

EFFECTO DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN LA
RESPUESTA DE ANSIEDAD ANTE SITUACIONES DE TIPO SOCIAL EN UNA
ADOLESCENTE

ADRIANA COSNTANZA PEDREROS EPIA
DIANA CAROLINA HERNÁNDEZ FORERO*

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA COMPORTAMENTAL
COGNOSCITIVA
BOGOTÁ DC
OCTUBRE 2013

*Directora de Tesis

Tabla de Contenido

Resumen	6
Abstract	6
Introducción	7
Revisión Bibliográfica	12
Ansiedad Social	14
Etiología y modelos explicativos de Ansiedad Social	21
Ansiedad social en adolescentes	28
Trastorno de evitación experiencial	32
Propuestas terapéuticas	35
Formulación del Caso	46
Datos sociodemográficos	46
Motivo de consulta	47
Análisis sincrónico	50
Análisis diacrónico	52
Condiciones biológicas de la consultante	54
Contextos de funcionamiento	54
Competencias	57
Recursos facilitadores del proceso terapéutico	59
Unidad de análisis	59
Hipótesis de predisposición	60
Hipótesis de adquisición	61

<u>Hipótesis de mantenimiento</u>	61
<u>Hipótesis explicativa</u>	62
<u>Pregunta de Investigación</u>	64
<u>Objetivos</u>	64
<u>Objetivo General</u>	64
<u>Objetivos Específicos</u>	65
<u>Método</u>	65
<u>Diseño</u>	65
<u>Participante</u>	66
<u>Variabes</u>	66
<u>Variable dependiente</u>	66
<u>Variable Independiente</u>	66
<u>Instrumentos</u>	67
<u>Consideraciones éticas</u>	70
<u>Procedimiento</u>	71
<u>Fase A de Evaluación o Línea de Base</u>	72
<u>Fase B de Tratamiento</u>	72
<u>Fase S de Seguimiento</u>	73
<u>Resultados</u>	73
<u>Discusión</u>	79
<u>Referencias Bibliográficas</u>	89
<u>Anexos</u>	94
<u>Anexo A. Formato de Historia Clínica</u>	94

<u>Anexo B. Formato de Auto Registro Diario</u>	96
<u>Anexo C. Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS – R</u>	97
<u>Anexo D. Formato de Consentimiento Informado</u>	99
<u>Anexo E. Protocolo de intervención</u>	100

Lista de figuras

Figura 1. CMAS R: Respuesta de ansiedad en las tres fases de la investigación.

Figura 2. Grado de malestar en USAS durante las fases A y B.

Resumen

El presente trabajo de investigación pretende evaluar el efecto de un protocolo de intervención conductual en la respuesta de ansiedad ante situaciones de tipo social en una adolescente. En la respuesta de ansiedad se evaluó la intensidad a través de la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMASR y autoregistros que realizó la consultante. El patrón de evitación no pudo ser medido debido a inconsistencias en los registros de la consultante en tanto se presenta una apreciación cualitativa. A partir de este proceso fue posible evidenciar disminución en la respuesta de ansiedad en la consultante y formular hipótesis frente a los elementos terapéuticos involucrados que facilitaron el cambio conductual.

Palabras claves: ansiedad social, activación fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales, respuesta de evitación, terapia conductual, terapia de aceptación y compromiso.

Abstract

The aim of this research was to identify the impact of a behavioural intervention on an anxiety response in female adolescent. In the anxiety response, intensity was assessed through Manifest Anxiety Scale in children CMASR and self report's patient. The avoidance behavior could not be measured due to inconsistencies in the records of the patient, however I do present a qualitative assessment. From this process it was possible to demonstrate decreased anxiety response in the consultant and formulate hypotheses against the therapeutic elements involved that facilitated behavior change.

Keywords: social anxiety, physiological arousal, anxiety and hypersensitivity, social concerns, avoidance behavior, behavioral therapy, acceptance and commitment therapy.

Introducción

Este ejercicio investigativo se realizó a partir de la experiencia terapéutica con una adolescente, que refería tener “*miedo a muchas cosas*” y “*dificultades en el colegio*”, especialmente a la “*evaluación*” o “*crítica de otros*”; estas dificultades habían sido identificadas por ella misma, sus padres, sus docentes y sus compañeros y estaban interfiriendo de manera importante en todos sus espacios: escolar, social, familiar, recreativo, salud, entre otros.

A partir del proceso de formulación clínica y la evidencia empírica de los protocolos de intervención conductual para el manejo de problemáticas como la ansiedad social, se construyó un protocolo de intervención conductual que incluyó estrategias para el control de la activación, entrenamiento en habilidades sociales y exposición, con el propósito de disminuir la intensidad de la respuesta de ansiedad y la conducta de evitación en sus actividades sociales donde podía recibir algún tipo de retroalimentación o evaluación social.

En el proceso fue necesario evaluar el impacto de algunas estrategias de acompañamiento que había recibido la consultante en otras oportunidades, de las cuales aunque solo se obtuvo una apreciación cualitativa no se encontraban resultados favorables.

Se identificó en la consultante un conjunto de reglas verbales tipo *pliance* centradas en prejuicios y estigmatizaciones que alteraban su relación consigo misma y con los otros, en asesorías previas se intentó intervenir con técnicas cognitivas, cuyo objetivo central era el cambio en el contenido de sus pensamientos frente a lo cual ella refería resistencia porque “*no*

quería que cambiaran su forma de ser o pensar”, e incrementaba considerablemente sus respuestas de ansiedad.

Considerando la necesidad de favorecer el cambio conductual y disminuir su patón de evitación frente a experiencias privadas, se involucró el elemento de flexibilización psicológica y toma de perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso.

Esta investigación es un aporte significativo a la disciplina debido a la necesidad de construir protocolos y herramientas de intervención eficaces, que respondan a las necesidades específicas de la población en problemáticas como la ansiedad social que además presenta un alto grado de comorbilidad con otras alteraciones como los trastornos del estado de ánimo y problemáticas como el consumo y abuso de sustancias (Olivares, Rosa y Piqueras, 2005).

Particularmente, existen publicaciones sobre la prevalencia de la ansiedad social en población adulta pero se han realizado pocos trabajos sobre su incidencia en la infancia y la adolescencia (Olivares, Caballo, García y López, 2003) siendo imprescindible continuar generando conocimiento científico que permita ampliar su comprensión y la de los modelos de intervención, incluyendo especialmente los elementos que facilitan el cambio conductual.

Con relación a las problemáticas de ansiedad, en la década de los 80 se llevaron a cabo los primeros trabajos epidemiológicos en población adolescente luego de la publicación del DSM-III-R buscando determinar la tasa de prevalencia de dicha problemática; en estos estudios se presentaron errores en la conceptualización como por ejemplo *“considerar el miedo a hablar en*

público como una fobia específica y no como fobia/ansiedad social” (Olivares, *et al.*, 2003, p. 411).

En los años 90 se realizaron otros estudios de prevalencia de ansiedad social en población adolescente como el estudio de Kashani y Orvaschel (1990) citado por Olivares, *et al.*, (2003) en Estados Unidos con tres grupos de edad 8, 12 y 17 años, hallando una prevalencia del 0,0%, 1,4% y 1,4%, respectivamente. Estos mismos autores proporcionaron datos sobre la tasa de prevalencia relativa al miedo a situaciones sociales, para cada una de estas edades, resultando del 21,4% a los 8 años, del 45,7% a los 12 años y del 55,7% a los 17 años, lo que parece indicar que este tipo de miedo se incrementa con la edad. Este resultado es consistente con el trabajo de Poulton *et al.*, (1997), quienes encontraron que la proporción de adolescentes con ansiedad social a los 15 años era superior a la informada por los mismos sujetos a los 13 años (8,3% *vs.* 5,0%), el de Bragado *et al.* (1996), donde se observan porcentajes del 1,3%, 4,8% y 6,3% en los rangos de edad de 6-9, 10-13 y 14-17 años, respectivamente, así como el trabajo de Essau *et al.*, (1999) citado por Olivares, *et al.*, (2003), quienes descubrieron que la proporción de sujetos con ansiedad social a los 14-15 años (2,0%) cuadruplicaba a la hallada entre los 12-13 años (0,5%).

Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein y Merikangas (2000), encontraron en una muestra de 1.047 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, tasas de prevalencia del 5,6% para fobia social, 4,4% para fobia social no generalizada y del 1,1% para fobia social generalizada (Olivares, *et al.*, 2003).

En cuanto a la situación del país, el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia – ENSM - (2003), tomó una muestra probabilística de 4.544 adultos en un rango entre los 18 y 65 años de edad, distribuidos en los diferentes hogares de 1.070 municipios de 25 departamentos y teniendo en cuenta para el diagnóstico de los trastornos mentales los indicadores del DSM-IV. Este estudio determinó que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia con una tasa del 19.3%, que estos trastornos de ansiedad tienen una tasa mayor de prevalencia en las mujeres, 21.8%, siendo la de los hombres del 16% en cuanto a la ansiedad social la prevalencia es igual para los dos géneros 5.1% con una edad de inicio de 14 años. Sin embargo este estudio no proporciona datos específicos de prevalencia en población adolescente.

Posada, Buitrago, Medina & Rodriguez (2006) realizaron una investigación basada en la encuesta mundial de salud mental de la Organización Mundial para la Salud, en la cual se exploran entre otros aspectos, la distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de inicio y uso de servicios asociados a los trastornos de ansiedad en Colombia, encontrado que los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales.

El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la ansiedad social específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la ansiedad social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de ansiedad social específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático (Posada, *et al.*, 2006).

Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad alguna vez en la vida con 22.0% y 21.7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9%) (Posada, *et al.*, 2006).

Respecto a las medidas sobre funcionamiento/discapacidad, el trastorno de estrés postraumático es el que genera una mayor discapacidad y siguen en su orden el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la Ansiedad social y la Agorafobia sin pánico. Con relación a los trastornos de ansiedad solo el 1.9% de la población que los sufre acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste, el 5.6% de estos acuden al médico general. Es significativo que el 3.9% prefieren acudir a tratamientos de medicina alternativa (Posada, *et al.*, 2006).

Se considera que este ejercicio puede ser un aporte a los modelos de intervención clínica, proporcionando evidencia empírica para evaluar su efectividad y pertinencia en el tratamiento de problemas relacionados con el trastorno de ansiedad social u otros trastornos de ansiedad en población adolescente.

En este contexto la pregunta que orientará este ejercicio investigativo es: ¿Cuál es el efecto de un protocolo de intervención conductual en la respuesta de ansiedad ante experiencias de tipo social en una adolescente?

Revisión Bibliográfica

Para el desarrollo de este ejercicio investigativo se retomaron los elementos conceptuales y empíricos de la ansiedad social y los programas de intervención conductual propuestos para el manejo de esta problemática.

Barlow (2000) expone la ansiedad como el miedo anticipado ante situaciones que pueden ser potencialmente peligrosas o amenazantes, que pese a que cumplen una función adaptativa para las especies al anticipar los acontecimientos que implican un riesgo y controlar el ambiente, presenta componentes que pueden interferir en el adecuado funcionamiento del individuo.

En ocasiones este miedo empieza a generarse frente a situaciones que no son potencialmente peligrosas o se da una sobrestimación de la situación de peligro, dando cabida a diferentes tipos de ansiedad como: las crisis de angustia, fobias simples, ansiedad generalizada y ansiedad social, entre otros (Sandin, 1997; Luengo, 2002).

En estos trastornos las personas experimentan un conjunto de manifestaciones fisiológicas como el incremento de la tasa cardiaca, agitación en la respiración, temblor, sudor, enrojecimiento facial, expresiones verbales cognitivas como pensamientos: repetitivos, fatalistas, descontrolados y casi siempre sorprendentes que relegan a la persona a un plano de incompreensión, indefensión y dolor, y normalmente acciones ligadas al escape de la situación o la evitación del contacto o experimentación con el objeto provocador de ansiedad (Sandin, 1997;

Luengo, 2002). El grupo de trabajo de la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria de Madrid (2008) expone la ansiedad como:

“una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión... es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes... tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual”... (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008, p. 19).

Siguiendo el planteamiento de estos autores, no se encuentra un solo factor que origine los trastornos de ansiedad, identificando que están implicados tanto factores biológicos, como ambientales y psicosociales. Se atribuye la aparición de estos trastornos de ansiedad a la interacción de múltiples determinantes, siendo además muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo.

Dado el alto grado de vulnerabilidad, indefensión e impotencia percibida por el paciente, la afectación que puede generarse en diferentes espacios de interacción, además de la posible comorbilidad con otras problemáticas, los trastornos de ansiedad se consideran como cuadros

clínicos de difícil manejo, En el caso de la ansiedad social existe acuerdo en considerarla un trastorno difícil de tratar (Ortega y Climent, 2004).

Algunos autores (Hope, Herbert, y White, 1995; Tran y Chambless, 1995) citados por Ortega y Climent (2004) han postulado varios factores que pueden explicar su resistencia al tratamiento: el aprendizaje de la evitación como forma de enfrentamiento, el déficit en habilidades sociales, la presencia de variables de personalidad (neuroticismo e introversión) o de un trastorno asociado de personalidad (por evitación). Otro factor podría ser lo avanzado con que las personas afectadas buscan tratamiento, ocasionando así que el problema se consolide mucho en ellas (Ortega y Climent, 2004). Por lo anterior se considera pertinente la conformación de evidencia empírica para su conceptualización, comprensión y manejo terapéutico.

Ansiedad Social

La ansiedad social se caracteriza por un miedo acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se expone a la observación y a la evaluación negativa por parte de otros (APA, 2000).

Según la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM IV- de la Asociación Americana de Psiquiatría –APA- la característica esencial de esta problemática es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. Para Ortega y Climent (2004), la ansiedad social se define

como un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público por la posibilidad de una evaluación negativa de los demás. Es un trastorno que suele provocar notable sufrimiento a la persona que lo padece, generándole importante interferencia en su funcionamiento general, especialmente por las numerosas conductas de evitación que implica.

Durante mucho tiempo la ansiedad social fue ignorada en la literatura científica, a pesar de “ser un problema tan viejo como la propia humanidad” (Olivares, *et al.*, 2003, p. 406). Fue solo en la tercera versión de DSM en 1980 que se distinguió la ansiedad social como una entidad diagnóstica específica y diferente, siendo definida como un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás, en situaciones sociales específicas como hablar en público, escribir o usar baños públicos, en 1987 la versión DSM III – R incluye ansiedad social generalizada, sugiriendo su diagnóstico conjuntamente con el trastorno de personalidad por evitación; que permanece en el DSM IV caracterizado como la presentación de un miedo intenso a hacer el ridículo o a ser humillado o abochornado por los demás en situaciones sociales o actuaciones en público, por temor a que resulten embarazosas.

Se entiende que la ansiedad social se puede presentar de dos formas; generalizada y específica; en el primer caso el temor excesivo se presenta ante diferentes situaciones sociales, mientras la segunda ocurre solo en algunas de éstas (Zubeidat, Fernández, Sierra & Salinas, 2007).

Zubeidat, *et al.*, (2007) señalan que a algunos individuos les generan miedo las situaciones sociales asociadas a la actuación personal, mientras que a otros les producen temor las

situaciones sociales ligadas al trato social. Sin embargo no se han determinado diferencias significativas entre ambos tipos de ansiedad social.

Las situaciones asociadas a la ansiedad social son muy variadas, la respuesta se puede generar por la propia actuación en actividades sociales o por la interacción con otras personas. Entre las situaciones sociales que son reportadas como desencadenantes de ansiedad de actuación se encuentran: hablar en público, tanto en grupos grandes como en pequeños, escribir, comer o beber delante de otros, tocar un instrumento, practicar deportes y entrar en una sala en la que están otras personas. Entre las situaciones asociadas a ansiedad por interacción se encuentran: ir a una fiesta, iniciar conversaciones, salir con personas del sexo opuesto, preguntar a personas con autoridad, preguntar a un vendedor o preguntar una dirección, entre otras (Bobes, Bascarán, Bousoño, García & Saiz, 2003)

“La ansiedad social es uno de los trastornos con mayor prevalencia. Según la APA es el tercer trastorno con mayores tasas de prevalencia, después de la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol” (Olivares, Rosa & Piqueras, 2005, p. 1). Olivares, *et al.*, (2003) reportan en una revisión de los estudios epidemiológicos sobre ansiedad social en población infantil, adolescente y adulta, diferentes investigaciones llevadas a cabo con base en los criterios diagnósticos del DSM – III, DSM – III – R y el DSM – IV. Para ello revisaron los diferentes estudios de tipo epidemiológico que dan razón de la prevalencia, variables sociodemográficas y la comorbilidad con otros trastornos (Olivares, *et al.*, 2003).

Pese a que el número de estudios publicados sobre la prevalencia de la ansiedad social en población adulta es considerable, se han realizado pocos trabajos sobre su incidencia en la infancia y la adolescencia (Olivares, *et al.*, 2003).

Los primeros trabajos epidemiológicos en población comunitaria adolescente se llevaron a cabo tras la publicación del DSM-III-R. Siguiendo el orden cronológico de las publicaciones, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) encontraron en una muestra de 792 niños neocelandeses, de 11 años de edad, una tasa del 1%. Cuando estos mismos sujetos se volvieron a evaluar cuatro años después, la tasa de prevalencia fue del 1,1% (McGee *et al.*, 1990). Sin embargo, dados los errores de conceptualización encontrados en el trabajo, es muy probable que este porcentaje sea considerablemente mayor, ya que en este estudio el miedo a hablar en público fue clasificado como una fobia específica y no como ansiedad social (Olivares, *et al.*, 2003).

También en 1990 Kashani & Orvaschel dieron a conocer los resultados de un estudio realizado en EE.UU. con una muestra de 210 sujetos integrada por chicos y chicas de tres grupos de edad: 8, 12 y 17 años, hallando una prevalencia del 0,0%, 1,4% y 1,4%, respectivamente. Estos mismos autores proporcionaron datos sobre la tasa de prevalencia relativa al miedo a situaciones sociales, para cada una de estas edades, resultando del 21,4% a los 8 años, del 45,7% a los 12 años y del 55,7% a los 17 años, lo que parece indicar que este tipo de miedo se incrementa con la edad. Este resultado es consistente con el trabajo de Poulton, *et al.*, (1997), quienes encontraron que la proporción de adolescentes con ansiedad social a los 15 años era superior a la informada por los mismos sujetos a los 13 años (8,3% vs. 5,0%), el de Bragado, *et al.*, (1996), donde se observan porcentajes del 1,3%, 4,8% y 6,3% en los rangos de edad de 6-9,

10-13 y 14-17 años, respectivamente, así como el trabajo de Essau, *et al.*, (1999) quienes descubrieron que la proporción de sujetos con ansiedad social a los 14-15 años (2,0%) cuadruplicaba a la hallada entre los 12-13 años (0,5%) (Olivares, *et al.*, 2003).

Es en 1993, que Reinherz, Giaconi, Lefkowitz, Pakiz y Frost dieron a conocer una tasa de prevalencia del 11,6%, hallada en una muestra de adolescentes norteamericanos cuya edad media era de 17,9 años. También en EE.UU., Shaffer *et al.*, (1996) encontraron una tasa del 7,6% en la infancia y del 3,7% en la adolescencia. En ese mismo año, en España, Bragado *et al.*, (1996) encontraron una tasa de prevalencia del 6,3% en una muestra de adolescentes cuyo rango de edad iba desde los 14 hasta los 17 años (Olivares, *et al.*, 2003).

En Alemania, Wittchen, Stein & Kessler (1999) estudiaron la tasa de prevalencia de la ansiedad social en población comunitaria utilizando una muestra de 3201 sujetos, con un rango de edad comprendido entre los 14 y los 24 años. Los resultados mostraron que el 7,3% presentaban ansiedad social y un 2,2% cumplía los criterios de ansiedad social generalizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV; cuando se acotaba el rango de edad entre los 14 y los 17 años, la tasa se reducía al 4,0% y al 1,2% para el diagnóstico de ansiedad social y ansiedad social generalizada, respectivamente. En ese mismo País y año, Essau *et al.* (1999) dieron a conocer los resultados de otro estudio en el que la prevalencia era del 1,6%, para un rango de edad comprendido entre los 12 y los 17 años, la cual se incrementaba hasta el 2,0% tras acotar el rango de edad entre los 14 y los 17 años. Un año después, Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein & Merikangas (2000) encontraron, en una muestra de 1.047 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, tasas de prevalencia del 5,6% para ansiedad social,

4,4% para ansiedad social no generalizada y del 1,1% para ansiedad social generalizada (Olivares, *et al.*, 2003).

En España, Olivares (2003) presentó los datos de prevalencia en población comunitaria adolescente del sureste español, con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, obtenidos por el equipo que dirige en una muestra de 15.965 sujetos con los cuales utilizó una traducción y adaptación del ADIS-IV (Olivares y García-López, 1997). Estos resultados constatan una prevalencia del 8,2% (Olivares, *et al.*, 2003).

Los datos aportados por los investigadores que trabajan con población clínica muestran tasas significativamente más elevadas que las halladas en los estudios realizados con población comunitaria. Así, Strauss & Francis (1989) señalaron que alrededor del 9% de los adolescentes que acudían a consulta recibían un diagnóstico de ansiedad social y Albano, DiBartolo, Heimberg & Barlow (1995) informaron que de los sujetos con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años que solicitaban tratamiento, un 14,1% presentaba ansiedad social. (Olivares, *et al.*, 2003).

La APA (2000) sugiere por su parte que la ansiedad social debe ser uno de los trastornos de mayor consideración, investigación y tratamiento por parte de la psicología clínica (APA, 2000). En Colombia, son pocos los estudios relacionados con el comportamiento epidemiológico, su detección y tratamiento específico, sobretodo en edades tempranas; teniendo en cuenta el alto impacto negativo que este puede traer para el desarrollo personal, puesto que no solo limita a la persona en la interacción social, sino que también interfiere en sus procesos de escolarización, e

incluso puede llegar a afectar las relaciones familiares y hasta ser causa de otros trastornos de ansiedad y emocionales como la depresión; además de llevar a diferentes problemáticas como el consumo de alcohol y drogas (DeWit, McDonald y Offord, 1999). Por otro lado, también puede ocasionar bajo rendimiento académico, con el consiguiente riesgo de abandono escolar (Beidel & Turner, 1998).

El Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia -ENSM- (2003), tomó una muestra probabilística de 4.544 adultos en un rango entre los 18 y 65 años de edad, distribuidos en los diferentes hogares de 1.070 municipios de 25 departamentos y teniendo en cuenta para el diagnóstico de los trastornos mentales los indicadores del DSM-IV. Este estudio determinó que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia con una tasa del 19.3%, que estos trastornos de ansiedad tienen una tasa mayor de prevalencia en las mujeres, 21.8%, siendo la de los hombres del 16% en cuanto a la ansiedad social la prevalencia es igual para los dos géneros 5.1% con una edad de inicio de 14 años. Sin embargo este estudio no proporciona datos específicos de prevalencia en población adolescente.

Posada, *et al.*, (2006) realizaron una investigación basada en la encuesta mundial de salud mental de la Organización Mundial para la Salud, en la cual se exploran entre otros aspectos, la distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de inicio y uso de servicios asociados a los trastornos de ansiedad en Colombia, encontrado que los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la ansiedad social

específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la ansiedad social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de ansiedad específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático.

Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad alguna vez en la vida con 22.0% y 21.7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9%). Respecto a las medidas sobre funcionamiento/discapacidad, el trastorno de estrés postraumático es el que genera una mayor discapacidad y siguen en su orden el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad social y la Agorafobia sin pánico. Con relación a los trastornos de ansiedad solo el 1.9% de la población que los sufre acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste, el 5.6% de estos acuden al médico general. Es significativo que el 3.9% prefieren acudir a tratamientos de medicina alternativa.

Etiología y Modelos explicativos de la ansiedad Social

Zubeidat (2005) en su tesis doctoral “Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes”, realiza una exposición de las diferentes propuestas que pretenden dar una explicación a los orígenes, curso y tratamiento de este trastorno “*Las diferentes teorías van desde la neurobiológica y evolucionista – genética hasta la conductual y la cognitiva*” (Zubeidath, 2005, pag. 109). Es importante aclarar que la causa exacta de las

fobias no se conoce, se consideran normalmente como temores aprendidos, adquiridos por medio del condicionamiento directo o clásico, por aprendizaje vicario o por la transmisión de información y/o de instrucciones (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

Para efectos del presente trabajo se centrará la revisión en los modelos conductuales, dentro de los cuales se habla de adquisición de la ansiedad social como cualquier otra ansiedad específica; es decir, por condicionamiento clásico tras haber vivido diferentes experiencias traumáticas puesto que *“no es frecuente que un sujeto con ansiedad social describa un único suceso traumático como el inicio de la ansiedad. El miedo va aumentando gradualmente como resultado de repetidas experiencias productoras de temor o por medio del aprendizaje social”* (Caballo, 2007, p.30).

Continuando con Zubeidath (2005), la importancia del papel explicativo de los procesos de condicionamiento en la ansiedad social se ha reflejado por Echeburúa (1995), definiendo la existencia de dos fases en el transcurso de la misma, coincidiendo con la propuesta del “modelo bifactorial mediacional de Mowrer”; el cual describe que en la primera fase, las respuestas psicofisiológicas de temblor, sudor y taquicardia, entre otras; la anticipación de consecuencias negativas ante posibles encuentros sociales y la presencia de conductas inadecuadas serían la consecuencia de las experiencias sociales negativas experimentadas por un individuo con vulnerabilidad psicológica, pudiendo dar lugar al fracaso de las relaciones sociales, presentándose un proceso de adquisición por condicionamiento clásico. En la segunda fase, el paciente con ansiedad social evitaría activamente la situación social como respuesta a la anticipación de la posibilidad de que se produzcan consecuencias negativas relativas a

situaciones sociales nuevas y a la puesta en marcha de respuestas de ansiedad relacionadas con las mismas, presentándose el aprendizaje de una respuesta operante (Zubeidath, 2005).

En definitiva la evitación se mantendría por refuerzo negativo; puesto que sirve como una estrategia para disminuir el “riesgo” ante las situaciones de exposición social y controlar los síntomas de la ansiedad. *“Es decir, a mayor evitación de las situaciones sociales mayor ansiedad o miedo presentarían los individuos con fobia social ante las mismas”* (Zubeidath, 2005).

Otro tipo de aprendizaje es el de observación o vicario; el cual expone que la sola observación de un individuo que muestra temor ante un objeto o en una situación determinada podría ser suficiente para condicionar el miedo o la ansiedad. En la mayoría de casos, se encuentran fobias o temores aprendidos de modelos significativos como sus padres, familiares cercanos o incluso pares (Zubeidath, 2005).

Caballo, Verania y Bas, citados por Caballo (2007) proponen un modelo con tres vías de adquisición de la fobia social/ansiedad social: “el contacto directo con la situación de temor, el aprendizaje por observación y por transmisión de información, considerando la influencia de otros factores importantes como la vulnerabilidad biológica, denominada como inhibición conductual (Kagan, Snidman y Arcus, 1993)” (Caballo *et al.*, 2007).

Las primeras experiencias de aprendizaje son cruciales para el desarrollo de repertorios favorables para el desencadenamiento o no de la ansiedad social, teniendo repercusiones en las

experiencias futuras, en tanto una persona que percibe las situaciones sociales como peligrosas y/o amenazantes y considere que tiene un repertorio limitado para enfrentarse y manejar estas situaciones sociales puede disminuir sus espacios de interacción presentando más limitaciones en su desempeño social.

Uno de los modelos explicativos recientes e integradores de los problemas emocionales, concretamente de los trastornos de ansiedad, es el modelo de Barlow de las tres vulnerabilidades, también conocido como la teoría diátesis-estrés (Barlow, 2000; 2002). En este modelo Barlow (2000; 2002) define la ansiedad como un estado de indefensión debido a la incapacidad de la persona para predecir y controlar los eventos que son significativos para él, desde esta perspectiva la ansiedad es una estructura cognitiva-afectiva dentro del sistema motivacional defensivo cuyo centro es un sentido de incontrolabilidad sobre las amenazas potenciales, y peligros o eventos negativos futuros, expone que las primeras experiencias pueden mediar la aparición de la ansiedad y la depresión temprana en el desarrollo (Barlow y Chorpita, 1998).

Barlow (2002) expone la presencia de una estructura tripartita en los trastornos de ansiedad que los diferencia de otros problemas del afecto: *a) afecto negativo*, que corresponde a síntomas de estrés general tales como: preocupación, irritabilidad y tensión, *b) afecto positivo*, definido como el nivel de placer obtenido a partir de la interacción con el medio y caracterizado por estados como: alegría, sociabilidad, energía y entusiasmo, y *c) la activación autónoma*, caracterizada principalmente por síntomas como la aceleración en la frecuencia cardíaca, falta de aliento y temblor. Este tercer elemento es una de las características definitorias de la ansiedad

que permite realizar un diagnóstico diferencial respecto a otras alteraciones del afecto como son los estados depresivos en los que predomina la ausencia del afecto positivo.

Así mismo, el modelo se estructura a partir de la existencia de tres tipos de vulnerabilidad que interactúan entre sí, facilitando el desarrollo de la problemática de la ansiedad social.

a. Vulnerabilidad biológica generalizada, que se refiere a los factores genéticos y neurobiológicos. En cuanto a la disposición genética para la ansiedad social, Barlow (2000) manifiesta que no puede afirmarse que exista un gen de la ansiedad y los trastornos relacionados con ella, se piensa que la vulnerabilidad a la ansiedad es el producto de la combinación de la expresión de varios genes diferentes. Sin embargo, si pueden considerarse características asociadas al temperamento, la inhibición conductual, referida como el temor, la timidez y el rechazo que experimenta el niño cuando se enfrenta a personas, situaciones u objetos novedosos (Zubeidat, *et al.*, 2008), también participan estructuras como la amígdala, la corteza frontal, el lóbulo temporal y el sistema septohipocampal, pertenecientes al sistema límbico, en el ciclo de respuestas de ansiedad (Hales y Ydofsky, 2006; Becerra *et al.*, 2007), así como una activación fisiológica somática, que puede reflejar la activación de distintos circuitos cerebrales como el Factor Liberador de Corticotropina (CRF) y el Sistema de Inhibición Conductual de Gray (BIS) (Barlow, 2000).

b. Vulnerabilidad psicológica generalizada, referida al bajo nivel de predicción y de control percibido, a partir de las experiencias de aprendizaje que presentó el individuo en sus primeros años de desarrollo, los cuales no le permitieron adquirir un sentido de control sobre los

eventos del ambiente. En este tipo cobran una importancia particular las experiencias de crianza así como la vinculación afectiva en los primeros años de desarrollo.

c. Vulnerabilidad psicológica específica, en donde la persona aprende qué cosas son potencialmente peligrosas. Este tipo de vulnerabilidad se encuentra compuesta por episodios o eventos específicos que en ocasiones pueden ser característicamente negativos para el individuo. Este tipo de vulnerabilidad es determinante en la definición del tipo y función del trastorno de ansiedad adquirido por el individuo.

Este modelo teórico parte del principio que no todas las personas desarrollan un problema de ansiedad social, sino que se requiere que se generen condiciones particulares dadas por la interacción de los tres tipos de vulnerabilidades que facilitan el desarrollo de la problemática.

En esta interacción pueden surgir lo que se denominan “las alarmas”, siendo entendidas como señales que le brindan información a la persona sobre una situación de peligro, sin embargo Barlow (2000) discrimina dos tipos, las alarmas verdaderas y las alarmas falsas.

Tal como su nombre lo indica la alarma verdadera corresponde a la señal generada a partir de una amenaza real u objetiva, en la cual la respuesta de miedo es adaptativa y tiene la función de preparar al cuerpo física y psicológicamente para la acción. Por otra parte, la falsa alarma corresponde a la misma señal y preparación del cuerpo sin la existencia de una situación real que genere un riesgo o peligro para la persona.

En la ansiedad social, en algunas ocasiones se presenta una alarma verdadera consecuente con una situación denominada como traumática que posteriormente empezaría a replicarse ante contextos similares sin que se presente realmente la situación de peligro.

Hoffmann & Barlow (2002), en una reformulación del modelo de Barlow exponen que la ansiedad social específica puede ser fácilmente explicada a través de la existencia de las alarmas verdaderas y falsas, determinando la interacción de los tres tipos de vulnerabilidades, sin embargo en la ansiedad social generalizada ocurriría todo lo contrario, haciendo posible que se desarrollara aun ausentando ambas alarmas (verdadera y falsa) relacionadas con situaciones sociales.

Esta distinción resulta de gran interés por el hecho de que los individuos que desarrollan la forma específica de la ansiedad social presentarían en mayor medida respuestas de miedo ante situaciones sociales específicas, mientras que quienes presentan la forma generalizada mostrarían con más frecuencia reacciones de ansiedad que implicarían sentimientos de vergüenza, angustia e impotencia. Como resultado de la aprehensión ansiosa el paciente con ansiedad social perdería recursos atencionales necesarios para la ejecución adecuada de una determinada tarea, repercutiendo negativamente en su rendimiento (Hoffmann & Barlow, 2002).

Es decir, la atención auto focalizada, podría ser considerada como un componente central dentro del proceso general de aprehensión ansiosa, siendo perjudicial concretamente en la ansiedad social por su naturaleza distractora. En esta línea se ha revelado que esta tendencia de auto focalización de la atención sería la que hace consciente a los individuos con ansiedad social

de sus síntomas somáticos y cognitivos, disparados por la percepción de una amenaza representada en temblores, incrementos en la tasa cardiaca y presión sanguínea, palpitaciones, bloqueo mental y falta de concentración (Roth, Antony y Swinson, 2001; Wells y Papageorgiou, 2001). Finalmente este modelo resalta el papel significativo de los pensamientos que tendrían lugar en los estados de ansiedad excesiva y el deterioro cognitivo y comportamental que causaría.

Respecto a los mecanismos que mantienen el trastorno de ansiedad, se sintetizan tres principales: Primero, la preocupación se usa como estrategia de evitación de las emociones negativas intensas como el temor a la evaluación social o al fracaso; segundo, la preocupación por una amenaza improbable y futura, elimina la necesidad de ocuparse de amenazas más cercanas y realistas, y coarta la capacidad para encontrar soluciones a los conflictos más inmediatos; y por último, los individuos con trastorno de ansiedad tienen un pensamiento mágico y creen que su preocupación ayuda a prevenir las consecuencias temidas, conduciendo, por lo tanto, a un refuerzo negativo del proceso de preocupación (Hales & Yudofsky, 2006).

Ansiedad social en adolescentes

En el estudio realizado por Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, (1991) acerca de los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia en una muestra de 197 niños y adolescentes, entre los 6 y 17 años de edad, se destaca que algunos estudiantes sufren de ansiedad social, caracterizados por un miedo exagerado y constante de actuar de modo humillante o desconcertante en situaciones o actividades sociales. El miedo se produce en

ocasiones en que el sujeto entra en contacto con personas desconocidas o se ve expuesto al escrutinio de otros. Un importante número de alumnos a quienes se les diagnostica ansiedad social cumplen también con los criterios de otros trastornos de ansiedad y de depresión.

Entre los factores del contexto relacionados con ansiedad social, Zubeidat, *et al.*, (2008), refiere situaciones traumáticas como una experiencia vergonzosa o de evaluación social conflictiva, la muerte de los padres o la separación de estos, los estilos parentales inadecuados como la negligencia en el cuidado y la sobreprotección.

En un estudio realizado por la APA (2000), en el cual evaluaron similitudes y diferencias respecto a variables demográficas, competencias psicosociales e índices clínicos entre adolescentes con ansiedad social específica y adolescentes con ansiedad social generalizada, evaluaron 1012 adolescentes españoles, en su entorno escolar. En primer lugar, partieron del hecho de que la ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso a hacer el ridículo y a ser humillado o abochornado por los demás en situaciones sociales, identificaron que a algunos individuos les generan miedo las situaciones sociales asociadas a la actuación personal, mientras que a otros les producen temor las situaciones sociales ligadas al trato social, sin embargo, tanto en la ansiedad social generalizada como específica encontraron semejanzas referentes a la edad de inicio, historia familiar y algunas características demográficas (APA, 2000).

Otras variables estudiadas han sido las relacionadas con las consecuencias que este desorden acarrea, a corto y largo plazo. De acuerdo al estudio realizado por Villarroel, Rodríguez, Kuhne, Alcázar, Santibáñez y Pina (2007), con 1040 adolescentes chilenos entre 13 y

18 años, hallaron que la ansiedad social se produce en la niñez o adolescencia, y puede llegar a generar posibles consecuencias como: bajo rendimiento académico, riesgo de abandono escolar, el desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo o una mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas, sin olvidar que su persistencia también conlleva a la consolidación y generalización de sus efectos en la vida adulta con el consiguiente sufrimiento para el sujeto y la familia. Además de los efectos que generan el progresivo aislamiento del grupo cultural de referencia, de las relaciones sociales puede contribuir, de manera decisiva, a que el sujeto desarrolle un cuadro depresivo grave.

Estos autores identificaron en los sujetos del estudio, reacciones emocionales desadaptativas, las cuales suelen ser severas e incluyen dolor de cabeza y de estómago, ataques de pánico ocasionales, llanto, respuestas de escape y evitación, entre otras. Los casos más tempranos que cumplen los criterios para el diagnóstico del trastorno presentan una edad que se sitúa entre los 8 y los 12,3 años encontrándose el mayor número de casos entre los 14 y los 16 años (Villarreal, 2007).

De acuerdo con la revisión planteada por Rodríguez, Caballo, López, Alcázar y Gollonet, (2003), sobre los estudios epidemiológicos de la ansiedad social en población infantil, adolescente y adulta, respecto a las variables sociodemográficas, “parece que la ansiedad social es más frecuente entre mujeres que entre hombres, así mismo plantearon que existe una alta probabilidad de que los sujetos con ansiedad social estén solteros, divorciados o viudos, tengan un nivel educativo y socioeconómico menor y una peor situación laboral que los sujetos sin ansiedad social. Por todo ello es posible plantear que la ansiedad social interfiere de manera

significativa en el desempeño de la persona que la padece en numerosas áreas de su vida cotidiana (laboral, social, educativa, familiar), teniendo como consecuencia una reducción muy significativa de su calidad de vida” (Rodríguez, *et al.*, 2003).

En el estudio realizado por Zubeidat, *et al.*, (2008), acerca de los factores asociados a la ansiedad social, específicamente, la timidez infantil parece actuar como una expresión temprana de la ansiedad social. La percepción de los hijos sobre la presencia de ciertas psicopatologías y de determinados estilos de crianza de los padres se asocia a la aparición de esta patología en la adolescencia. El trastorno de ansiedad social durante la adolescencia puede predecir trastornos depresivos subsecuentes, incrementando la probabilidad de padecerlos de manera recurrente a lo largo de la adultez temprana.

En un estudio que se realizó con 1012 adolescentes a lo largo de cuatro meses en 13 centros de enseñanza de educación secundaria de la provincia de Granada, se encontró que las mujeres presentaron una probabilidad significativamente mayor que los hombres de sufrir ansiedad social. Algunas competencias psicosociales, especialmente las que se relacionan con las situaciones de interacción social, han mostrado un efecto significativo en la probabilidad de sufrir ansiedad social. Asimismo se encontró que una elevada timidez infantil se asocia con presencia de ansiedad social en la madre; así como también se asocia con vivir en una familia inactiva socialmente (Zubeidat, *et al.*, 2007).

Además se ha demostrado que la ansiedad social de los padres y la de los hijos mantenían una fuerte asociación entre sí. De igual manera, consideran que no solo la ansiedad social de los

padres se asocia con la ansiedad social de los hijos; sino que su estilo de crianza como patrones autoritarios y otras dificultades emocionales como la depresión (Zubeidat, *et al.*, 2007).

En el estudio realizado por Bandelow, Charimo, Wedekind, Broocks, Hajak y R  ther (2004), se enfatiza en los multifactores que intervienen en el proceso de la ansiedad social, como son los eventos traumáticos tempranos de la vida, los estilos crianza, la historia familiar de desórdenes mentales y factores de riesgo de nacimiento en los pacientes que presentan ansiedad social, estos factores se encontraron al comparar ochenta y dos pacientes que presentaban ansiedad social, pertenecientes al departamento de psiquiatría de la Universidad de Gottingen, al compararlos con personas que no presentaban ninguna patología. Los resultados de esta investigación atribuyen la etiología de la ansiedad social a una mayor vulnerabilidad de los adolescentes de tipo ambiental más que biológico o genético. También encontraron que los acontecimientos que ocurren entre los 0 a los 5 años de edad pueden llegar a hacer predisponentes para el desarrollo de diferentes patologías.

Trastorno de Evitación Experiencial

La Evitación Experiencial es explicada como el fenómeno en que una persona es incapaz de mantenerse en contacto con sus experiencias privadas por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes, predisposiciones conductuales y hace lo conducente para alterar la forma y frecuencia de estas experiencias o el contexto que las produce, aun cuando estas formas de evitación le ocasionen perjuicios (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Friman, Hayes y Wilson, (1998) citados por Ferro (2000), afirman que la evitación experiencial es planteada como una dimensión funcional que podría integrar una variedad de diagnósticos del DSM, por ejemplo, todos los desórdenes de ansiedad (desórdenes obsesivo – compulsivos, la agorafobia con ataques de pánico, el estrés postraumático, fobia social), el abuso de sustancias o incluso, los desórdenes de personalidad límite.

La función de evitación de experiencias privadas tiene una fuente importante en los preceptos de la cultura, que fomenta que las personas deben vivir bien, para ello tener sensaciones y sentimientos positivos y pensar bien, en tanto todo aquello que implique malestar debe evitarse, generándose una lucha constante por evitar o escapar de todas estas experiencias que van en contra o atentan contra el buen vivir; los malestares físicos, los pensamientos negativos, las emociones negativas, etc.

En este mismo contexto de control y evitación de los eventos privados se encuentran recomendaciones como alternativas de pensamientos positivos, técnicas para controlar algunos comportamientos o situaciones o las estrategias enfocadas en el cambio del contenido de los eventos privados que pueden ser poco eficaces al mantener el mismo patrón de evitación

Cuando una persona se enfoca en el cambio del contenido de sus experiencias privadas, dicha experiencia se hace más intensa, más frecuente y más incontrolable, cuando esto ocurre, de acuerdo con Novoa y Guzmán (2008):

...”es fácil que la persona llegue a tener un funcionamiento rígido, poco flexible e incluso literalizado y desligado de las contingencias presentes en el contexto; este patrón de comportamiento que se circunscribe a evitar experiencias privadas que valora negativamente, facilita que la persona se aleje cada vez más de acciones en la dirección valiosa, en lo que realmente es importante para él. Cuando este patrón rígido, inflexible con sus propios eventos privados, se generaliza y cronifica, el resultado es una vida muy limitada para la persona que sufre, cada vez más y con mayor intensidad, por rechazar el malestar... Cuando esto ocurre se habla de una patrón destructivo de evitación experiencial (o trastorno de evitación experiencial”... (Novoa y Guzmán, 2008, p.267).

Es importante aclarar que la evitación no es el problema por sí mismo, ya que en muchas ocasiones es adaptativa, se convierte en un problema cuando interfiere en el funcionamiento adecuado de la persona

Luciano y Wilson (2002) refieren dos características del trastorno de evitación experiencial:

La primera característica, es que su naturaleza es verbal, su origen está dado en el seguimiento rígido de reglas verbales que inducen al individuo a la búsqueda constante de un bienestar que equivale a evitar todo tipo de experiencias que resulten aversivas para él, aun cuando éstas resulten necesarias e inevitables en la vida. *“De esta manera, el estricto seguimiento de las reglas puede conllevar a repertorios de conducta no efectivos que son insensibles a las contingencias cambiantes”* Kanter (2005) citado por Novoa y Guzmán (2008, p.267). De ahí, que aunque el comportamiento no resulte efectivo, se siga presentado, puesto que las reglas verbales que lo suscitan permanecen en el contexto haciendo que la lucha se mantenga a pesar de la ineffectividad de las estrategias. Dichas reglas son aquellas que señalan -

debes pensar bien, para sentirte bien-, -contrólate si quieres salir bien-, -no te puedes dejar vencer por el miedo, tienes que ser fuerte-, etc.

La segunda característica es que se trata de una clase funcional limitante. Es decir, que quien manifiesta el trastorno de evitación experiencial es la persona que ha aprendido a comportarse frente a los eventos privados que ha vivido de forma aversiva, con un repertorio de conductas que le permiten eliminar o evitar el contacto con dicho evento privado. Por lo tanto, las manifestaciones más claras de este comportamiento de evitación son el llanto, el aislamiento, la agresión, la reflexión, los sentimientos de culpa, el consumo de alcohol, entre otros. Se dice que es limitante porque la persona que sufre el trastorno de evitación experiencial está dedicada a hacer lo que cree que debe hacer para acabar con el sufrimiento, haciendo uso de su fuerza de voluntad y dedicando gran cantidad de tiempo a ello. Sin embargo, *“lo que obtiene a la larga es que aquello que le hace sufrir está cada vez más presente y su vida cada vez más cerrada, en tanto que se ve imposibilitada para seguir adelante con la consecución de las metas y los valores que son importantes”*(Luciano y Wilson, 2002, p. 75).

Propuestas terapéuticas

Desde principios de los años 80 se ha prestado cada vez más atención a la eficacia de los tratamientos cognitivo – conductuales para los distintos trastornos psicológicos (Caballo, 2007).

Caballo (2007) manifiesta que en el caso de los trastornos de ansiedad, existen estudios que han demostrado la eficacia de los nuevos tratamientos cognitivo conductuales, han realizado estudios comparativos con grupo control, estableciendo la diferencia entre la realización o no de

un tratamiento, el uso de placeos y la comparación con otras intervenciones terapéuticas alternativas, demostrando la efectividad de los programas cognitivo conductuales.

La mayoría de estos tratamientos incluyen intervenciones conductuales como la exposición, componentes de la terapia cognitiva como la reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y estrategias de afrontamiento o de solución de problemas, además de factores emergentes (Barlow y Lehman, 1996). Tradicionalmente en los programas de intervención cognitivo conductual se han utilizado las siguientes estrategias: técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y reestructuración cognitiva (Heimberg y Juster, 1995; Schneier, 1995).

Caballo (2000) en su artículo “*el tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI*”, expone varias revisiones sobre la eficacia de los procedimientos cognitivo conductuales para el tratamiento de la ansiedad social. Las revisiones de Heimberg y Juster (1995) y Mattick, Page y Lampe (1995) plantean que la técnica más utilizada era la exposición, seguida por el Entrenamiento en Habilidades Sociales y algún tipo de reestructuración cognitiva. Menos frecuentes son la desensibilización sistemática y la relajación.

Analizados en conjunto, la mayoría de estos procedimientos parecían producir buenos resultados. Sin embargo, varias revisiones y estudios recientes (Heimberg *et al.*, 1993; Marks, 1995; Turner *et al.*, 1995; Juster y Heimberg, 1995; Feske y Chambless, 1995; Van Dyck, 1996; Gould *et al.*, 1997a; Otto, 1999) citados por Caballo (2007) coinciden en que los procedimientos más eficaces, tanto a corto como a largo plazo, son la exposición a las situaciones sociales

temidas y la combinación de la exposición con la reestructuración cognitiva. No obstante, existen evidencias que contradicen estos hallazgos y que parecen indicar que la terapia cognitiva no añade eficacia a la exposición (Caballo, 2000).

Por otro lado, Ortega (2004) refiere: *“en la línea apuntada inicialmente ya por Butler (1985, 1989): la exposición es una condición necesaria, pero puede ser por sí sola insuficiente en el tratamiento de la ansiedad social.”*

Ortega (2004) en Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad social, manifiesta que en el nivel terapéutico, solo en la década de los noventa se empiezan a proponer intervenciones sistemáticas y estudios comparativos sobre la eficacia de las estrategias de tratamiento cognitivo conductual. Las terapias aplicadas habitualmente se agrupan en dos tipos: el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición sola o acompañada de técnicas cognitivas.

Los resultados obtenidos con estos enfoques son en general, moderados y menores que los conseguidos para otras fobias (Mersch, 1995).

Santa Cruz, Orgilés, Rosa, Sánchez, Méndez & Olivares (2002) tras realizar una revisión meta analítica sobre el predominio de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de ansiedad generalizada –TAG-, ansiedad por separación –TAS - y fobia escolar concluyen que el tratamiento de elección para el TAG, TAS y la fobia escolar, es la terapia cognitivo conductual, aplicada al 94% de los niños y adolescentes tratados en ensayos clínicos

controlados, y que su eficacia es alta tanto al terminar el tratamiento como en el seguimiento. Por otro lado, señalan que los ensayos del equipo de investigación de Barrett (1998) y Shortt *et al.*, (2001) sugieren que la intervención familiar potencia los efectos de la terapia cognitivo conductual. El programa “el gato que se arregla” de Kendall (1990), incluye en la primera fase de tratamiento el entrenamiento a padres en manejo adecuado de contingencias que favorezcan el tratamiento. Luego Barret (1995) citado por Santa Cruz (2002) plantea otro programa con el nombre “el koala que se las arregla”; al cual le agrega intervención familiar, dividiendo el tiempo de terapia entre los padres y el hijo; con los padres se llevan a cabo tres entrenamientos básicos: manejo de contingencias, afrontamiento de la ansiedad, comunicación y resolución de problemas.

Siguiendo con los tratamientos empleados para la ansiedad social, vale la pena considerar algunas apreciaciones que hace Caballo (2007) al respecto: El entrenamiento en habilidades sociales es un grupo de técnicas que intenta enseñar conductas interpersonales apropiadas con el fin de mejorar la competencia interpersonal de los individuos en clases específicas de situaciones sociales. Su aplicación al tratamiento de la ansiedad social se basa en la idea de que las personas con ansiedad social carecen de las habilidades adecuadas, tanto verbales como no verbales.

Se supone que las reacciones de ansiedad son secundarias a estos déficits y, por lo tanto, la mejora de las habilidades producirá una reducción de la ansiedad. La aplicación de las estrategias de relajación a la ansiedad social se basa en la noción de que estas técnicas proporcionarán al paciente medios para afrontar la ansiedad. La exposición a las situaciones temidas de la vida real se ha aceptado desde hace tiempo como un componente básico para la

reducción eficaz del miedo y su objetivo es extinguir la respuesta condicionada de temor (RC) ante los estímulos (o situaciones sociales) condicionados (EC) al exponer repetidamente a los sujetos a estas situaciones condicionadas sin que ocurra un estímulo aversivo incondicionado (EI) (Caballo, 2007).

Por último, se ha considerado que los factores cognitivos son más importantes en el desarrollo de la ansiedad social que en el caso de otros trastornos por ansiedad. El temor al escrutinio o a la evaluación negativa por parte de los demás, que es una característica básica de la ansiedad social, constituye un problema en la percepción de la conducta y los motivos de los demás. Por lo tanto, las intervenciones que aborden las percepciones y los pensamientos distorsionados pueden ser especialmente importantes para el tratamiento de la ansiedad social (Caballo, 2007).

Según reportan Olivares, Macia & Olivares (2012) la eficacia de los tratamientos de la Ansiedad Social ha sido revisada en distintas ocasiones en la última década, y citan al respecto a Barlow, Raffa y Cohen (2002); García-García, Rosa y Olivares-Olivares (2011); Jorstad-Stein y Heimberg (2009); Ponniah y Hollon (2008) o Salabarría y Echeburúa (2003), para señalar que gracias a ello, se ha podido concluir que “el estudio de este trastorno es una de las áreas en las que la psicología aplicada ha mostrado avances más significativos” (Olivares *et al.*, 2012).

Olivares, *et al.*, (2012) realizaron un estudio mediante el cual se logró validar y demostrar la efectividad del tratamiento denominado Terapia para la eficacia social en población española adulta; el cual consta de cuatro componentes interrelacionados:

psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición en vivo e imaginada y práctica programada (auto exposición); todos estos componentes son propios de la terapia conductual. Lo cual sigue demostrando la efectividad de esta terapia en cualquiera de las combinaciones que se puedan hacer para el tratamiento de la ansiedad social. “Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos en la traducción y adaptación de este programa para su aplicación en población adolescente de habla española, tanto a corto y mediano plazo (Olivares, García – López, Beidel y Turner, 1998; Olivares y García López, 2002) como a largo plazo (García López *et al.*, 2006), así como en la aplicación de la intervención en adultos jóvenes con ansiedad social (Olivares, *et al.*, 2009)” (Olivares, *et al.*, 2012).

Teniendo en cuenta que en población joven han sido pocos los estudios de tratamiento de la ansiedad social, resulta conveniente revisar la Adaptación transcultural de un tratamiento para la ansiedad social: un estudio piloto realizado por Antona Casas, Delgado Alvarez, García y Estrada (2012) en el cual adaptaron y aplicaron un tratamiento para ansiedad social originalmente diseñado en España a población Mexicana que mostro efectividad y mantenimiento de los resultados a los dos años que se realizó el seguimiento. El protocolo de tratamiento empleado fue la Intervención para Adolescentes con Fobia Social en su modalidad modificada para jóvenes adultos (IJAFS; García-López, Ruiz *et al.*, 2006). Este protocolo también está basado en técnicas cognitivo – conductuales como el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva y la exposición.

Ortega (2004), considera la ansiedad social como un trastorno difícil de tratar y resistente al tratamiento debido al aprendizaje de la evitación como forma de enfrentamiento, la baja

competencia social, la presencia de variables de personalidad (neuroticismo e introversión) o de un trastorno asociado de personalidad (por evitación). Otro factor es que las personas buscan tratamiento cuando ya la problemática se encuentra muy avanzada, encontrándose con mayor cronicidad.

Tal como retoman Masuda, Hill, Morgan y Cohen, (2012), en su revisión sobre los avances conceptuales y empíricos de los modelos de flexibilización cognitiva desde la Terapia de Aceptación y Compromiso –ACT-, este modelo terapéutico surge dentro de las denominadas terapias de tercera generación o la tercera ola de terapias de conducta; las cuales se diferencian de las otras dos generaciones de terapias en que según Hayes (1999) y Luciano (2004) citados por Mañas (2007) no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona, contrario a esto se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos.

Las personas desde la infancia a partir de su experiencia en su comunidad verbal, aprenden a categorizar, asociar y evaluar los fenómenos a través del lenguaje, dando lugar a la producción de pensamientos que pueden ser identificados por las personas como disfuncionales o molestos, como ocurre en la ansiedad social.

Desde la propuesta de ACT se expone que el ser humano al intentar controlar o eliminar los pensamientos, sentimientos, estados corporales o sensaciones cae en una trampa verbal;

puesto que, al no estar dispuesto a experimentar dichos eventos privados, inevitablemente está en relación con ellos; siendo esta experiencia totalmente contradictoria a su objetivo de eliminarlos o evitarlos; con lo que además puede generar comportamientos que lo alejan de lo que realmente quiere para su vida al imposibilitarlo en su actuar y diario vivir (Ferro, 2000).

En ocasiones los esfuerzos de la terapia cognitiva de eliminar o modificar estos pensamientos denominados como “inadecuados” o “indeseados” tiene el efecto inverso que es el incremento de la frecuencia e intensidad de los mismos (Wenzlaff y Wegner, 2000), además si no es considerada en el plan de tratamiento su función no permitirá una modificación de la conducta funcional y duradera en el tiempo (Masuda, *et al.*, 2012).

En términos de Hayes, McCurry, Afari y Wilson, (1995) y Kohlenberg, Hayes y Tsai, (1993), citados por Ferro, (2000), la propuesta de ACT es disminuir la evitación emocional y la falta de habilidad para hacer y tomar compromisos para cambiar la propia conducta.

El énfasis en la elección de conductas orientadas hacia los valores, así como el proceso de aceptación y defusión del pensamiento, comprendiendo el pensamiento como una conducta, un evento mental y no como una representación de “la realidad”, ha demostrado la efectividad de la propuesta de ACT (Masuda, *et al.*, 2012).

Específicamente para el desarrollo de este proyecto se considerarán elementos planteados por Masuda, *et al.*, (2012) para la modificación del “prejuicio social” y la “estigmatización” como la promoción de la flexibilidad psicológica, la toma de perspectiva orientando a la persona

a diferentes escenarios con otras lecturas de sí mismo y los otros, disminuyendo la postura del “prejuicio”, modificando el marco de oposición entre “nosotros” y “ellos”.

Rodríguez (2009) realiza una propuesta de ACT desde cuatro elementos: a) Disminuir la respuesta de evitación del cliente frente a sus propios eventos privados de carácter aversivo, lo cual implica modificar los contextos que facilitan la psicopatología como reglas verbales como “*hay que sentirse bien para vivir bien*”; b) Disminuir la noción de control sobre los eventos privados que implica todas las conductas orientadas a la supresión de los mismos como intentar eliminar el pensamiento, consumir sustancias, entre otros; c) Esclarecer los valores del cliente y las acciones que les permitirá acercarse al cumplimiento de los mismos, teóricamente se busca que los valores de vida conformen reglas que sean cumplidas, lo que le permitirá al cliente “seguir adelante”, a pesar de los contenidos de sus propios eventos verbales aversivos y d) Distanciarse del lenguaje, discriminando los eventos privados como experiencias, diferenciando los pensamientos como pensamientos y los recuerdos como recuerdos y no que se defina por lo que piensa (Wilson y Luciano, 2002). De este modo, Hayes *et al.* (1999); Wilson y Luciano (2002); Hayes y Stroschal (2004), la ACT plantea un giro radical en el foco de la terapia, ya que, por un lado, no se trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos molestos sino que se trata de alterar su función de modo que la reacción a estos eventos privados sea flexible y el comportamiento, en cambio, sea regulado por los valores personales y no por la literalidad del contenido de dichos eventos.

De acuerdo con Pérez-Álvarez (2008), las aportaciones fundamentales de ACT respecto a las terapias de primera y segunda generación son: que ofrece una dimensión funcional común

a diversos trastornos; el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE); promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento; tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.

Diferentes estudios demuestran la efectividad del uso de ACT en trastornos de ansiedad, aunque se consideran estos estudios con fallas a nivel epistemológico y metodológico, puesto que el planteamiento teórico de ansiedad en ACT no existe; ya que éste es uno de los diferentes trastornos definidos en ACT como Trastorno de Evitación Experiencial. Pese a estas dificultades, es importante recordar que, como clínicos nos interesa incrementar la calidad de vida de los pacientes, para lo cual debemos emplear la combinación de distintos procedimientos (Montero, Fernández & Rodríguez, 2012). Dando con esto, paso al uso combinado no solo de técnicas conductuales con técnicas cognitivas, sino también a la combinación de estas técnicas con las llamadas terapias de tercera generación.

Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez refieren que la ACT ha sido efectiva en numerosos estudios de caso. Reportan ensayos controlados en donde ACT ha sido comparada con tratamientos cognitivos validados, tratamientos habituales, condiciones placebo, o lista de espera, en los cuales ACT ha mostrado mejores resultados, especialmente en los casos crónicos; o

igualmente eficaz que los tratamientos cognitivos al finalizar los tratamientos. Pero los pacientes que han recibido protocolos de ACT mejoran sustancialmente en los periodos de seguimiento comparados con el resto.

Un ejemplo de ello es el estudio comparativo entre estrategias de aceptación y control cognitivo empleadas en el tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama, realizado por Páez, Luciano y Gutiérrez (2007), en el que no solo se evidenció la efectividad del uso combinado de estas estrategias, sino que los resultados observados en el seguimiento permitieron apoyar otros resultados de investigación que concluyen que las principales ventajas de ACT en comparación con otro tipo de intervenciones se verifican especialmente en los seguimientos. Esto añade valor a la intervención ya que uno de los criterios fundamentales en las evaluaciones empíricas de la eficacia y efectividad de los tratamientos es el mantenimiento de los logros conseguidos a largo plazo (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007). Así también lo demostraron Ossman, Willson, Storassli & McNeill (2006) en una investigación preliminar del uso de ACT en un tratamiento de grupo para fobia social, en el que la efectividad del tratamiento se vio reflejada en la disminución de los síntomas de ansiedad social, aunque este no era el objetivo directo del plan de intervención. Sin embargo, se logró determinar que la disminución de estos síntomas ocurrió al tiempo que se logró una mayor disposición a experimentar emociones aversivas.

Formulación del Caso

Para mantener la confidencialidad del proceso terapéutico y en esta medida la no identificación del consultante de acuerdo con el código deontológico y bioético que reglamenta el ejercicio de la psicología (ley 1096 de 2006) y la garantía de los derechos de la consultante acorde con el código de infancia y adolescencia (ley 1098 de 2006), se reservará el nombre de la consultante haciendo referencia a ella como XX; los demás datos sociodemográficos corresponden a la información real de la consultante.

Datos Sociodemográficos

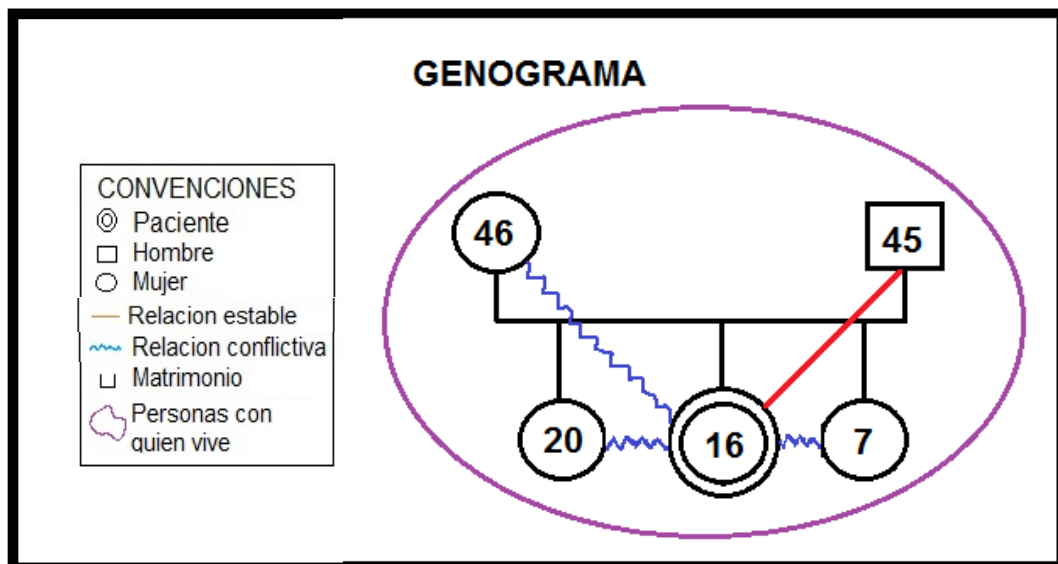
Nombre: XX

Edad: 16 años

Escolaridad: Estudiante secundaria

Nivel Socio – Económico: Clase Media.

Genograma



Motivo de Consulta

La consultante refiere *“Quiero superar mis miedos – a ir al colegio, a la muerte, a la oscuridad, a que la gente me haga algo malo, a que se burlen de mí, a los profesores..., a quedarme sola en la casa y a salir a cantar – porque cuando canto se me quita el miedo, pero cuando voy a empezar el miedo es horrible”*.

La paciente inicia su proceso de atención en psicología por remisión del pediatra sin explicitar el motivo de la remisión. El padre refiere: *“es que la niña tiene dificultades para relacionarse con las personas; incluidos los integrantes de la familia y compañeros de colegio”*. No establece contacto ocular, responde sí o no con movimientos de cabeza, o diciendo no sé. También se enoja con facilidad, ante una situación que le resulte incómoda se retira y se encierra en su habitación a llorar. Es despectiva en sus apreciaciones acerca de sus compañeros, manifestado que *“son unos buenos para nada” e “irresponsables”*. Siempre prefiere realizar sus tareas sola y cuando se le imponen trabajos en grupo, se preocupa pensando que los demás harán mal su parte, expresa que no colaboran lo suficiente y que solo se aprovechan de ella para que haga bien las cosas y así obtener una buena calificación; por lo tanto ella prefiere realizar el trabajo e incluir a sus compañeros. En algunas ocasiones, cuando los demás participan, ella acepta los aportes que hacen, trabaja en el grupo pero esta situación le genera según ella mucho malestar. Por otro lado, muestra agrado en la interacción con niños y niñas de menor edad a la suya.

En las sesiones de evaluación inicial no establece contacto ocular, mueve constantemente sus manos y piernas, frunce el ceño, se pasa una mano por la cara, y se hala el cabello; evade preguntas de aspectos personales manifestando no saber las respuestas o no saber explicar lo que desea responder. Cuando se realizan estas preguntas aumenta la velocidad de los movimientos descritos anteriormente.

Posterior a unos encuentros mejora el contacto ocular y logra mantener diálogo con la psicóloga a quien le refiere *“Quiero superar mis miedos – a ir al colegio, a la muerte, la oscuridad, a que la gente me haga algo malo, a que se burlen de mí, a los profesores... a quedarme sola en la casa y a salir a cantar – porque cuando canto se me quita el miedo, pero cuando voy a empezar el miedo es horrible”*.

La manifestación de estos miedos es descrita por la consultante de la siguiente manera: “me tiemblan las piernas, me falta la respiración, me pongo fría, siento un vacío en el estómago y a veces me ataca la risa o también me dan ganas de llorar”. Esto sucede cuando se encuentra en situaciones de exposición social, en las que puede ser evaluada por otros y/o cuando interactúa con gente que no conoce.

Los niveles de ansiedad referidos por la paciente, son descritos y calificados por ella como máximos en cualquier estilo de medición que se le plantee; siendo de mayor intensidad todas las situaciones relacionadas con evaluación en contexto escolar. De 1 a 10, el grado de ansiedad experimentado respecto a la evaluación académica y social dentro del contexto escolar es calificado con 10. Esta situación se presenta todos los días de la semana; siendo domingo y

lunes los días de mayor intensidad; el domingo como anticipación del inicio de las labores académicas y el lunes como inicio efectivo de las mismas. El resto de la semana refiere ansiedad en menor proporción (8 o 9); sin embargo se aumenta en algunas horas de clase como las de física, química y matemáticas; debido al alto grado de complejidad de las asignaturas, la precisión con que se deben resolver las evaluaciones, y la forma de ser de sus profesores; ella considera que son muy bravos y a veces no le prestan atención y no le resuelven sus inquietudes. “la profesora de química no me quiere, ella a veces yo le pregunto algo y no me pone cuidado”. Frecuentemente expresa verbalmente los pensamientos que aumentan y mantienen su problemática, ella misma refiere que a partir de éstos pensamientos su ansiedad se hace más incontrolable.

Las situaciones de exposición social en otros contextos como reuniones familiares, sesiones de trabajo social del colegio, interacción con personas que acaba de conocer, son calificadas con nivel de ansiedad entre 8 y 9. Presenta estado de ánimo variable, que podría ser característico de su etapa de adolescencia; a veces se ve retraída y triste, en ocasiones considera que es malgeniada pero también se reconoce a sí misma como divertida y hace comentarios cargados de humor – esta apreciación también la hace el padre -. La consultante reporta presencia de llanto casi a diario, pero el nivel de tristeza no tiene una medida específica, ni hay claridad sobre las situaciones asociadas a ésta. Sin embargo, reconoce que, tras los episodios de llanto logra conciliar el sueño y la consecuencia inmediata de esto es un “alivio”, es decir, luego de llorar, duerme y al despertar se siente mejor; es decir, disminuye su malestar.

Debido a la intensidad de sus respuestas emocionales; se define inicialmente la problemática de la consultante como un déficit en regulación emocional y habilidades sociales. La respuesta de ansiedad se presenta cuando se aproxima en tiempo y espacio a situaciones de exposición o evaluación social; el llanto, cuando el nivel de ansiedad se eleva al máximo y no logra controlar y/o cuando es evaluada negativamente; especialmente por parte de su madre.

Análisis sincrónico

XX es una joven suele vestirse con jeans sueltos, camisetas, sandalias planas o tenis, sin maquillaje ni accesorios, cabellera larga siempre recogida, refiere considerarse una niña, reporta que se niega a aceptar que es una joven y que prontamente se convertirá en una señorita y posteriormente en una mujer adulta. Refiere textualmente “*yo soy una niña*” – si se le menciona la edad y se le explica que es una adolescente, responde ofuscada “*no... yo soy una niña y quiero seguir siendo una niña; yo no quiero crecer*”.

Conductualmente se puede observar que su mirada es hacia abajo, tiene una postura hundida, si se sienta mueve constantemente sus manos y piernas, su tono de voz es bajo, frecuentemente vacila en las respuestas a preguntas sobre sí misma, sonrío cuando se le hacen preguntas sobre aspectos íntimos, o se le ponen de manifiesto - es decir, se describen - los comportamientos y/o pensamientos que ella ha tratado de no dar a conocer; y cuando se le pone en evidencia sus comportamientos y la función de los mismos.

Se enoja cuando se siente presionada a dar respuestas sobre algo que ha referido en varias ocasiones no saber, o cuando las cosas no le salen como ella desea o ha planeado. Esto ocurre especialmente en situaciones del contexto escolar, como realizar tareas, estudiar para presentar exámenes y la presentación de los mismos, coordinar y realizar trabajos en grupo, realizar exposiciones, entre otras. Ante esta situación, frunce el ceño, hace gestos de desagrado con su boca, se ve tensa en sus extremidades superiores, mueve aceleradamente manos y cuerpo, se hala el cabello, cambia de posición, y en última instancia llora en su puesto en el colegio y si está en casa se retira a su habitación a llorar.

En el Colegio y en su contexto familiar presenta una respuesta emocional desregulada y elevada ante las críticas que recibe por su comportamiento y ante la frustración. Responde con enojo y posteriormente se desencadena un estado de tristeza acompañado de llanto y periodos de sueño. Los profesores le permiten y a veces le facilitan que se retire de las situaciones que le resultan incómodas; que trabaje en sala de profesores por ejemplo o que realice sola, trabajos que son en grupo. En el contexto familiar la reacción por parte de sus padres y hermanas ante sus situaciones de conflicto emocional son críticas y burlas. Adicional a esto, el padre de la consultante reporta que su esposa tiene un comportamiento similar al de la niña, en cuanto a la irritabilidad, las preocupaciones excesivas y respuesta de llanto posterior a situaciones de conflicto. La madre de la usuaria valida esta información, argumentando que su llanto es el resultado de un sentimiento de culpa: “es que yo reconozco que he sido muy dura con mi muchachita, yo la descuidé mucho cuando estaba pequeña que se enfermó y uno no sabe, a lo mejor por eso ella es así”.

La consultante refiere no tener amigos, sin embargo se relaciona de forma cordial con algunos de sus compañeros de colegio y de la academia de música a la cual asiste.

Entre las verbalizaciones de XX se encuentran: *“la gente estresante aburre... yo soy estresante, por eso todo el mundo se aburre de mi”*... *“Nadie reconoce mis cualidades, me miran solo lo malo; nadie me quiere”*... *“Para mi mamá siempre he tenido la culpa de todo; así no la tenga, porque para ella todo lo que yo hago está mal”*.

Análisis diacrónico

La problemática de la paciente inicia hace aproximadamente nueve años, coincide con dos eventos perturbadores para ella; situación de enfermedad de la paciente y nacimiento de su hermana menor, lo cual trae consigo cambios significativos en el estilo de relación con su cuidadora principal – su madre -.

La enfermedad sufrida fue un dengue hemorrágico, que la mantuvo hospitalizada en otra ciudad, lejos de su madre, quien no la visitaba con frecuencia, debido a los cuidados que ella también debía tener consigo misma y su bebé recién nacida. Durante el tiempo de la hospitalización estuvo bajo el cuidado del padre.

La llegada de su hermana, no fue bien asimilada por XX; puesto que ella había sido hasta entonces la niña de la casa, a quien se dirigía toda la atención y manifestaciones de afecto por parte de sus padres y temía mucho que con la llegada de ella esto cambiara.

Al regresar a casa, luego de casi dos meses que estuvo hospitalizada en otra ciudad, requería de cuidados especiales en cuanto a la alimentación, el aseo, el contacto con otras personas, lo cual se cree pudo limitar el desarrollo de sus habilidades sociales. Aunque su familia atendió estos cuidados, la madre expresa haberla descuidado considerablemente tras la llegada de su hija menor.

Desde entonces la consultante empezó a negarse a ir a estudiar, a presentar problemas en su conducta alimentaria, perdió peso, manifestó verbalmente miedo a ir al colegio, a separarse de sus padres y empezó a generar apreciaciones negativas hacia sí misma y hacia los demás.

Ella expresa abiertamente “yo no era así de miedosa”. Explica que su “*problemática de ansiedad*” empezó aproximadamente cuando cursaba grado quinto de primaria y tenía alrededor de 9 o 10 años de edad, donde tenía una profesora que le generaba mucho miedo por su carácter fuerte y hostil, que “*era gritona y muy exigente*”. Sin embargo, no relata un suceso específico en donde la profesora le haya generado un conflicto emocional; solo relata que gritaba mucho en el salón a todos los niños y hacía sonar una regla en los pupitres cuando alguien se distraía.

Cuando inicio la secundaria, en un colegio diferente al de la primaria, fue objeto de burlas por parte de compañeros, debido a sus movimientos agitados y estrés generado durante la realización de actividades escolares; pero sus maestros le brindaban protección al respecto, permitiéndole alejarse de los compañeros, retirarse a sala de profesores o coordinación para realizar desde allí sus labores. Según refieren ellos y sus padres, el rendimiento académico siempre ha sido excelente.

Condiciones biológicas de la consultante

Existen enfermedades gastrointestinales, riñón ectópico (hallado hace aproximadamente cinco años – coincide con la fecha de aparición de la problemática) Según entrevista con la psiquiatra tratante de XX, esta condición biológica no precisa relación con la problemática de la paciente. Para su problemática emocional XX estuvo tomando Sertralina pero no hubo respuesta favorable a la misma y fue suspendida.

Contextos de funcionamiento

Familiar: El núcleo familiar de la paciente está conformado por papá de 45 años (técnico agropecuario), mamá de 47 años (hogar) y dos hermanas, una de 20 años (trabaja en ventas) y otra de 7 años (estudiante).

Las relaciones familiares en general son cordiales, aunque la paciente refiere mal trato verbal por parte de su madre y sus hermanas; especialmente por parte de la hermana mayor. Constantemente la madre realiza comparaciones de forma negativa entre la consultante y la hermana mayor, es cuestionada por todos los miembros de su familia respecto a su comportamiento de ansiedad y evitación social, quienes le exigen constantemente un comportamiento “*adaptativo – normal*”.

Refiere que le molesta mucho “tener que” hacer cosas que propician la satisfacción de su hermana menor, como por ejemplo, prestarle algún juguete, cambiarse de lugar en el comedor,

realizar una compra en la tienda o cambiar el canal de televisión; esto le genera sentimientos de envidia, incompreensión, frustración e insatisfacción, con respuestas verbales que afectan su autoconcepto: *“a mí no me quieren”*, *“siempre me regañan por culpa de ella”*, *“a nadie le importa como yo me siento”*, entre otras. Además de esto, llora, se encierra en su habitación, deja de tomar la alimentación que sigue después de ocurrida una situación de conflicto a nivel familiar.

Escolar: Estudia en una institución educativa del Distrito, está cursando su formación secundaria, en su salón hay aproximadamente 35 estudiantes entre hombres y mujeres con edades homogéneas y condiciones socio-culturales diversas. El comportamiento en general del grupo es *“malo”* según los profesores; es decir, hay alto nivel de indisciplina, el rendimiento académico está dentro del promedio; se destacan tres niñas, entre ellas, XX; razón por la cual, la consultante se siente permanentemente en competencia.

Se ha destacado por su buen rendimiento académico, goza del cariño de sus docentes, quienes han tenido con ella ciertas consideraciones ante la presentación de sus dificultades; permitiéndole escapar de situaciones de exposición o interacción social; llevándola a trabajar al lado de ellos (los profesores), permitiéndole incluso en algunas ocasiones, desarrollar tareas en la sala de profesores.

En este contexto la consultante se observa con un comportamiento un *“poco extraño”* para sus compañeros, mueve constantemente sus piernas y brazos, se pasa la mano por la cara frecuentemente, se hala el cabello, se le ve desesperada y a veces llora en su puesto. Cuando

tiene que trabajar en grupo, critica los aportes hechos por sus compañeros, piensa y les dice que no hacen bien las cosas. Expresa que a veces se siente utilizada por los demás para lograr buenas calificaciones. Este comportamiento es observado casi siempre, según reporta ella misma; aunque refiere que se agudiza el primer día de la semana y en las clases de mayor exigencia académica como son física y química.

Social: El grupo social de referencia de la consultante es el conformado por sus compañeros de estudio y compañeros de una Academia de música.

Las relaciones sociales con sus compañeros de colegio son realmente escasas y se establecen en función de cumplir con deberes académicos. Refiere haber compartido algún tipo de “amistad” con un par de compañeras; con ellas compartía en el descanso, hacía tareas y hablaban de aspectos académicos; pero según refiere la consultante, -estas chicas se cansaron de ella y ahora ya no son sus amigas-, porque además seguramente sólo compartían con ella por interés, ya que al hacer trabajos con ella, garantizaban buenas calificaciones. “se aburririeron de andar conmigo, yo creo porque yo les fastidio por mi forma de ser; igual a mí a veces la gente me busca solo para hacer trabajos, para asegurarse que les va bien porque yo siempre saco buenas notas”.

La Academia de Música es el lugar preferido por la consultante, ya que la música es su pasión. Allí, según reporta ella, interactúa de manera funcional con los demás asistentes; es decir, se siente bien en este lugar, habla con tranquilidad porque sabe que no se presentarán burlas, ya que la gente que va a este lugar va porque quiere estudiar y se concentra en eso. Sin

embargo refiere que allí tampoco establece contacto ocular con nadie y si hay gente nueva, se pone nerviosa, mueve las manos y las piernas, se siente desesperada y se hala el pelo.

Competencias

Afectivas emocionales: La paciente reconoce sus estados emocionales de forma adecuada; manifestando que prima la “*el miedo, la rabia, y la tristeza*”; siendo el miedo y la rabia más frecuentes en contexto escolar y social; mientras la tristeza se experimenta específicamente en el contexto escolar, donde el miedo y la rabia también tienen lugar, siendo ésta última de mayor frecuencia e intensidad que el miedo. La disminución de estas respuestas se produce mediante la evitación y la mayoría de veces se requiere del llanto para lograr estabilizarse emocionalmente. “... después lloro, me duermo y se me pasa”.

En cuanto a los estados emocionales de otros, tiende a interpretarlos de forma inadecuada, de forma que en la mayoría de casos los asume en contra suya. “*A mí nadie me quiere*”, “*a todos les responde bien y solo a mí me responde de malgenio*”; “*para mi mamá yo siempre soy la culpable*”.

Presenta alteraciones en regulación emocional, se le dificulta expresar sus sentimientos y emociones de forma adecuada, sus respuestas tienden a ser elevadas y se acompañan de agitación motora, palpitations excesivas, llanto y auto verbalizaciones negativas; pensamientos negativos acerca de si misma, los demás y la vida; a veces se auto agrede de forma física,

halándose el cabello. Refiere que de esta manera siente que disminuye un poco su ansiedad, y en el mejor de los casos logra estabilizarse luego de llorar y dormir un rato.

Académicas: Según refieren los padres, el rendimiento académico es excelente; aunque ella constantemente manifiesta no entender los temas y reporta temor excesivo a presentar exámenes, pero sobre todo a perderlos. Por lo tanto invierte grandes cantidades de tiempo haciendo tareas y estudiando para los exámenes, estudia hasta altas horas de la noche; cada día hace las tareas que le han asignado en ese día, así éstas sean para la próxima semana.

Sus niveles más elevados de ansiedad se presentan ante la sola idea de “tener que ir al colegio”, por lo tanto, refiere que los domingos y lunes en la mañana se presentan sus temores y síntomas de ansiedad más relevantes. De igual manera cuando debe presentar exámenes sus síntomas a nivel motor y fisiológico se agudizan antes y durante la presentación del examen; después de presentado se eleva la respuesta de ansiedad a nivel cognitivo; refiere pensamientos y verbalizaciones de los mismos, evaluando negativamente el desempeño presentado y anticipando resultados negativos.

Interacción social: Cuenta con un repertorio verbal que le permite interactuar con otras personas; sabe saludar, mantener una conversación, tiene un uso fluido y funcional del lenguaje expresivo, sabe manejar los tiempos de interlocución; sin embargo no hace uso de estas habilidades a menos que haya establecido una relación cercana con alguien; esto se ha podido observar en el proceso terapéutico, puesto que su expresión verbal ha mejorado considerablemente a medida que se fortalece la relación terapeuta – consultante.

Ella cuenta con habilidades suficientes para identificar los sentimientos y emociones de los otros; aunque se centra en los sentimientos y emociones negativas la mayoría de veces. Tiene dificultades para expresar sus propios sentimientos y emociones; incluso con sus familiares, evita constantemente que la vean llorando y es cuidadosa de mostrarse especialmente alegre cuando lo siente; siempre teme a la evaluación que se pueda hacer de sus manifestaciones y expresiones de afecto.

Recursos facilitadores del proceso terapéutico

Hay una gran disposición por parte de la consultante y su papá. Sin embargo, la madre genera un ambiente que no favorece el proceso; pues su estado de ánimo es irritable, no valora los aspectos positivos de la consultante, emite constantemente verbalizaciones negativas hacia XX y su proceso terapéutico. Con la señora solo se pudo establecer contacto vía telefónica al inicio, en fase de evaluación. En fase de tratamiento se intentaron realizar acercamientos para potencializar el proceso, pero no fue posible. Luego, por solicitud de la consultante y el padre se decidió no volver a intentar contactar a la mamá.

Unidad de análisis

Respuesta de ansiedad caracterizada por activación fisiológica, como tensión muscular, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria; conductas de agitación motora como moverse en el puesto donde está sentada, abrir y cerrar las piernas, agarrarse las manos, halarse el cabello, pasarse la mano por la cara y morder útiles escolares; verbalizaciones negativas hacia sí

misma como “soy una tonta”. “cómo es posible que no fuera capaz de controlarme”... y/o hacia los demás: “todos se burlaban de mí”, “es que como todos son unos fastidiosos” y sentimientos de tristeza, ira y miedo, los cuales se presentan cuando se enfrenta a una situación de evaluación o crítica social, así como el posible no cumplimiento de sus actividades según su parámetro de exigencia, ante lo cual escapa o se retira de la situación problemática.

Esta variable se midió en términos de la intensidad del malestar emocional y frecuencia de la conducta de evitación ante situaciones que implican evaluación social y/o del desempeño escolar que es en donde se presenta la problemática.

Hipótesis de predisposición

En la historia de la consultante se identifican antecedentes de Vulnerabilidad emocional, debido a su condición de enfermedad y hospitalización prolongada con ausencia de la madre por estar dedicada a los cuidados de la hija recién nacida; una historia de aprendizaje mediante el modelado de conductas de alteración motora, fisiológica y emocional por parte de la madre, quien presenta estas conductas en situaciones de estrés. De igual manera se considera como otro factor influyente, las críticas permanentes que realiza su madre acerca de las personas que no se desatan académicamente, además del alto nivel de exigencia al respecto por parte de sus padres y de profesora de grado quinto de primaria. Estos factores se plantean desde el modelo de Barlow como predisponentes en la problemática de ansiedad social.

Hipótesis de adquisición

De acuerdo con los reportes de XX y su familia, el análisis de información y la formulación del caso, se determina como evento desencadenante de la problemática la experiencia con su profesora de quinto grado de primaria, con quien se presentó una relación hostil con altos niveles de exigencia y anticipación de condiciones aversivas, dado el comportamiento de la profesora. Además la consultante lo manifestó abiertamente: “yo no era así”; “yo creo que es culpa de esa profesora, que era una bruja, gritona y regañona”.

Partiendo de este evento que se presentó en la infancia de XX, y teniendo en cuenta que desde el modelo conductual se define que la adquisición de la ansiedad y fobias situacionales ocurre a través del Condicionamiento Clásico se determina que la adquisición de su respuesta de ansiedad ante el contexto escolar y los procesos de evaluación social se adquirieron por condicionamiento clásico. Así:

- EI: Profesora de quinto de primaria de carácter hostil y muy exigente.
- RI: Respuesta de Ansiedad/Malestar emocional
- EC: Contexto escolar
- RC: Ansiedad social en contexto escolar.

Hipótesis de mantenimiento

Entre los procesos que han facilitado el mantenimiento de la problemática de la

consultante se consideran los siguientes:

- Respuesta de evitación mediante el aislamiento que han facilitado sus profesores frente a la ansiedad social del contexto (Ref -); permitiendo de esta manera que su malestar disminuya.

Hipótesis explicativa

La respuesta de ansiedad caracterizada por activación fisiológica, como tensión muscular, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria; conductas de agitación motora como moverse en el puesto donde está sentada, abrir y cerrar las piernas, agarrarse las manos, halarse el cabello, pasarse la mano por la cara y morder útiles escolares; verbalizaciones negativas hacia sí misma como “soy una tonta”. “cómo es posible que no fuera capaz de controlarme”... y/o hacia los demás: “todos se burlaban de mí”, “es que como todos son unos fastidiosos” y sentimientos de tristeza, ira y miedo, los cuales se presentan cuando se enfrenta a una situación de evaluación o crítica social, así como el posible no cumplimiento de sus actividades según su parámetro de exigencia, ante lo cual escapa o se retira de la situación problemática; que para efectos de este proyecto serán medidos bajo la categoría de malestar emocional; el cual ocasiona conductas de evitación ante situaciones que implican evaluación social y/o del desempeño escolar se presenta en la consultante debido a factores predisponentes como la Vulnerabilidad emocional, asociada a su condición de enfermedad y percepción de retirada del afecto por ausencia de la madre, coincidente también con la llegada de una nueva hermanita, para la misma época en que vivió una hospitalización prolongada (más de un mes); durante la cual no recibió los cuidados

esperados por parte de su madre, quien acababa de tener a su última hija. Posterior a ello, la madre proporcionó según ella misma, cuidados excesivos a XX generando un alto grado de dependencia hacia ella y limitando el desarrollo de sus habilidades sociales porque no se le permitía interactuar con otros niños; adicional a esto los padres de XX la exponen a un alto nivel de exigencia en cuanto a su desempeño escolar; por otro lado, en esa misma época tuvo una profesora que fue definida por XX como “muy exigente, gritona y regañona” la cual le generó a XX las primeras experiencias de ansiedad frente a situaciones escolares - académicas.

Se plantea que la problemática se adquiere mediante un condicionamiento clásico compuesto por los siguientes elementos:

- EI: Docente quinto de primaria de carácter hostil y muy exigente.
- RI: Respuesta de ansiedad/malestar emocional ante la evaluación de competencias en contexto escolar caracterizado por activación fisiológica, como tensión muscular, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria; conductas de agitación motora como moverse en el puesto donde está sentada, abrir y cerrar las piernas, agarrarse las manos, halarse el cabello, pasarse la mano por la cara y morder útiles escolares.
- EC: Figura de docente – contexto escolar
- RC: Ansiedad ante evaluación de competencias académicas y sociales en contexto escolar.

Por otro lado; se define que la problemática es mantenida a través del modelo de Condicionamiento Operante; es decir, por las consecuencias directas que ofrece el medio sobre

sus conductas, así:

- (Ref -): Respuesta de evitación mediante el aislamiento que han facilitado sus profesores frente a la ansiedad social del contexto; permitiendo de esta manera que su malestar disminuya.
- (Ref -): disminución de la activación fisiológica tras la compañía brindada por su madre en la realización de tareas.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el efecto de un protocolo de intervención conductual en la respuesta de ansiedad ante experiencias de tipo social en una adolescente?

Objetivos

Objetivo General

Determinar el efecto del protocolo de intervención conductual en la respuesta de ansiedad ante experiencias de tipo social en una adolescente

Objetivos Específicos

- Establecer el impacto del protocolo de intervención conductual en la respuesta emocional de la consultante en los tres componentes de medición del CMAS R: respuesta fisiológica, respuesta conductual expresiva y respuesta cognitiva/ subjetiva de la emoción.
- Determinar el efecto del protocolo de intervención conductual en la percepción de malestar de la consultante y la respuesta de evitación en contextos sociales.

Método

Diseño

Los diseños experimentales de caso único, como su mismo nombre lo indica, consisten en el estudio de un solo individuo realizando el registro de medidas repetidas de una o más variables dependientes y en la aplicación sistemática o retirada, según sea el caso, de la variable independiente o tratamiento (Fernández-Ballesteros 1994).

Para la presente investigación se utilizó un diseño experimental de caso único A-B con seguimiento, donde de acuerdo con Barlow y Hersen (1988), se tomaron medidas repetidas durante las fases de experimentación A y B. La fase A corresponde a la línea de base, la cual se estableció durante las cinco primeras sesiones mediante Auto registro diario, y la fase B corresponde al tratamiento; periodo en el cual se aplicó un protocolo de intervención conductual

que incluye técnicas de primera y tercera generación; esta fase tuvo una duración de dieciocho semanas. A los dos meses, después de terminado el tratamiento, se realizó un seguimiento que fue referenciado como fase S.

Participante

Mujer de 16 años, estudiante de formación secundaria de estrato socio económico medio.

Variables

Variable dependiente: Respuesta de ansiedad ante experiencias de tipo social de una adolescente.

En esta variable se tomaron dos medidas:

- Intensidad de la respuesta de malestar a través de autoregistros durante la fase de evaluación e intervención y a través de la Escala de Ansiedad Manifiesta CMAS R. que fue aplicada en las fases de evaluación, intervención y seguimiento.
- Frecuencia de la conducta de evitación a través de autoregistros.

Variable independiente: Protocolo de intervención conductual (Anexo E).

Instrumentos

Historia Clínica. El formato de Historia Clínica empleado fue construido a partir de la información que se requiere para realizar la formulación del caso. (Anexo A). Fue diligenciado tras las sesiones de evaluación con la información suministrada por el padre y la consultante en las entrevistas y la suministrada por la madre mediante llamadas telefónicas, además de las observaciones directas de la conducta de la consultante.

Auto Observación mediante Registro Diario. Para Labrador y Cruzado (2002), “la auto observación, como procedimiento en modificación de conducta, consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrar dicha emisión a través de un procedimiento previamente establecido”. La auto observación implica dos procesos separados: Primero, el individuo debe discriminar la presencia o ausencia de la conducta objetivo; respuesta que puede ser fisiológica, cognitiva, y/o motora. Segundo, la discriminación y observación de la conducta debe ir seguida del acto de registra dicha emisión. (Labrador y Cruzado, 2002, p. 136).

Por otro lado; Bornstein, Hamilton y Bornstein (1986) citados por Labrador y Cruzado (2002) refieren que la auto observación se ha convertido en un procedimiento muy utilizado debido diferentes razones como por ejemplo: es un procedimiento que enfatiza de manera implícita el control del individuo sobre su propia conducta; facilita que el paciente tenga un feedback continuo de los cambios de su conducta, incluso fuera del contexto terapéutico; es un procedimiento que el paciente puede llevar a todos los sitios y además tiene una buena relación costo – beneficio. Por lo anterior, se concluye que la Auto observación o Auto registro es una

técnica adecuada y confiable cuando no se puede disponer de observadores externos y/o en diferentes ambientes, cuando se trata de conductas no observables externamente como lo son los sentimientos, pensamientos y emociones. Además Avia (1986) citado por Labrador y Cruzado (2002) manifiesta este procedimiento puede llevarse a cabo tanto en las fases de evaluación como de tratamiento para el establecimiento de línea de base y para evidenciar los cambios que se van presentando tras la intervención; mientras sirve a su vez como factor motivacional para el cambio conductual.

En el presente estudio, se utilizó durante la fase de evaluación y tratamiento un formato de Auto registro que contiene: Situación, Emoción, Pensamiento, Conducta y Grado de malestar. Esta última corresponde al uso de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS). A través de este auto registro se pudieron identificar los factores asociados a la ocurrencia de la conducta problema, la frecuencia de emociones y pensamientos, las consecuencias ante la conducta problema y el grado de malestar percibido por la consultante medido en Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS); fue calificado en una escala de 0 a 10 siendo 0 el menor grado de malestar y 10 el máximo grado de malestar. Esta última columna permitió identificar cuantitativamente la disminución en la respuesta de malestar emocional; la columna conducta de manera cualitativa permitió observar la disminución de respuestas de evitación y la adquisición de un repertorio conductual adecuado a las situaciones que generaban la problemática (Anexo B)

Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS - R. Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD. (Anexo C) Esta escala también conocida como “Lo que pienso y siento” es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos, diseñada para valorar el nivel y

naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. Está diseñada para responder SI o NO a cada reactivo. La escala está compuesta por cuatro sub – escalas que son Ansiedad fisiológica, Inquietud / hipersensibilidad, Preocupaciones Sociales / Concentración y Mentira, además de permitir una valoración del nivel de Ansiedad Total. Las sub escalas de ansiedad total, ansiedad fisiológica, Inquietud / hipersensibilidad y Preocupaciones Sociales / Concentración permitieron medir la respuesta de malestar emocional. La sub escala de mentira se tiene en cuenta solo para efectos de confiabilidad de las respuestas dadas a la misma.

Esta escala ofrece una medida de puntuación T para la Escala de Ansiedad total, con una media de 50 y una desviación estándar de 10; siendo de importancia clínica cuando la puntuación $T > 60$. Para las sub escalas, se presentan puntuaciones escalares con una media de 10 y una desviación estándar de 3, por lo que son hallazgos de consideración cuando la puntuación escalar > 13 .

Debido a que es un instrumento no validado en población colombiana; para la calificación se tuvo en cuenta las tablas de calificación diseñadas para una muestra Uruguaya de Mujeres combinada, resultante de los estudios uruguayos de confiabilidad, validación y normativización de la escala CMAS – R los cuales concluyeron que “ esta versión en español de la CMAS – R presenta propiedades psicométricas comparables con las de la versión original, las que la hacen adecuada para medir la intensidad y naturaleza de la ansiedad rasgo en niños y adolescentes” (Reynolds, Cecil R. & Richmond, Bert O, 1997, p.61). De igual manera sugieren que “esta

prueba puede constituirse en un instrumento de utilidad en otros países de habla hispana”. (Reynolds, Cecil R. & Richmond, Bert O, 1997, p.61).

Esta escala fue aplicada durante la fase de evaluación, al finalizar el tratamiento y dos meses después de finalizado. Se usa como medida de contraste frente a los resultados del Auto registro, con el fin de darle validez al estudio; teniendo en cuenta que el auto registro es un instrumento de medidas subjetivas y esta escala de ansiedad permite realizar una comparación de las repuestas de la consultante con relación a un grupo social de referencia. Cabe aclarar que la escala se utiliza como una forma de medir el grado de malestar emocional.

Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló considerando los principios éticos y científicos fundamentales, con la premisa de garantizar el respeto por la dignidad y el bienestar de los sujetos que participan de ella.

También se tuvieron en cuenta las cinco reglas fundamentales para la investigación científica que definen Kerlinger y Lee (2002): no se deben realizar investigaciones que pongan en riesgo a las personas, quebrantar las normas del libre consentimiento informado, convertir los recursos públicos en ganancias privadas, realizar investigaciones que puedan dañar seriamente el ambiente o realizar investigaciones sesgadas, refiriéndose a actividades discriminativas por factores culturales y políticos.

Por otro lado, teniendo en cuenta las consideraciones éticas según lo dispuesto la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y Bioético y otras disposiciones y la ley 1098 por la cual se expide el código de la infancia y adolescencia, se elaboró documento de Consentimiento informado en el cual se consignaron todas y cada una de las condiciones de la participación en la presente investigación; señalando la garantía de derechos como la confidencialidad, el anonimato de su nombre, la autorización para la grabación audio visual de algunas de las sesiones y la autonomía tanto para aceptar su participación en la investigación, como para retirarse de la misma si lo deseara (Anexo D) Este documento fue firmado por la consultante y su representante legal – el padre – teniendo en cuenta que ella es menor de edad.

Procedimiento

La presente investigación, se llevó a cabo en tres fases. La fase A de evaluación y establecimiento de línea base; la fase B de aplicación de tratamiento mediante un protocolo de intervención conductual, y el Seguimiento realizado dos meses después de finalizada la intervención, en la que se realizó medición de la respuesta de Ansiedad mediante la escala CMAS – R.

Las sesiones tanto de evaluación como de tratamiento se llevaron a cabo con una frecuencia semanal y una duración de 80 minutos cada una.

Fase A de Evaluación o Línea de Base

La fase A de evaluación se llevó a cabo durante cinco semanas en las que se realizaron igualmente cinco sesiones en las que se realizó entrevista personal con la consultante y el padre, entrevista vía telefónica con la madre para la recolección de datos y elaboración de la Formulación de caso. Para ello se diligenció formato de Historia Clínica (Anexo A), se hizo firmar el Consentimiento informado, se aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS – R, se entrenó a la consultante en el diligenciamiento del Auto Registro y se inició el uso del mismo.

Fase B de Tratamiento

La fase B de tratamiento se llevó a cabo durante dieciocho semanas, en las que se realizaron trece sesiones de terapia, dentro de las cuales se desarrolló un protocolo de intervención conductual, para la ansiedad social, en el cual no se involucraron componentes terapéuticos cognitivos considerando que podían generar un costo importante para la consultante al enfocarse en el contenido de sus eventos privados (Ferro, 2000; Mañas, 2007), contrario a esto se involucraron unos ejercicios que promovían la flexibilidad psicológica y la toma de perspectiva desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para facilitar el cambio conductual.

Debe aclararse que el protocolo no se orientó desde ACT sino que se involucraron algunos elementos de la propuesta terapéutica para facilitar el proceso de exposición de la consultante.

Fase S de Seguimiento

La fase de seguimiento S, se realizó dos meses después de terminado el proceso de intervención o fase B de tratamiento, con la medición de la Respuesta de malestar emocional ante experiencias de tipo social mediante la Escala de Ansiedad CMAS – R. No se presentan aquí datos a partir del Auto registro; ya que no se coordinó con la consultante el diligenciamiento de éste, teniendo en cuenta que durante este tiempo también se podía perder la disposición con que se realiza el registro, dada la suspensión de encuentros con la terapeuta, además de las falencias en cuanto a validez de los datos arrojados con este instrumento.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos propuestos en la presente investigación.

Impacto del protocolo de intervención conductual en la respuesta emocional de la consultante:

Chóliz (2005) expone que se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang (1968). Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que, al igual que en el caso de la

ansiedad suele aparecer desincronía entre los tres sistemas de respuesta. De acuerdo con este planteamiento se considera la escala CMAS – R como instrumento de medición de estos tres canales de respuesta emocional en los que se observa el efecto del protocolo de intervención conductual propuesto en esta investigación.

A continuación se presenta la gráfica que ilustra los cambios en la respuesta emocional; considerando la sub escala de ansiedad fisiológica como la respuesta fisiológica/adaptativa, la sub escala de inquietud/hipersensibilidad como la respuesta conductual/expresiva y la sub escala de preocupaciones sociales como la respuesta cognitiva/subjetiva de la emoción.

En aras de garantizar la confiabilidad de las mediciones, se realizó medición de la variable dependiente en los tres momentos de la investigación con la Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS R. Las calificaciones obtenidas se presentan a continuación:

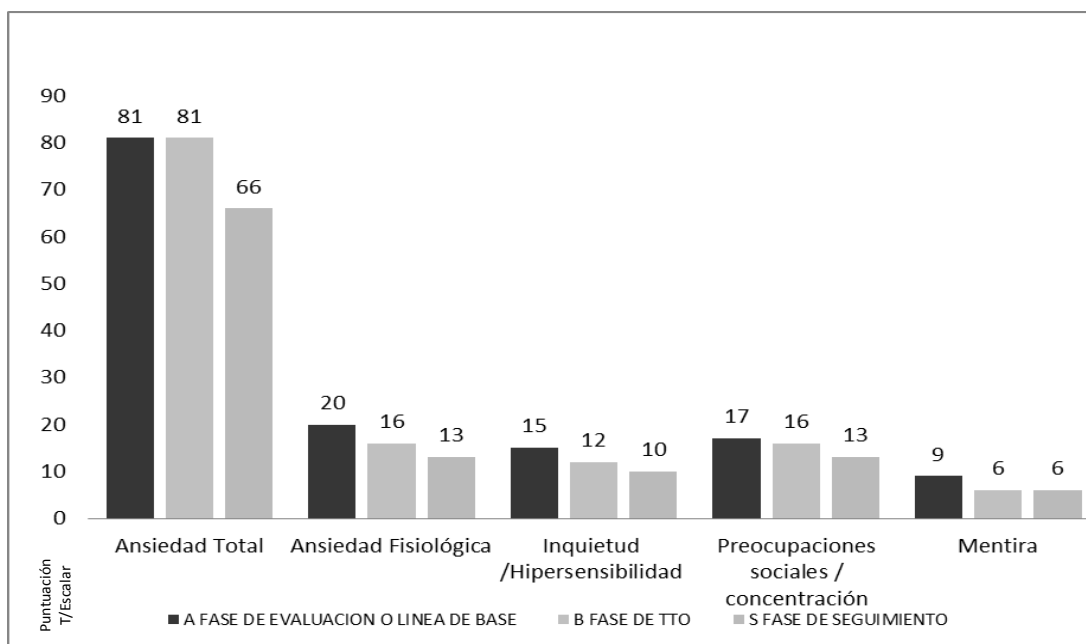


Figura 1. CMAS R: Respuesta de ansiedad en las tres fases de la investigación

La figura 1 permite evidenciar que la puntuación de ansiedad total de la consultante según el instrumento de medición, durante la fases A y B presentó puntuación de 81, la máxima dentro de la escala y en la fase de seguimiento la puntuación fue de 66. Teniendo en cuenta que la puntuación $T > 60$, indica relevancia clínica se puede evidenciar que aunque hubo disminución de 81 a 66, el nivel de ansiedad total percibido por la consultante sigue siendo clínicamente significativo.

La sub escala de Ansiedad Fisiológica es un índice de la respuesta emocional en su componente fisiológico. En la fase A muestra una puntuación de 20; es decir $T > 13$, lo cual es de gran relevancia clínica; en la fase B la puntuación fue de 16, sigue estando por encima de la media, siendo esta puntuación aun de relevancia clínica; pero en la fase S se pudo observar puntuación escalar = 13, lo cual evidencia que la respuesta emocional en este componente logró ubicarse dentro de un rango sin importancia clínica, y considerando las puntuaciones en las otras dos fases se puede deducir que esta respuesta presenta tendencia a la disminución progresiva.

La sub escala de Inquietud / Hipersensibilidad o componente conductual de la respuesta emocional disminuye hasta alcanzar la media en fase S. Teniendo en cuenta que esta escala sugiere una medida de la respuesta conductual de la emoción de las personas que son miedosas, nerviosas, o de alguna manera hipersensibles a las presiones ambientales, se puede observar que la puntuación obtenida en esta escala en la fase A es de 15, indica relevancia clínica por presentar puntuación escalar > 13 . En la fase B, la puntuación es de 12, es decir $T < 13$, lo cual indica que no es de relevancia clínica, evidenciándose así, disminución de la respuesta conductual de la emoción,. En la fase S la puntuación arrojada es de 10, corresponde a la media;

es decir, que dos meses después de finalizado el tratamiento, la consultante ha logrado afrontar las preocupaciones y las presiones del medio sin generar respuesta emocional de tipo conductual, lo que a su vez disminuye las conductas de evitación como por ejemplo sus movimientos de manos y piernas, morder los lapiceros, pasarse la mano por la cara, entre otras. Al igual que la escala de ansiedad fisiológica, estos datos muestran tendencia a la disminución del malestar en forma progresiva.

La sub escala de preocupaciones sociales/concentración o respuesta cognitiva de la emoción, indica preocupación por las comparaciones con otras personas y dificultades de concentración. En la fase A la puntuación de 17 y en la fase B de 16 es considerada de importancia clínica por cumplir el criterio $T > 13$, al indicar un nivel alto de ansiedad por no ser capaz de vivir de acuerdo a las expectativas de otras personas significativas en su vida. La principal preocupación aquí manifestada es no ser tan buena, efectiva o capaz como otras personas. Sin embargo en la fase S se observa puntuación $T = 13$, alcanzando una puntuación cercana a la media, reduciéndose así la relevancia clínica. De igual manera, como las sub escalas antes mencionadas, se puede deducir que en esta también existe tendencia a la disminución progresiva.

La escala de mentira fue diseñada para darle confiabilidad a la escala en cuanto a la precisión y sinceridad en las respuestas, a menor puntuación en esta escala, mayor confiabilidad en la sinceridad de las respuestas. La puntuación obtenida en fase A de 9 y en fase B y S de 6 permite establecer responsabilidad y sinceridad en las respuestas en las tres fases en que fue aplicada; dándole con esto mayor confiabilidad a los datos de aquí tomados.

En conclusión, el protocolo de tratamiento tuvo un efecto de disminución de la respuesta emocional de ansiedad, con tendencia a la disminución progresiva en el tiempo.

De igual manera, los auto registros permiten evidenciar una disminución en el grado de malestar percibido por la consultante. Dicho malestar corresponde a la experimentación de la respuesta emocional en sus distintos componentes, calificada en Unidades Subjetivas de Ansiedad durante las fases A y B.

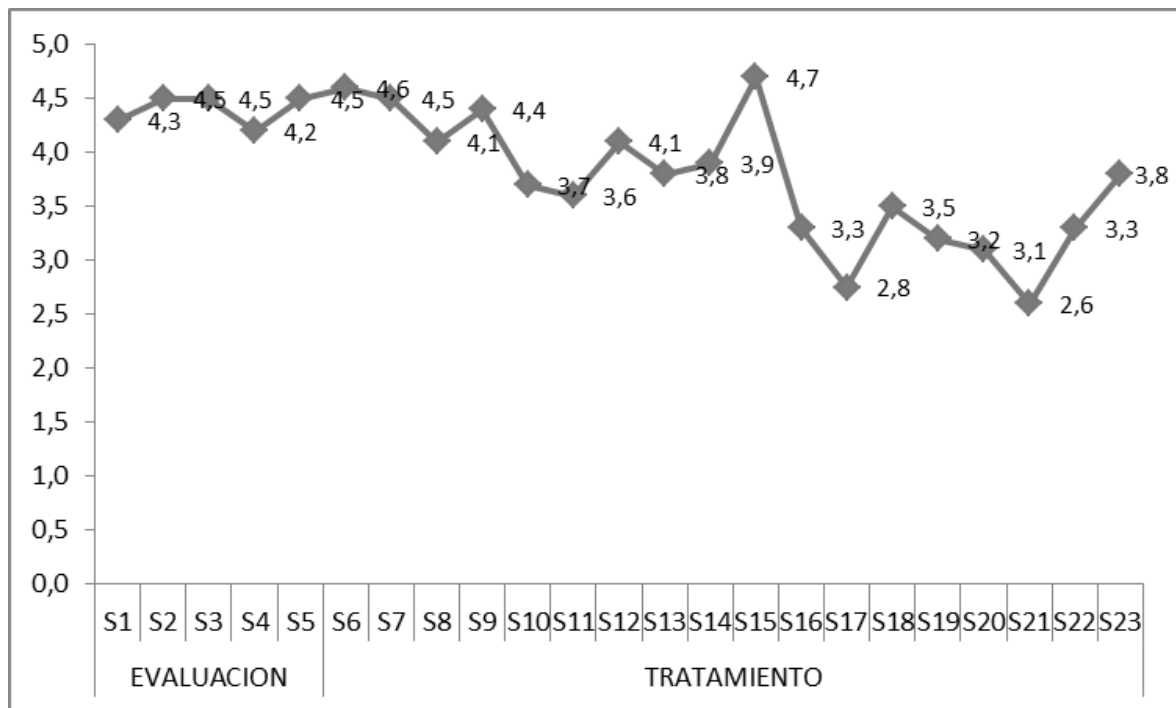


Figura 2. Grado de Malestar en USAS durante las fases A y B.

El Auto registro diario, como primer instrumento empleado, fue con el cual se definió la línea de base que dio punto de partida a la fase B de tratamiento. En ambas fases la medida se tomó sumando el grado de malestar de cada situación registrada y dividiéndolo por el número de

situaciones, lo cual da como resultado un promedio diario y semanal del grado de malestar; aquí se tuvo en cuenta el promedio semanal.

Esta medida no fue posible tomarla en la fase S, debido a que no se coordinó con la consultante seguir llevando el formato de Auto registro diario. Sin embargo aquí se muestran los resultados del grado de malestar percibido por la consultante durante las 23 semanas que duró la realización del presente estudio.

Aquí se puede evidenciar, que la línea de base se define en un promedio de 4,5 USAS en una escala de 1,0 a 5,0 siendo 5,0 la puntuación máxima. Aunque después de iniciado el tratamiento no se evidencia una disminución significativa ni estable, lo que se percibe es mayor variabilidad, logrando identificarse puntuaciones entre 2,8 y 2,6, ante lo cual se estima que la consultante logró tener experiencias en las cuales percibió un nivel de malestar inferior al percibido regularmente antes de realizarse la intervención. Es de resaltar que si hubo disminución en la respuesta emocional medida con la escala CMAS R en cada una de las sub escalas: respuesta fisiológica, respuesta conductual expresiva y respuesta cognitiva/ subjetiva de la emoción; como también hubo disminución del malestar emocional, según reportes de Autorregistro diario.

Efecto del protocolo de intervención en la respuesta de evitación en contextos sociales

Considerando el planteamiento de Zubeidath (2005): “a mayor evitación de las situaciones sociales mayor ansiedad o miedo presentarían los individuos con fobia social ante las mismas”

es posible considerar que a menor evitación de las situaciones sociales, menor ansiedad o miedo presentarían las personas con fobia social ante las mismas; puesto que ésta – la evitación – ocurre precisamente como reacción al malestar que experimenta la persona que padece de ansiedad social. En el caso del presente estudio, esta disminución se evidenció en comportamientos dentro de la terapia; al afrontar las situaciones de malestar sin abandonar el consultorio, teniendo toda la posibilidad de hacerlo. De igual manera, en los autoregistros se encontró en repetidas ocasiones durante la fase B de tratamiento en la columna de conducta “*aguantar*”, “*nada, me quede ahí*”, entre otros. Esta información también fue confirmada por el padre, quien reportó que la consultante estaba participando más en actividades de tipo social que antes le resultaban muy incómodas y evitaba, como por ejemplo salidas a otros pueblos con el grupo de música de la academia, dormir fuera de la casa y reuniones sociales.

No se logró una sistematización de esta respuesta debido a que la consultante no llevó el registro de manera rigurosa, por tanto la percepción de cambio se presenta de manera cualitativa, lo cual limitó el cumplimiento de este objetivo en el presente estudio.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar el efecto de un protocolo de intervención conductual en la respuesta emocional de ansiedad y conducta de evitación ante experiencias de tipo social en una adolescente.

Se realiza con un diseño de investigación de caso único A – B con seguimiento, el cual se denominó fase S, dos meses después de haber finalizado el tratamiento.

Entre los factores que se consideran pudieron predisponer la adquisición de la problemática de la consultante, se encuentra su condición de enfermedad y hospitalización prolongada cuando se encontraba pequeña, periodo en el cual se presentó ausencia de la madre por estar dedicada a los cuidados de la hija recién nacida y a su vez una relación difícil dado el estrés generado por esta situación, ante el cual se presentó una ambigüedad entre el distanciamiento y la sobre protección.

Estos elementos en la historia de la consultante, permiten evidenciar el planteamiento realizado por Barlow (2002) según el cual conductas de alteración motora, fisiológica y emocional en la madre, referidas como respuestas ante situaciones de estrés se constituyen como un factor de predisposición para el desarrollo de la problemática de ansiedad, considerando el proceso de aprendizaje dado en esta relación y a su vez la posible hipótesis de una vulnerabilidad biológica a la ansiedad por línea materna.

Es importante resaltar que las primeras experiencias de aprendizaje son cruciales para favorecer y reforzar la predisposición biológica o bien para reducir o desalentar la misma (Caballo, Verania y Bass, 2007); en este caso se evidencia reforzamiento a la predisposición a través de estas experiencias vividas a temprana edad.

La adquisición de dicha problemática se le atribuye a un proceso de aprendizaje por Condicionamiento Clásico tras haber vivido diferentes experiencias traumáticas (Barlow, 1988; Öst y Hugdahl, 1981) como lo fue la experiencia con su profesora de quinto grado de primaria, con quien se presentó una relación hostil con altos niveles de exigencia y anticipación de condiciones aversivas, que da lugar a una respuesta de ansiedad ante el contexto escolar y los procesos de evaluación social.

Las experiencias de la consultante identificadas como factores de predisposición y adquisición de su problemática validan los hallazgos del estudio realizado por Bandelow, Charimo, Wedekind, Broocks, Hajak y Rütther (2004) el cual enfatiza en que los eventos traumáticos tempranos de la vida, los estilos de crianza entre otros, son factores que intervienen en el proceso de ansiedad social.

En cuanto al mantenimiento de la problemática se tiene que en el contexto escolar sus docentes han facilitado la realización de tareas y actividades fuera de su grupo cuando presenta la alteración emocional, facilitando la conducta de evitación, estableciéndose una contingencia de refuerzo negativo, aplicándose aquí el planteamiento de Zubeidath, 2005: “A mayor evitación de las situaciones sociales mayor ansiedad o miedo...” (Zubeidath, 2005). En casa, sus padres y hermanas realizan constantes críticas frente a su comportamiento proporcionando de esta manera un alto nivel de atención frente a sus dificultades a través del conflicto, en el cual a su vez se presenta colaboración y apoyo posterior a “estados de crisis”, generándose una relación de refuerzo positivo a partir de la atención, el apoyo y expresión de disposición y preocupación frente a la conducta problemática.

Teniendo en cuenta que la mayoría de tratamientos para la problemática de ansiedad social incluyen intervenciones conductuales como la exposición (Barlow y Lehman, 1996), y tradicionalmente en los programas de intervención cognitivo – conductual se han utilizado estrategias como las técnicas de relajación, el entrenamiento en habilidades sociales, la exposición y reestructuración cognitiva (Heimberg y Juster, 1995; Schneider, 1995) el tratamiento del presente estudio incluyó técnicas para el control de la activación fisiológica como el entrenamiento en ejercicios de respiración y relajación muscular, técnicas de exposición y entrenamiento en habilidades sociales. Por otro lado, se incluye un componente de flexibilidad psicológica desde la Terapia de Aceptación y Compromiso – ACT, mediante el cual no se pretende eliminar, cambiar o alterar los eventos privados con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona, sino que se centra en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos. Aunque desde el punto de vista metodológico y epistemológico esta combinación parece contradictoria, vale la pena resaltar dos aspectos, uno señalado por Fernández, Fernández & Rodríguez (2012) referente al interés que como clínicos debemos tener por incrementar la calidad de vida de los pacientes, para cual se debe emplear la combinación de distintos procedimientos y otro señalado en diferentes estudios anteriormente relacionado con la efectividad de las estrategias de ACT en la disminución de la problemática a largo plazo o en las fases de seguimiento (Fernández, Fernández y Rodríguez 2012; Páez, Luciano y Gutiérrez 2007; Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez, 2006)

Se trabaja desde este enfoque y no desde la terapia cognitiva teniendo en cuenta que en ocasiones los esfuerzos de la terapia cognitiva por eliminar o modificar estos pensamientos

denominados como “inadecuados” o “indeseados” tiene el efecto inverso que es el incremento de la frecuencia e intensidad de los mismos (Wenzlaff y Wegner, 2000); en este sentido, la ACT, de acuerdo con Pérez Álvarez (2008) se dirige hacia la aceptación de los síntomas y a la actuación en dirección de los valores del paciente. Ahora bien; si no es considerada en el plan de tratamiento la función de estos pensamientos, éste no permitirá una modificación de la conducta funcional y duradera en el tiempo (Masuda, Hill, Morgan y Cohen, 2012). Se prefiere ACT ya que desde allí se promueve el análisis funcional de los comportamientos basados en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento (Pérez Alvarez, 2008). Esta preferencia, también teniendo en cuenta que no fue posible la inclusión de la familia para el manejo de contingencias que favorecieran el cambio conductual; solo se disponía de la consultante y su experiencia de malestar y evitación; de ahí la necesidad de enfocar la intervención en ella y en su propia experiencia.

En esta perspectiva, se retomó la flexibilidad psicológica y la toma de perspectiva para favorecer diferentes escenarios con lecturas de sí mismo y los otros (Masuda, Hill, Morgan y Cohen, 2012). Este componente del protocolo de intervención se desarrolló a través de metáforas y ejercicios experienciales propios de los protocolos de ACT.

Los resultados de la presente investigación muestran que el efecto del protocolo de intervención conductual tuvo un efecto de disminución progresiva en la respuesta de malestar emocional y conducta de evitación ante experiencias de tipo social en la consultante teniendo en cuenta que hubo disminución progresiva en cada una de las fases de la investigación en las respuestas de ansiedad fisiológica e inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales,

alcanzando en fase de seguimiento niveles sin relevancia clínica; es decir, dentro de la media para el caso de inquietud/hipersensibilidad y con una desviación estándar para ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales.

En la respuesta de ansiedad total, aunque no hubo disminución en la fase B, si la hubo en la fase S, aunque el nivel de ansiedad total percibido sigue siendo con puntuación superior a la media, encontrándose en un rango de relevancia clínica. Este hallazgo permite estimar que en la medida en que la consultante continúe aplicando las estrategias proporcionadas y a su vez incremente el nivel de exposición social, posiblemente sus indicadores disminuirán hasta un nivel apropiado para tener un adecuado desempeño y funcionamiento. Esto es posible afirmarlo, teniendo en cuenta que existen diferentes estudios que han demostrado que el uso de estrategias terapéuticas de ACT logran una disminución progresiva de la problemática después de implementado el tratamiento, es decir, en las fases de seguimiento (Páez, Luciano & Gutiérrez 2007; Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Paéz, 2006)

Con relación a la medición realizada a través de los autoregistros se percibe que en la fase de evaluación y primer periodo del tratamiento su respuesta emocional de malestar (USAs) era constante y percibida en un rango de “alta ansiedad”, encontrándose en un rango de 4,5 en una escala de 1,0 a 5,0 siendo 5,0 el punto máximo, sin embargo posterior a la sesión 9 aproximadamente, se percibe mayor variabilidad en sus respuestas, la consultante llegó a reportar USASs entre 2,8 y 2,6. Tal como se expuso en los resultados, pese a que no se encuentra una disminución significativa y estable en las USAs, la variabilidad puede representar que la consultante logró tener experiencias en las cuales percibió un nivel de malestar inferior al

percibido regularmente antes de realizarse la intervención y que tal como se enunció anteriormente es posible que en la medida en que la consultante continúe con su proceso en su cotidianidad decremente su respuesta de malestar y flexibilice la valoración que realiza frente a estas experiencias.

Este último componente es muy significativo, ya que durante el proceso se encontraron dificultades importantes para que la consultante se expusiera a situaciones sociales, pero además a que tuviera una valoración diferente frente a las mismas y su desempeño en estas, al principio refería todas las situaciones como “terribles”, “imposibles”, “lo peor”, “mucho ansiedad”, “mucho malestar”, “me quiero morir” lo cual evidenciaba una valoración altamente negativa de las situaciones y a su vez una rigidez en la valoración que hace de las situaciones. Esta situación generó inquietud en la investigación frente a la validez del autoregistro como instrumento de medición, pero fue un aporte muy importante frente al acercamiento a la experiencia de la consultante durante su proceso terapéutico.

Estas situaciones evidencian la importancia de incorporar diferentes tipos de medida e instrumentos para realizar la evaluación y seguimiento del proceso clínico, permitiendo acercarse a valoraciones subjetivas pero otras que aporten la situación de la persona con relación a su grupo social de referencia.

Ahora bien; si retomamos el planteamiento de la unidad de análisis: Respuesta de malestar emocional y conducta de evitación caracterizada por elevación en la activación fisiológica, conducta motora como agitación de extremidades, llanto y estimulación sensorial

(halarse el pelo), verbalizaciones descalificativas hacia sí misma y otros, y sentimientos de tristeza, ira y miedo, los cuales se presentan cuando se enfrenta a una situación de evaluación o crítica social, así como el posible no cumplimiento de sus actividades según su parámetro de exigencia, ante lo cual escapa o se retira de la situación problemática; se puede evidenciar que el protocolo de intervención conductual logró disminuir tanto la respuesta emocional como la respuesta de evitación en contextos sociales; puesto que los resultados de acuerdo a la Escala de ansiedad CMAS – R reflejan disminución en la activación fisiológica a través de la sub escala ansiedad fisiológica que pasó de una puntuación escalar de 20 a 13; en la conducta motora a través de la sub escala inquietud/hipersensibilidad, que disminuyó de 15 a 10, y en las verbalizaciones descalificativas hacia sí misma, a través de la sub escala preocupaciones sociales, que bajó de 17 a 13. De acuerdo con estos resultados y retomando la regla *“a mayor evitación de las situaciones sociales mayor ansiedad o miedo presentarían los individuos con fobia social ante las mismas”* (Zubeidath, 2005) se puede reafirmar que al disminuir la respuesta de ansiedad paralelamente disminuye la respuesta de evitación; ya que ambas son directamente proporcionales.

Considerando que la relación terapéutica es un espacio de exposición social en que se observó de forma directa la problemática de la consultante y tras el proceso se evidenció disminución de sus conductas problemáticas, se puede determinar un efecto favorable de ésta en el cambio conductual de la consultante. Lamentablemente estos cambios no se midieron cuantitativamente, se sugiere para un estudio próximo diligenciar un registro conductas clínicamente relevantes para evaluar el impacto de éstas tras la intervención.

Retomando la revisión meta analítica sobre el predominio de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad (Santa Cruz, 2002) donde se concluye que además de ser la terapia cognitivo conductual el tratamiento que ha demostrado mayor efectividad; también se ha podido observar que la intervención familiar potencia los efectos de la terapia (Barrett, 1998; Shortt *et al.*, 2001) en la medida en que se realiza con los padres una serie de entrenamientos en manejo de contingencias que favorezcan el tratamiento (Kendall, 1990), en afrontamiento de ansiedad, comunicación y solución de problemas (Barret, 1995). Por lo anterior se sugiere en futuras investigaciones incluir en el tratamiento un componente de intervención familiar; ya que se puede determinar este un factor determinante en el manejo de las problemáticas de ansiedad social; más aún cuando allí se han determinado factores de predisposición, adquisición y mantenimiento de la problemática; y para el presente estudio se considera su punto más débil; debido a que no se pudo vincular a la madre al proceso y por lo tanto, tampoco se pudieron generar cambios en las contingencias que estaban manteniendo la problemática en el contexto familiar; sin embargo, el padre reporta cambios satisfactorios en cuanto a que observa en la consultante que ha ganado independencia, socializa con otros chicos y chicas de su edad con gustos afines por la música.

Igualmente, en caso de replicarse esta experiencia investigativa es imprescindible incorporar otras estrategias de medición para los cambios en las conductas de evitación y en la modificación de reglas verbales, así como los elementos de la relación terapéutica que favorecen el cambio conductual, que permitan proporcionar otros elementos para el proceso clínico e investigativo.

Otra proyección valiosa de este estudio puede ser la medición sistemática de las conductas a partir de la incorporación de los elementos del protocolo de intervención, permitiendo establecer una comparación entre las diferentes estrategias, con el fin de determinar si hay componentes que facilitan más el cambio conductual o si el orden en el cual son estos presentados es un factor importante para el proceso terapéutico. De igual manera resultaría valioso realizar seguimientos prolongados a los resultados alcanzados, puesto que se ha podido evidenciar mejores efectos del uso de estrategias de ACT en las fases de seguimiento; con ello se podría dar mayor soporte empírico a la inclusión de estas estrategias terapéuticas en los llamados trastornos de ansiedad; definidos en ACT bajo la categoría funcional de evitación experiencial.

Referencias Bibliográficas

- Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing European Neuropsychopharmacology. Vol. 16; p. 101-10.
- Antona Casas, C.J., Delgado Alvarez, M., García López L.J., Estrada Aranda, B. Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 12, núm. 1, 2012, pp. 35-48. Universidad de Almería.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (cuarta edición-texto revisado) (*DSM-IV-TR*). Washington, DC: APA.
- Bandelow, B., Charimo, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. & Rüther, E. (2004). *Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 397–405.
- Barlow, D., & Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único: Estrategias para el estudio del cambio conductual. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Barlow, D. y Chorpita, B. (1998) The Development of Anxiety: The role of control in the Aerly Environment. *Psychological Bulletin*, 124: 1 3.
- Barlow, D. (2000). Unraveling the Mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Journal of American Psychologist*. 55: 11.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders*. 2a. Edición. Nueva York: Guilford.
- Battaglia M, Ogliari A. (2005). Anxiety and panic: from human studies to animal research and back. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Vol. 29. p. 169-179.

- Becerra, A., Madalena, C. & Estanislau, C. (2007). *Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y mal adaptaciones*. Rev. Latinoamericana de Psicología, vol.39, no.1, p.75-81.
- Bobes, J., Bascarán, M., Bousoño, M., García, P., & Saiz, P. (2003). *Trastorno de ansiedad social: actualización clínica y terapéutica*. Rev. Salud global, vol. 6. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.
- Caballo, Vicente E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Editorial Siglo XXI.
- Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD. (1997). Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS - R. Editorial Manual Moderno.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). Diseños experimentales de caso único. Evaluación conductual hoy (pp. 314 - 315). Madrid: Pirámide S.A.
- Fernández, Fernández & Rodríguez (2012). Terapia cognitivo – conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo – compulsivo.
- Ferro, G. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. Psicothema. Vol. 12, N° 3, pp 445 – 450.
- García, H. (2006). La terapia de aceptación y Compromiso como desarrollo de la terapia cognitivo – conductual. Centro de Psicología Clínica. Madrid. EduPsykhé. Vol. 5, No. 2, pp 287-304
- Gross C, Hen R. (2005). The development origins of anxiety. Nature Reviews Neuroscience. Vol. 5. p. 545-552.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008) Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
- Hales, R., Yudofsky, S. (2006). Fundamentos de Psiquiatría Clínica. España: MASSON.

- Hayes, Barnes–Holmes & Roche. (2001). Bases de la Teoría de los Marcos Relacionales. Apuntes para un Seminario.
- Kerlinger, F. Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. Mc Graw Hill. México.
- Labrador, F., Cruzado, J., Muñoz, M. (2002). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Ediciones Pirámide
- Last, G., Hersen, E. Kasdin, H. Orvasschel S. Perrin. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry* 48: 928-934.
- López-Ibor J., Valdés, M., (2004). DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editores. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson.
- Luciano, Valdivia, Gutiérrez & Páez (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso. *Revista de psicología y psicopedagogía Edupsyké*. Vol. 5, Núm. 2, pp. 173 – 201.
- Luengo, B. (2002). Vencer la ansiedad una guía práctica para pacientes y terapeutas. Editorial Paidós Ibérica.
- Mañas, I. (2007) Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. Universidad de Almería. *Gaceta de psicología*, Nº 40, p-p 26-34.
- Marrs J. (2006). Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 10(3): 319-22.
- Masuda, A., Hill, M., Morgan, J., Cohen, L. “Una intervención basada en la flexibilidad psicológica para modular el impacto del estigma y el prejuicio: revisión descriptiva de la evidencia empírica. Georgia State University. USA. Cangas y Navarro (Eds) (2012). I Congreso Nacional de sensibilización al estigma social en salud mental. Libro de Actas. Universidad de Almería.
- McIntosh A., Cohen A., Turnbull N., Esmonde L., Dennis P., Eatock J. (2004) *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*.

Sheffield: University of Shefeld/London. National Collaborating Centre for Primary Care; pg.14.

Novoa, M., Guzmán, D. (2008) Aplicación Clínica de Modelos Terapéuticos No Mediacionales en un Caso de Trastorno Mixto del Afecto. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Olivares – Olivares, P., Macia, D., y Olivares, J. (2012). Terapia para la eficacia social y tratamiento de adultos – jóvenes españoles con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica* 2012, Volumen 30, N° 3, pp. 57 – 67.

Olivares, R., Caballo, García, R., López-G. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Revista Psicología Conductual* Volumen 11 N° 3, pp 405 – 427.

Olivares, R., Rosa A., Olivares, O. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Pshychology*. Volumen 6 N° 003.

Ortega F., José Antonio, Climent M., (2004). Intervención Cognitivo Conductual en un caso de Fobia social. *Revista Clínica y Salud* Vol. 15 N° 2, pp 177 – 214. Páez, Luciano & Gutiérrez (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Un estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología* Vol. 4, Núm. 1, pp 75 – 95.

Posada Villa, JA., Buitrago Bonilla J.P., Medina Barreto, Y., y Rodriguez Ospina M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad, según el estudio nacional de salud mental – Colombia. NOVA Publicación científica ISSN: 1794 – 2470 Volumen 4, Número 6, Junio – Diciembre de 2006.

Rodríguez, J., Caballo, V., López, L., Alcázar, A., & Gollonet, C. (2003) *una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. Psicología Conductual, Vol. 11, N° 3, 2003, pp. 405-427*

- Rodríguez, M., Rodríguez F. (2009). Efectos de la aplicación de aceptación y compromiso sobre la conducta de evitación experiencial en competencia en jóvenes tenistas de la ciudad de Bogotá.
- Roldán, Maldonado, G. Psicoterapia grupal desde la perspectiva de aceptación y compromiso (ACT) y Mindfulness.
- Santa Cruz, Orgilés, Rosa, Sánchez, Méndez & Olivares (2002). Ansiedad Generalizada, Ansiedad por separación y Fobia Escolar: El predominio de la Terapia Cognitivo – Conductual. *Psicología Conductual*, Volumen 10 N° 3, 2002, pp. 503 – 521.
- Villarroel, P., Rodríguez, J., Alcázar, A., Santibáñez, C., Pina, J. (2007). *Propiedades psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 7, N° 3, pp. 795-806.
- Wilson, K, Luciano, C. (2003) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Un tratamiento conductual orientado a los valores*.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J., Salinas, J. (2007). Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 7, núm. 3, pp. 709- 724.
- Zubeidat, I., Parra, A., Sierra, J. & Salinas, J. (2008). *Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes*. *Salud Mental* 2008; 189-196.

Anexos


Anexo A. Formato de Historia Clínica

Fecha:	
DATOS GENERALES	
Nombres y Apellidos:	
Ocupación:	Lugar:
Nombre de los padres:	
Lugar de Residencia:	Tel:
MOTIVO DE CONSULTA	
DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA	
ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA <i>(hace cuanto se presenta, evolución y mantenimiento, factores asociados, intervenciones realizadas)</i>	
HISTORIA FAMILIAR <i>(Composición familiar, lugar y rol que ocupa, dinámica familiar, reglas, castigos)</i>	
HISTORIA PERSONAL <i>(Infancia, Adolescencia, estudios, actividad laboral, acontecimientos y relaciones relevantes)</i>	
<i>Emocional/Afectivo</i>	
<i>Cognoscitivo/Verbal</i>	
<i>Autoconocimiento</i>	
<i>Interacción Social</i>	

<i>Salud/Enfermedad</i>
<i>Condiciones ambientales</i>
<i>Condiciones culturales</i>
EXPECTATIVAS DEL PACIENTE RESPECTO A LA INTERVENCIÓN
HIPOTESIS
DIAGNÓSTICO
PLAN DE EVALUACIÓN Y/O TRATAMIENTO
OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

Psicóloga

Anexo B. Formato de Auto Registro Diario

DIA	SITUACION	EMOCIÓN	PENSAMIENTO	CONDUCTA	GRADO DE MALESTAR
	<p>Escribes una situación en la que te sentiste angustiada y/o con mucho miedo. Ejemplo: “iba por la calle...” “estaba en el colegio...” “me dijeron que hiciera...” “estaban hablando de...” “vi o recordé algo”</p>	<p>Qué sentiste? Ejemplo: angustia, miedo, tranquilidad, bloqueo. También puedes colocar sensaciones corporales como calor, frío, tensión muscular, falta de respiración, corazón agitado...</p>	<p>Qué pensaste en esos momentos, tal cual como viene a la cabeza el pensamiento. Ejemplo: “esto siempre va a ser así”, “no quiero volver a este lugar”, “nadie me entiende”...</p>	<p>Lo que hiciste de inmediato; ya sea para enfrentar la situación o escapar de ella. Ejemplo: “me fui al cuarto a llorar”, “busqué compañía”, “me puse a pensar en...”, “enfrenté la situación (cómo lo hiciste).</p>	<p>Califique de 0 a 10 el grado de malestar que le generó esta situación. Siendo 0 el menor grado de malestar y 10 el máximo malestar experimentado por usted.</p>

Anexo C. Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS – R.

**LO QUE PIENSO Y SIENTO
(CMAS-R)**

Cecil R Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD

Nombre _____ Fecha _____
Edad _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Escribe la palabra "SI" si piensas que así eres, si piensas que no tienen ninguna relación contigo escribe la palabra "NO". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No escribas "SI" y "NO" en la misma pregunta. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?", si es así, escribe "SI". Si no es así, escribe "NO".

- | | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|-------|
| 1 | Me cuesta trabajo tomar decisiones | ..... |
| 2 | Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero | ..... |
| 3 | Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí | ..... |
| 4 | Todas las personas que conozco me caen bien | ..... |
| 5 | Muchas veces siento que me falta el aire | ..... |
| 6 | Casi todo el tiempo estoy preocupado(a) | ..... |
| 7 | Muchas cosas me dan miedo | ..... |
| 8 | Siempre soy amable | ..... |
| 9 | Me enojo con mucha facilidad | ..... |
| 10 | Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir | ..... |
| 11 | Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas | ..... |
| 12 | Siempre me porto bien | ..... |
| 13 | En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a) | ..... |
| 14 | Me preocupa lo que la gente piense de mí | ..... |
| 15 | Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a) | ..... |
| 16 | Siempre soy bueno(a) | ..... |
| 17 | Muchas veces siento asco o náuseas | ..... |
| 18 | Soy muy sentimental | ..... |
| 19 | Me sudan las manos | ..... |
| 20 | Siempre soy agradable con todos | ..... |

- 21 Me canso mucho
- 22 Me preocupa el futuro
- 23 Los demás son más felices que yo
- 24 Siempre digo la verdad
- 25 Tengo pesadillas
- 26 Me siento muy mal cuando se enojan conmigo
- 27 Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
- 28 Nunca me enojo
- 29 Algunas veces me despierto asustado(a)
- 30 me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir
- 31 Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares
- 32 Nunca digo cosas que no debo decir
- 33 Me muevo mucho en mi asiento
- 34 Soy muy nervioso(a)
- 35 muchas personas están contra mí
- 36 Nunca digo mentiras
- 37 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase

Anexo D. Formato de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, identificado con C.C. N° XXXXXXXX expedida en XXXXXXXXXXXXXXXX, en mi calidad de cuidador y representante legal de mi hija, la menor XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, expongo de forma voluntaria que acepto la participación de mi hija en el proceso terapéutico e investigativo con la psicóloga ADRIANA CONSTANZA PEDREROS EPIA identificada con C.C. N° 26.593.957 de Teruel Huila, quien es candidata a especialización en Psicología Clínica, Comportamental Cognoscitiva de la Pontificia Universidad Javeriana, Extensión Ibagué, y su proceso se encuentra bajo la supervisión de la Docente DIANA CAROLINA HERNÁNDEZ FORERO, asignada por el programa de Postgrado de la Pontificia Universidad Javeriana.

Tengo conocimiento que las acciones de la Psicóloga ADRIANA CONSTANZA PEDREROS EPIA, se encuentran en el marco legal de la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y Bioético y otras disposiciones y la ley 1098 por la cual se expide el código de la infancia y adolescencia.

En este marco certifico que me informaron que:

1. Mi identidad y la de mi representado se encontrará en absoluta reserva, si se realiza una publicación pueden ser usados siglas o nombres que no se relacionen con la verdadera identidad.
2. El contrato de confidencialidad se encuentra sujeto a la no vulneración de mi integridad, la de mi protegido o un tercero, en tanto, si en alguna circunstancia mi vida, la de mi protegido o un tercero se encuentra vulnerada, la psicóloga Adriana Pedreros, en el marco de su ejercicio profesional, se encuentra obligada a realizar los trámites correspondientes que garanticen la protección de los implicados.
3. Algunas de las sesiones serán grabadas y/o filmadas para lograr la validez del proceso académico y la credibilidad necesaria para realizar un adecuado trabajo educativo, investigativo y terapéutico.
4. Posterior al proceso de evaluación y acorde con los requerimientos del caso se realizará la retroalimentación correspondiente con el usuario.
5. La información obtenida en el proceso, será utilizada con un fin exclusivamente educativo y solo puede ser divulgada en el marco de este mismo contexto bajo la supervisión de la profesional encargada del proceso.
6. La participación es completamente voluntaria, en tanto mi representado o yo podemos retirarnos del proceso en el momento en que lo consideremos necesario y/o pertinentes, y no recibiremos ninguna sanción y/o implicación por dicha decisión.

Si decido participar, las sesiones se desarrollarán en la Calle 7 N° 17 – 37 Barrio Calixto de la ciudad de Neiva – APRENDER IPS; los días viernes de 4:00 pm – 5:20 pm y los sábados de 8:40 am – 10:00 am.

En constancia de lo anterior,

Firma _____ C.C. N° _____ de _____
Padre de la consultante

Firma _____ T.I. N° _____ de _____
Consultante

Anexo E. Protocolo de Intervención

SESION	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS / HERRAMIENTAS
1	<ul style="list-style-type: none"> • Diligenciar el consentimiento informado. • Establecer empatía y encuadre terapéutico. • Iniciar diligenciamiento de Historia Clínica, explorando motivo de consulta de la consultante. • Entrenar en diligenciamiento de Auto Registro Diario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Consentimiento Informado. • Entrevista y observaciones clínicas. • Formato de Auto Registro. • Formato de Historia Clínica.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar motivo de consulta del acudiente, historia de la problemática, impacto percibido por la familia y manejo que le han dado a la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista y observaciones clínicas. • Formato de Historia Clínica.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Definir el motivo de consulta por parte de la consultante, culminar el diligenciamiento de la historia clínica. • Definir expectativas y alcance del proceso terapéutico. • Verificar el diligenciamiento adecuado del Auto Registro diario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista y observaciones clínicas. • Formato de Historia Clínica. • Formato de Auto Registro diario.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar instrumento de Medición inicial. • Retroalimentar Auto Registro diario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS – R. • Formato de Auto Registro diario.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a la consultante en ambiente externo al contexto terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista y observaciones clínicas.
6 – 8	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estrategias para la regulación de la activación fisiológica: psicoeducación e instrucción respiración y técnicas de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de respiración y relajación. • Video: Fisiología del estrés
9	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el contexto terapéutico. • Ejercicios de respiración y relajación. • Dar a conocer a la consultante la formulación de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista. • Formulación de caso clínico. • Metáforas de los dos escaladores. • Metáfora del Jardín.

10 y 11	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración y relajación. • Identificar la ineffectividad de las estrategias de autocontrol empleadas por la consultante en busca del bienestar psicológico. • Psicoeducación en habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora del Granjero y el Asno. • Metáfora del hombre en el hoyo
12 – 14	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración y relajación. • Identificar valores de la consultante y acciones para la consecución de los mismos. • Reconocer las acciones limitantes en la consecución de valores y metas. • Entrenamiento en habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de los calcetines de Perigó. • Ejercicio de nada importa. • Metáfora del Esquiador • Texto: un cuento chino sobre la tolerancia.
15	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración y relajación. • Observación no valorativa de experiencias privadas. • Entrenamiento en habilidades sociales y exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de llevar la mente a pasear. • Ejercicio del limón • Metáfora del tablero. • Ejercicio del observador.
16 – 21	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración y relajación. • Distinguir los pensamientos como pensamientos, las emociones como emociones, las evaluaciones como evaluaciones, los recuerdos como recuerdos. • Entrenamiento en habilidades sociales y exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio/Metáfora del gigante de lata y cuerdas • Ejercicio de decir no hacer si y decir si y hacer no. • Ejercicio sobre la relación arbitraria entre razones y acción
22 y 23	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración y relajación. • Establecer Aceptación y Compromiso con los valores propios. • Aplicar instrumento de medición final. • Retroalimentación para cierre del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora de caminar con chinas en los zapatos. • Metáfora del túnel • Metáfora de buscar un sitio para el objeto/caja molestos. • Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS – R.