad social, en el cual, el componente de evitación se ubicaría en el punto de mayor gravedad del mismo.

Este planteamiento, es concordante con la perspectiva transdiagnóstica de abordaje del caso; desde la cual, se dio cuenta de los procesos comunes implicados en la problemática del consultante, sin ser parte de diferentes entidades diagnósticas.

Por lo tanto, las metas clínicas y las estrategias terapéuticas del PU y del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), se ajustaron a las necesidades del consultante y en ciertos puntos del tratamiento algunas estrategias se extendieron y/o intensificaron; enfocándose en la sintomatología implicada en los procesos básicos, en la que predominaban el componente de ansiedad (condicionada), los sesgos atencionales y auto-focalización, las conductas de evitación y el déficit en asertividad y habilidades sociales.

Este ajuste del PU a las necesidades específicas del caso, fue posible en gran medida por la formulación clínica; al ser un proceso dinámico que permitió identificar desde la fase de evaluación; tales factores y procesos predominantes en el mantenimiento del problema del consultante (Castro, 2011).

Al respecto de estos factores predominantes; para el consultante fue muy importante la introducción sobre la naturaleza de las emociones y sus tres componentes, a través de la psicoeducación y de los módulos iniciales del PU relacionados con el entendimiento de las emociones, las conductas impulsadas por estas (CIE's) y las estrategias de evitación (Barlow et al, 2011); logrando en Martín la comprensión sobre la relación entre sus pensamientos, sensaciones y conductas; así como de los factores desencadenantes y de mantenimiento de sus patrones de respuesta emocional. Para este fin, y como una estrategia transversal a todo el

proceso de terapéutico, los formatos de auto-registro constituyeron una valiosa herramienta para la identificación del consultante de los diferentes elementos de su experiencia emocional, incluyendo los tres componentes de su respuesta, así como los factores contextuales (antecedentes y consecuentes).

Estos ejercicios de auto-registro hacen parte del manual del paciente del PU (Barlow et al., 2011), que, desde su estructura práctica, contribuyeron a mantener la motivación de Martín durante todo el proceso; al permitirle registrar en su contexto natural su experiencia emocional, las habilidades trabajadas en consulta e ir evidenciando su progreso.

Por otra parte, se logró que Martín hiciera una reevaluación de sus pensamientos disfuncionales, aumentando la flexibilidad cognitiva al permitirse hacer interpretaciones alternativas de las situaciones generadoras de emociones desagradables; disminuyendo los pensamientos anticipatorios negativos, de autocrítica y percepción de baja autoeficacia en su funcionamiento social.

Para dar cumplimiento a dicho objetivo, además de llevar a cabo procesos de cuestionamiento y debate, y de búsqueda de evidencia como técnicas valiosas desde la terapia cognitiva (Beck, 2000; Beriso et al., 2003); una herramienta fundamental para el refuerzo de este aprendizaje y durante todo el proceso terapéutico, fue la práctica de la consciencia y anclaje en el presente o contexto de las experiencias emocionales, llevando al consultante en este punto del tratamiento, a darse cuenta de sus pensamientos y de las interpretaciones que hacía de estos, y de cómo dichas interpretaciones, afectaban sus emociones.

Con respecto al patrón de evitación y a los déficits en habilidades sociales y asertividad; se pudo observar la consolidación de los aprendizajes de Martín durante el proceso, al iniciar la recta final del tratamiento, con la implementación del módulo de exposición emocional en

combinación con el EHS. El consultante aplicó en este punto, las habilidades trabajadas hasta el momento, optimizando los resultados de los ejercicios de exposición en vivo; siendo esta modalidad, la más efectiva para contrarrestar las conductas de evitación (Nezu, et al., 2006) y predictor de mejores resultados (Barlow et al., 2002).

El cumplimiento de las metas anteriores fue comprobado a través de diferentes estrategias; como por ejemplo, los instrumentos de evaluación seleccionados, aplicados al finalizar el tratamiento y algunos de estos, a manera de medidas repetidas.

Con respecto a las medidas utilizadas, es importante resaltar su pertinencia frente a las necesidades del caso en términos de evaluación. Por un lado, la Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS), permitió evaluar de manera diferencial, dos síntomas o componentes presentes en el problema del consultante, como son el *miedo o ansiedad*, en cuanto a su intensidad percibida y la frecuencia de *evitación* de situaciones específicas. A la vez, permitió hacer una estimación global de la ansiedad social en Martín, arrojando un puntaje total.

Por otra parte, el Inventario de Asertividad de Rathus (RAS) fue fundamental en el proceso de evaluación; teniendo en cuenta que el consultante evidenció un déficit en asertividad y habilidades sociales. Este inventario, permitió discriminar las conductas de Martín relacionadas con asertividad por oposición o inhibición, así como estimar el nivel asertividad en general; analizando dichas conductas, a través de las subdimensiones planteadas por León y Vargas (2009).

La Escala de temor a la evaluación negativa (FNE), pretendió evaluar el componente cognitivo dentro de la sintomatología de Martín, representado en sus auto-verbalizaciones y pensamientos anticipatorios negativos frente a las situaciones sociales; que se hicieron evidentes,

desde el primer contacto con el consultante, así como en sus auto-registros de este componente de la respuesta emocional.

Las medidas repetidas ODSIS-OASIS, correspondientes a la Escala Global de Severidad e Interferencia de la Depresión y la Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad; forman parte fundamental del PU (Barlow et al., 2011) y en el caso de Martín; permitieron la evaluación continua o monitoreo por parte de él mismo, de sus síntomas de depresión y ansiedad; pudiendo chequear entre sesiones, los altibajos a que hubiera lugar, para poder ir ajustando el tratamiento a sus necesidades o coyunturas durante el proceso.

En relación con los resultados de estas medidas y teniendo en cuenta los indicadores de progreso terapéutico planteados en la formulación clínica, se logró una disminución significativa en las puntuaciones de los niveles de conductas de evitación y de miedo o ansiedad percibidos en el posttest de la LSAS. En cuanto al Inventario de Asertividad (RAS), hubo un aumento en el grado de asertividad percibido, ubicándose en el polo positivo de la escala, en un rango entre “aceptable asertividad” y “muy buena asertividad”, más tendiente al nivel aceptable; logrando una disminución en los valores de los ítems de “inhibición” o pasividad en su conducta, particularmente en las subdimensiones de *eficacia personal*, *interacción con organizaciones* y *expresión de opiniones*, tenidas en cuenta como puntos de análisis en la revisión del Inventario realizada por León y Vargas (2009; citados en Madrigal, 2014).

Otro indicador que fue verificado, se refiere a la disminución del temor a la evaluación negativa, en la FNE. Martín pasó de una puntuación ($P_c=90$) con relevancia clínica sugerente de “temor en situaciones sociales o que implican evaluación”, a una apreciación de “reacciones típicas en situaciones sociales” ($P_c=1$); aunque cabe anotar que en niveles leves, mantiene cierta

preocupación sobre la opinión o impresión que “la gente importante” (principalmente figuras de autoridad o con experticia) pueda formarse acerca de él.

Con respecto al indicador sobre la disminución de la ansiedad o malestar percibido, a través de las ODSIS-OASIS, en la medición final el consultante disminuyó los niveles de ansiedad significativamente; permitiendo adicionalmente, confirmar las hipótesis clínicas planteadas en la formulación, con respecto a que los síntomas del consultante se asociaron con ansiedad más no con depresión, puntuando durante las aplicaciones realizadas de las escalas, mayor sintomatología en la OASIS.

Teniendo en cuenta lo señalado hasta el momento, se puede evidenciar que se logró un cumplimiento del 100% en el abordaje de las metas clínicas propuestas. Esto evidencia el impacto positivo del plan de intervención en la problemática del consultante; gracias primordialmente a los mecanismos de cambio propuestos en el PU (Barlow et al., 2011), como la reevaluación cognitiva, la prevención de la evitación emocional y la facilitación de tendencias de acción no impulsadas por emociones desadaptativas; logrando dar cubrimiento satisfactoriamente las necesidades clínicas del caso.

Este impacto de la intervención través del PU, es concordante con la eficacia clínica reportada en diferentes estudios sobre el Protocolo; como los desarrollados por Boisseau et al. (2010) y Ellard et al. (2010), que mostraron diferencias significativas en medidas relacionadas con los trastornos de ansiedad, de tipo pretest y posttest.

El éxito terapéutico, también fue favorecido por factores como la alta motivación, compromiso y adherencia al tratamiento por parte del consultante desde el inicio del proceso hasta su finalización; así como por las estrategias implementadas, por ejemplo con los ejercicios

contemplados en el manual del paciente del PU, que facilitaron la generalización de los aprendizajes en su contexto natural, a través de la práctica entre las sesiones de consulta.

Otro aspecto favorecedor del éxito del tratamiento tuvo que ver con las retroalimentaciones realizadas en consulta y el refuerzo por parte de la terapeuta de los logros que Martín iba obteniendo, así como el análisis conjunto de los obstáculos percibidos en determinados momentos de la terapia; acciones que fluyeron positivamente, gracias a la relación terapéutica establecida con el consultante, basada en la confianza, la aceptación y validación de sus emociones.

Ahora, este estudio de caso único aporta evidencia empírica como insumo para el futuro diseño y/o adaptación de estrategias de abordaje clínico de los trastornos emocionales, al haber demostrado en un paciente con características ideográficas, resultados eficaces frente a la gama de manifestaciones interrelacionadas de su problemática, a través de la aplicación de las diferentes técnicas y estrategias del PU, con una adición de EHS, generando cambios medibles durante y después del tratamiento.

Finalmente, las limitaciones del presente trabajo obedecen al tipo de estudio de acuerdo con Wainer (2012), en cuanto a la generalización de los resultados; por lo que sería interesante replicar programas de tratamiento como el desarrollado en este caso particular, en estudios de tipo experimental con un grupo control, que permitan hacer un análisis más amplio de las diferencias y cambios clínicos significativos en una población, para reafirmar la eficacia del PU en el tratamiento de los diferentes trastornos emocionales.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a edición, texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.a ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Bados, A. (2001a). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2015). *Fobia social: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/65643>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., y Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. *A guide to treatments that work*, 2, 301-336.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4th ed.)*. New York: Guilford publications.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders—Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 838-853.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., y Ehrenreich-May, J. (2011). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. New York: OxfordUniversity Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., Ehrenreich-May, J. (Autores), Osmá, J., y Crespo, E. (Traductores). (2015). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. *Manual del Terapeuta y Manual del Paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa. S.A.
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L., y Sarver, N. W. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 908-918.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 295-311.
- Beriso, A., Plans, B., y Sánchez, M. (2003). Aprendiendo a conocer nuestros pensamientos.

Estrategias cognitivas para sentirse bien. *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual (Una orientación pedagógica e integradora)*. Madrid: Editorial EOS.

Blalock, D. V., Kashdan, T. B., y Farmer, A. S. (2016). Trait and daily emotion regulation in social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 416.

Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., y Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113.

Bravo, M.A., y Blázquez, F.P. (2017). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.

Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.

Caballo, V., (2007). En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación y el tratamiento de las Habilidades sociales* (7ª. Ed.). Madrid: Siglo XXI Editores, S. A.

Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Iruetia, 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., Verania, A., y Bas, F. (2007). En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1* (pp. 25–38). Siglo XXI de España Editores, S. A.

Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A.,...Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of affective disorders*, 112(1), 92-101.

Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. En V. Caballo, I. Salazar, y J. Carobles (Comps), *Manual de psicología y trastornos psicológicos* (pp. 45-78). Madrid: Pirámide.

Castro, L. (2013) Guías de formulación clínica.

Chávez, L. y Castaño, M. (2008). Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (2), 65-76, 2008. ISSN 0123-9155. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200007.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas

- basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3).
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(17), 88-101.
- Fairholme, C., Boisseau, C., Ellard, K. K., Ehrenreich-May, J., y Barlow, D. H. (2010). Emotions, Emotion Regulation and Psychological Treatment: A Unified Perspective. En A.M. Kring y D.M. Sloan (eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 283-309). New York: Guilford Press
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., y Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General psychiatry*, 50(4), 286-293.
- Gomez-Restrepo C., Escudero C., Matallana D., González L., y Rodriguez V. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Gross, J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., y Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heinrichs, N., y Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical psychology review*, 21(5), 751-770.
- Hofmann, S. G., y Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed. (pp. 454-476). New York: Guilford Press.
- Jazaieri, H., Morrison, A. S., Goldin, P. R., y Gross, J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current psychiatry reports*, 17(1), 531.
- Labrador Encinas, F. y Ballesteros Pérez, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23, 560-565.
- Lincoln, T., Winfried, R., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B., y Friegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Madrigal, M. L. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y

- Vargas (2009). *Reflexiones*, 93(1), 8.
- Moses, E. B., y Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current directions in psychological science*, 15(3), 146-150.
- Nezu A., Maguth C., y Lombardo E.; (2006); *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo – Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.
- Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and anxiety*, 23(4), 245-249.
- Olivares-Olivares, P. J., Maciá, D., Gauer, C., José, G., Olivares, J., y Amorós, M. (2014). ¿Trastorno de personalidad por evitación o fobia social generalizada?: un estudio piloto con población adolescente española. *Liberabit*, 20 (2), 219-228.
- OMS (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Méditor.
- OMS (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- OMS/OPS (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quant, D. M. (2013). Formulación clínica de caso: Aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica-ISSN*, 2216, 0701.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M., Orstavik, R., Tambs, K. y Kendler, K. (2007). The Relationship between Avoidant Personality Disorder and Social Phobia: A Population-Based Twin Study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1722-1728.
- Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Olivares, J., y López, J.A. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicación*, 55(4), 625-639.
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3).
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of

- social phobia. En V.B. Van Hasselt y Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 123-177). Nueva York: Plenum.
- Salazar, I. y Caballo, V. (2013). *Validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos* (Disertación doctoral). Universidad de Granada, España.
- Toro, R., Arias, A., y Quant, D. M. (2014). Diseño y validación del cuestionario de autoesquemas desadaptativos en fobia social cad-fs. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1).
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., y Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. En D.H. Barlow. (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4th ed. (pp.114-153). New York: Guilford publications
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 16(2), 214-222.
- Walters, K. S., y Hope, D. A. (1998). Analysis of social behavior in individuals with social phobia and nonanxious participants using a psychobiological model. *Behavior Therapy*, 29(3), 387-407.
- WHO. (2008) *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neuro- logical and substance use disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Young, J. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner 's Guide*. New York: Guilford.

Anexo 1

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LEIBOWITZ
(Leibowitz Social Anxiety Scale, LSAS)
(Leibowitz, 1987)

Esta escala sirve para valorar su grado de timidez. Mide la ansiedad que le generan las situaciones sociales.

Por favor marque frente a cada ítem el grado de *temor o a ansiedad* experimentado y el nivel de *evitación* según los siguientes criterios:

Miedo o ansiedad:

0 Nulo

1 Leve

2 Moderado

3 Severo

Evitación:

0 Nunca

1 ocasionalmente

2 Frecuentemente

3 Usualmente

Miedo o ansiedad Evitación

1. Hablar por teléfono en público (P)
2. Participar en pequeños grupos (P)
3. Comer en lugares públicos (P)
4. Beber con otros en lugares públicos (P)
5. Hablar con personas con autoridad (S)
6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P)
7. Ir a una fiesta (S)
8. Trabajar mientras le están observando (P)
9. Escribir mientras le están observando (P)
10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S)
11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien (S)
12. Conocer a extraños (S)
13. Orinar en un baño público (P)
14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P)
15. Ser el centro de atención (S)
16. Hablar en una reunión (P)
17. Hacer un examen (P)
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S)
19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S)
20. Dar un informe a un grupo (P)
21. Tratar de enamorar a alguien (P)
22. Devolver compras en una tienda (S)
23. Organizar una fiesta (S)
24. Resistir a un vendedor insistente (S)

Anexo 2**INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (RAS) (Rathus, 1973)**

Instrucciones: Indique mediante el código siguiente, hasta qué punto lo describen o caracterizan las frases a continuación:

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y coloque su puntuación sobre la línea situada a la derecha.

1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo. _____
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez. _____
3. Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a. _____
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado. _____
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no". _____
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué. _____
7. Hay veces en que provoco abiertamente una discusión. _____
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición. _____
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí. _____
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños. _____
11. Con frecuencia no se que decir a personas atractivas del otro sexo. _____

12. Rehúyo telefonar a instituciones y empresas. _____
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales. _____
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado. _____
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto. _____
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a. _____
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar. _____
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista. _____
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores. _____
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello. _____
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos. _____
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, yo lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras. _____
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no". _____
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena. _____
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio. _____
26. Cuando me alaban con frecuencia, no se que responder. _____
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte. _____
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención. _____
29. Expreso mis opiniones con facilidad. _____
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada. _____

Anexo 3

ESCALA DE TEMOR A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNE)

(Chaves, L. & Castaño, C; 2008),

Adaptado de Fear of Negative Evaluation Scale. David Watson y Ronald Friend (1969)

Instrucciones:			
A continuación se realizan algunas afirmaciones. Por favor marque con una X, la opción que mejor lo describa			
1.	No me preocupa parecer tonto ante los demás	V	F *
2.	Me preocupa lo que la gente piense de mí, aunque sepa que no me traerá consecuencias	V	F
3.	Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando/evaluando	V	F
4.	No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mí	V	F *
5.	Me siento muy afectado cuando cometo algún error ante los demás	V	F
6.	Las opiniones que la gente importante tiene de mí me causan poca preocupación	V	F *
7.	Temo a menudo que pueda parecer ridículo o hacer algo ridículo	V	F
8.	No sé cómo reaccionar cuando la gente me critica	V	F
9.	Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos	V	F
10.	La desaprobación de los demás tiene poco efecto sobre mí	V	F *
11.	Si alguien me está evaluando, espero lo peor	V	F
12.	No me preocupa qué tipo de impresión estoy dejando en los demás	V	F *
13.	Tengo miedo de que otros no me aprueben	V	F
14.	Me da miedo que la gente me critique	V	F
15.	Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan	V	F *
16.	No me siento afectado si no le caigo bien a alguien	V	F *
17.	Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando acerca de	V	F
18.	Siento que a veces no se puede evitar cometer errores sociales, entonces por qué preocuparse por ellos.	V	F *
19.	Me preocupa la impresión que pueda causar	V	F
20.	Me preocupa lo que mis superiores piensen de mí	V	F
21.	Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí	V	F *
22.	Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena	V	F
23.	No me preocupa lo que otros puedan pensar de mí	V	F *
24.	A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de mí	V	F
25.	A menudo me preocupa que pueda decir o cometer algo incorrecto	V	F
26.	A menudo soy indiferente acerca de las opiniones que los demás tienen sobre mí	V	F *
27.	Generalmente confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí	V	F *
28.	A menudo me preocupa que la gente que es importante para mí no piense favorablemente sobre mí	V	F
29.	Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí	V	F
30.	Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis superiores	V	F

Anexo 4**Escala Global de la Severidad e Interferencia de la Depresión (ODSIS)**

Los siguientes preguntas son sobre la depresión. En cada una, haga un círculo en el número que mejor responda o describa su experiencia en la semana pasada.

1. En la semana pasada, ¿qué tan seguido se sintió deprimido?

0 = No hubo depresión en la semana pasada.
1 = Depresión Infrecuente. Me sentí deprimido algunas veces.
2 = Depresión Ocasional. Me sentí deprimido la misma cantidad de tiempo que no.
3 = Depresión Frecuente. Me sentí deprimido la mayoría del tiempo.
4 = Depresión Constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.

2. En la semana pasada, cuando se sintió deprimido ¿Qué tan intensa o severa fue su depresión?

0 = Pequeña o Nula: No hubo casi o muy poca depresión.
1 = Leve: La depresión estuvo en un nivel bajo.
2 = Moderada: La depresión fue intensa en algunas ocasiones
3 = Severa: La depresión fue intensa la mayoría del tiempo
4 = Extrema: La depresión fue abrumadora

3. En la semana pasada debido a la depresión ¿Con qué frecuencia le costó trabajo iniciar o interesarse en actividades que normalmente disfrutaba?

0 = Ninguna: No tuve ninguna dificultad para empezar o para interesarme en actividades que normalmente disfruto
1 = Infrecuente: Algunas veces tuve dificultades para iniciar o interesarme en actividades que normalmente disfruto. Mi estilo de vida no se vio afectado.
2 = Ocasional: Tuve algunas dificultades para iniciar o interesarme en actividades que normalmente disfruto. Mi estilo de vida solo cambio de forma leve.
3 = Frecuente: Me costó mucho trabajo iniciar o interesarme en actividades que normalmente disfruto. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida porque no he podido interesarme en actividades que solía disfrutar.
4 = Todo el tiempo: No he podido participar o estar interesado en actividades que normalmente disfrutaba. Mi estilo de vida se ha visto afectado de forma importante y ya no hago las cosas que solía disfrutar

4. En la semana pasada, ¿Qué tanto la depresión interfirió con su habilidad para hacer las cosas que necesitaba hacer para el trabajo, el colegio/universidad, o la casa?

0 = Ninguna: La depresión no interfirió en el trabajo/colegio/universidad/casa.
1 = Leve: Mi depresión causó alguna interferencia en el trabajo/colegio/universidad/casa. Aunque las cosas me parecían más difíciles, logré hacer lo que necesitaba.
2 = Moderada: Mi depresión definitivamente interfiere con mis tareas. Aún hago la mayoría de las cosas, pero solarmente hago muy pocas tan bien como las hacía antes.

3 = Severa: Mi depresión realmente cambió mi capacidad para hacer las cosas. Todavía hago algunas cosas pero no muchas otras. Mi desempeño definitivamente se ha visto afectado.

4 = Extrema: Mi depresión se ha vuelto incapacitante. No he podido completar las tareas y he tenido que dejar el colegio/universidad, o renunciar o me han despedido de mi trabajo, o no he podido completar mis tareas en casa y he tenido que afrontar consecuencias como desalojos, cobradores, etc.

5. En la semana pasada, ¿Qué tanto la depresión interfirió con su vida social y sus relaciones?

0 = Ninguna: Mi depresión no afectó mis relaciones.

1 = Leve: Mi depresión interfirió levemente mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones han sufrido, pero en general, mi vida social aún es satisfactoria.

2 = Moderada: He experimentado alguna interferencia con mi vida social, pero aún tengo algunas relaciones cercanas. No paso la misma cantidad de tiempo con otros como lo hacía en el pasado, pero aún socializo algunas veces.

3 = Severa: Mis amistades y otras relaciones han sufrido mucho debido a la depresión. No disfruto las actividades sociales. Socializo muy poco.

4 = La depresión ha interrumpido completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones han sufrido o han terminado. Mi vida familiar es muy tensa.

Anexo 5

Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad (OASIS)

A continuación se encuentran una preguntas sobre su ansiedad y el miedo. En cada pregunta, haga un círculo en el número de la respuesta que mejor describa su experiencia durante la semana pasada

1. La semana pasada, ¿qué tan seguido se sintió ansioso?

0=No sintió ansiedad la semana pasada

1=Ansiedad poco frecuente. Se sintió ansioso algunas veces

2=Ansiedad ocasional. Se sintió ansioso la misma cantidad de tiempo que no se sintió ansioso. Fue difícil relajarse

3=Ansiedad frecuente. Se sintió ansioso la mayor parte del tiempo. Fue muy difícil relajarse

4=Ansiedad constante. Se sintió ansioso todo el tiempo y nunca realmente relajado

2. La semana pasada, cuando se sintió ansioso, ¿qué tan intensa o fuerte fue la ansiedad?

0=Poco o nada: La ansiedad estuvo ausente o apenas perceptible.

1=Leve: La ansiedad fue baja. Logré relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron un poco incómodos

2=Moderada: La ansiedad fue molesta en algunos momentos. Me costó trabajo relajarme o concentrarme, pero lo logré cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron incómodos

3=Severa: La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Fue muy difícil relajarme o concentrarme en algo más. Los síntomas físicos fueron extremadamente incómodos

4=Extrema: La ansiedad fue abrumadora. Fue completamente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables

3. La semana pasada, ¿con qué frecuencia evitó situaciones, lugares, objetos o actividades debido a la ansiedad o al miedo?

0=Ninguna: No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por el miedo

1=Poco frecuente: Evité algo de vez en cuando, pero usualmente hago frente a la situación o confronto el objeto. Mi estilo de vida no está afectado

2=Ocasional: Tengo miedo de ciertas situaciones, lugares u objetos, pero aún es manejable. Mi estilo de vida solo ha cambiado en mínimo grado. Siempre o casi siempre evito las cosas que temo cuando estoy solo, pero las puedo manejar si alguien está conmigo.

3=Frecuente: Tengo mucho miedo y realmente trato de evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar el objeto, situación, actividad o lugar.

4=Todo el tiempo: La evitación de objetos, situaciones, actividades o lugares se ha vuelto lo normal en mi vida.

Mi estilo de vida se ha afectado mucho y ya no hago las cosas que solía disfrutar.

4. La semana pasada, ¿que tanto su ansiedad interfirió con su habilidad de realizar actividades en el trabajo, el colegio/universidad, o en su casa?

0=Nada: La ansiedad no interfirió en casa, trabajo, o colegio/universidad

1=Leve: Mi ansiedad causó algo de interferencia en casa, trabajo, o colegio/universidad. Las cosas son más difíciles, pero logré seguir haciendo o que necesitaba.

2=Moderado: La ansiedad definitivamente interfiere con las tareas. Logro hacer la mayor parte de las cosas, pero nunca tan bien como lo hacía antes.

3=Severo: Mi ansiedad realmente ha afectado mi habilidad para hacer las cosas. Todavía estoy haciendo algunas tareas, pero muchas cosas no. Mi desempeño definitivamente ha sufrido.

4=Extremo: La ansiedad se ha vuelto en algo incapacitante. No logro terminar las tareas y tuve que abandonar el colegio/universidad, renunciar o ser despedido de mi trabajo, o no pude completar las tareas en la casa y tuve que asumir las consecuencias como cobradores, desalojos, etc.

5. La semana pasada, ¿que tanto la ansiedad ha interferido con sus relaciones y vida social?

0=Nada: La ansiedad no afecta mis relaciones

1=Leve: La ansiedad interfiere levemente con mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones han sufrido, pero en general, mi vida social todavía es satisfactoria

2=Moderado: He experimentado alguna interferencia en mi vida social, pero todavía tengo algunas relaciones cercanas. No comparto el mismo tiempo con los otros como en el pasado, pero todavía socializo algunas veces.

3=Severo: Mis amistades y otras relaciones han sufrido mucho a causa de la ansiedad. Ya no disfruto las actividades sociales. Socializo muy poco.

4= Extremo: La ansiedad ha interrumpido completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones han sufrido o han terminado. Mi vida en familia es extremadamente tensa