

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Artes Liberales

Tres perspectivas diferentes, un solo caso: La fobia social entendida a través del modelo médico-psiquiátrico, el modelo cognitivo-conductual y el modelo constructivista.

Clara Patricia Paz Espinoza

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Psicología Clínica.

Quito

Diciembre de 2009

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Tres perspectivas diferentes, un solo caso: La fobia social entendida a través del modelo médico-psiquiátrico, el modelo cognitivo-conductual y el modelo constructivista.

Clara Patricia Paz Espinoza

Jacobo Recalde, M. A.
Director de Tesis y
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, Ph.. D.
Directora de la Carrera de Psicología y
Miembro del Comité de Tesis

Esteban Ricaurte, M.A.
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández -Salvador, Ph. D.
Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito, diciembre de 2009

© Derechos de autor

Clara Patricia Paz Espinoza

2009

Dedico el presente trabajo a mis padres, por haberme permitido construir mi propia
realidad y por ser parte de ella.

Gracias por concederme esta maravillosa oportunidad

Resumen

La fobia social se define como un miedo persistente frente a situaciones que involucran la posible evaluación por parte de otras personas. Este tipo de ansiedad puede ser entendida desde diferentes perspectivas. El presente trabajo muestra tres enfoques diferentes para explicar y tratar la ansiedad social: el modelo médico psiquiátrico, el modelo cognitivo-conductual y el modelo constructivista. Alrededor de cada uno de estos modelos terapéuticos se explica el caso de una mujer de 30 años de edad que acude a terapia con la demanda de reducir la ansiedad que experimenta al hablar en público. Además se muestra como cada modelo propondría el tratamiento para este caso. Finalmente, se presenta el proceso terapéutico del caso a través de la terapia constructivista. El análisis de la narrativa de la primera y la última sesión muestran que la terapia constructivista produjo algunos cambios en la manera en que la paciente experimenta y otorga significado a su ansiedad.

Abstract

Social phobia is defined as a persistent fear over situations that involve the possibility of being evaluated for other persons. This kind of anxiety can be understood by different perspectives. The present paper shows three different approaches to explain and treat the social anxiety: the medical-psychiatric model, the cognitive-behavioral model and the constructivist model. The case of a 30 years old woman that started therapy with the object to reduce the anxiety that she feels when she is giving public speeches, it is explained from each of the models presented before. Also it is proposed the treatment for the specific case by each model. Actually, the case was treated by the constructivist approach. The narrative analysis for the first and last session shows that the constructivist psychotherapy has produced changes about the way of how patient experiments and gives significance to his anxiety.

Tabla de contenido

Resumen.....	v
Abstract	vi
Tabla de Figuras y Cuadros.....	viii
Marco teórico.....	1
El modelo médico psiquiátrico.....	2
El modelo cognitivo-conductual.....	8
El modelo constructivista	13
Presentación del caso.....	22
Historia	24
Evaluación	25
Conceptualización del caso	27
Modelo Médico Psiquiátrico	27
Modelo Cognitivo- Conductual	28
Modelo Constructivista	30
Procedimiento-tratamiento	31
Modelo Médico Psiquiátrico	31
Modelo Cognitivo-Conductual	31
Modelo Constructivista	34
Resultados.....	42
Implicaciones del tratamiento en el caso y recomendaciones	45
Referencias Bibliográficas	47

Tabla de Figuras y Cuadros

Figura 1: Modelo Explicativo de la Fobia Social	29
Cuadro 1: Resultados Análisis de Narrativa	42

Marco teórico

La ansiedad es una respuesta emocional que se exhibe ante la percepción de la existencia de algún tipo de amenaza o resultado incierto (Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008). La ansiedad genera tres tipos de modalidades de respuesta: un estado de alerta cognitivo, activación fisiológica del organismo e inquietud motora; todas estas reacciones tienen como fin mejorar el nivel de respuesta del individuo ante el entorno (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1995). Por esta razón en un principio la ansiedad podría percibirse como una reacción deseable y adaptativa; sin embargo cuando se presenta de manera excesivamente intensa, frecuente y duradera podría causar interferencias en la vida cotidiana del individuo (Allen & Page, 2005). La ansiedad puede presentarse ante diferentes objetos y situaciones, en algunos casos la ansiedad se presenta ante un grupo de eventos como la ansiedad social o fobia social.

La ansiedad social se define como un miedo persistente y clínicamente significativo frente a situaciones que involucran la posible evaluación por otras personas (Rey, Aldana, & Hernández, 2006). En la ansiedad social las tres modalidades de respuesta se presentan de la siguiente manera según Allen y Page (2005). La modalidad cognitiva mediante la activación de pensamientos acerca de la evaluación que harán los demás. En la modalidad de activación fisiológica, los síntomas físicos presentan la activación del sistema autónomo; mediante, taquicardia, sudoración, temblores, enrojecimiento facial, hiperventilación, sensación de ahogo, entre otros. En la modalidad motriz, se puede observar la evitación de las situaciones sociales atemorizantes. La ansiedad social es diferente para cada individuo, en algunos casos puede presentarse en relación a una situación social específica; mientras que en otros casos la ansiedad puede involucrar varias situaciones sociales (Rey, Aldana, & Hernández, 2006). Las situaciones fóbicas más

comunes son: hablar en público, mantener conversaciones, mantenerse a merced de la mirada de otros, comer en lugares públicos o ir a una fiesta (Allen & Page, 2005).

Para el tratamiento de la fobia social se usan diferentes formas de diagnóstico en razón de diferentes bases teóricas. A continuación se revisan tres sistemas teóricos a través de los cuales se puede entender el trastorno de ansiedad social. Estos modelos teóricos incluyen; el modelo médico psiquiátrico mediante el diagnóstico por medio del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) y el posible tratamiento farmacológico; el modelo cognitivo-conductual y el posible tratamiento a través del mismo; y finalmente mediante el modelo constructivista, en el que se pondrá mayor énfasis, en razón de haber sido el modelo en el que se fundamentó el tratamiento del caso que se describirá posteriormente.

El modelo médico psiquiátrico

En la actualidad se realiza el diagnóstico psiquiátrico a partir de la utilización de las categorías marcadas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría, APA por sus siglas en inglés (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Esta herramienta de diagnóstico se define como una clasificación categórica que divide a los trastornos mentales en clasificaciones basadas en conjuntos de criterios con características específicas (APA, 2002). El trastorno mental dentro del DSM IV TR (APA, 2002), se define de la siguiente manera:

Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe

ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002, p. xxi).

A partir de este concepto, el DSM-IV-TR trata de clasificar los conjuntos de síntomas que puede presentar un individuo, dentro de una categoría que pueda explicar a estos síntomas como parte de un trastorno (Widiger & Windstead, 2005). Para hacer mucho más detallado el diagnóstico, el DSM-IV-TR, en comparación con sus versiones anteriores, propone el sistema multiaxial compuesto por cinco ejes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). En el eje I se incluye el trastorno principal. En el eje II se incluye los trastornos de personalidad y el retraso mental. En el eje III se incluyen condiciones médicas o físicas. En el eje IV se indica los factores psicosociales o ambientales que afectan al trastorno psiquiátrico actual. Finalmente en el Eje V se reporta el funcionamiento global del individuo, por medio de una escala de 100 puntos que mide el desempeño diario en actividades sociales, ocupacionales, académicas e interpersonales.

Sistema de Diagnóstico

Según los criterios que maneja el DSM-IV-TR, la fobia social en general se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa frente a situaciones sociales, que dan como resultado comportamientos evitativos. Para poder diagnosticar el trastorno de ansiedad social, el DSM-IV-TR propone los siguientes criterios:

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten

embarazosas (Criterio A). La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (Criterio B). Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada (v. pág. 402). Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional (Criterio C), puede que esto no suceda en los niños. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror (Criterio D). El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo (Criterio E). En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social (Criterio F). El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo, o trastorno esquizoide de la personalidad) (Criterio G). Si existe otro trastorno mental (p. ej., tartamudez, enfermedad de Parkinson, anorexia nerviosa), el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social (Criterio H) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002, p. 421).

Adicionalmente, el diagnóstico mediante el DSM-IV-TR requiere la especificación en razón de notar si la ansiedad social es generalizada, es decir que se presenta en la mayoría de situaciones sociales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)

Tratamiento

Tomando en cuenta los criterios de diagnóstico para la ansiedad social por medio del DSM –IV-TR, que representa el modelo médico-psiquiátrico, la base del tratamiento de este trastorno se realiza mediante la utilización de fármacos (Khan, Albers, & Reist, 2004). En el tratamiento psicofarmacológico de la fobia social se consideran importantes los siguientes objetivos: a) Reducir los síntomas de activación autónoma; b) disminuir la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas; c) bloquear las crisis de pánico situacionales; y d) tratar las condiciones comórbidas (Davidson, 2003). Los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la fobia social incluyen: los beta-bloqueantes adrenérgicos, las benzodiazepinas y algunos antidepresivos (Antony & Barlow, 2002).

Los beta-bloqueantes adrenérgicos como el atenolol o el propanolol se utilizan principalmente para el tratamiento de las fobias sociales específicas, debido a que suprimen los síntomas periféricos de activación autónoma: como la aceleración cardíaca, la sudoración y la hiperventilación; aumentando la confianza del paciente para afrontar las situaciones fóbicas (Rey, Aldana, & Hernández, 2006). Sin embargo, estos psicofármacos no parecen ser efectivos para disminuir la ansiedad anticipatoria (Scott & Heimberg, 2000).

Las benzodiazepinas como el alprazolam, el clonazepam y el bromacepan, son utilizados para el tratamiento de otros trastornos de ansiedad, el efecto es parecido al de los beta-bloqueantes adrenérgicos, pero sus efectos no se mantienen después de que se ha interrumpido el tratamiento, por lo que se puede generar dependencia (Scott & Heimberg, 2000). Así también, pueden generar varios efectos secundarios, incluyendo sedación

excesiva, dificultades de concentración, problemas sexuales, problemas de coordinación y problemas de memoria (Rey, Aldana, & Hernández, 2006).

Entre los antidepresivos que se han utilizado para el tratamiento de la fobia social se encuentran los inhibidores de la monoaminooxidasa y los inhibidores de la recapturación de serotonina. Los inhibidores de la monoaminooxidasa como la tranilcipromina y la fenelzina exhiben limitaciones en cuanto al tratamiento de la fobia social, debido a que supone la restricción de algunos alimentos ricos en tiroxina y puede darse problemas de hipertensión. Otros efectos secundarios pueden ser el aumento de peso, presencia de vértigos, interferencias en el sueño y disfunciones sexuales (Scott & Heimberg, 2000). Los inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina, por su parte han recibido una gran atención en los últimos años ya que sus efectos secundarios son escasos (Barlow, 2002). Los estudios investigativos dentro de la psicofarmacología han demostrado que los inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina (ISRSs) son ahora considerados el tratamiento de primera línea (Davidson, 2003). Los inhibidores de la recapturación de serotonina y norepinefrina (IRSNs), venlafaxina, son también efectivos en el tratamiento de fobia social. Al parecer según Davidson (2003), los ISRS son mayormente efectivos en el tratamiento de la fobia social, si se los utiliza a largo plazo para reducir la tasa de recaídas. Los efectos secundarios que pueden provocar estos medicamentos son el aumento de peso, somnolencia e interferencias en el sueño y disfunciones sexuales (Scott & Heimberg).

Los fármacos según Rey y colaboradores (2006) son relativamente efectivos para el tratamiento de los síntomas fisiológicos a corto plazo; sin embargo no son útiles para contrarrestar la ansiedad anticipatoria o para reducir las conductas evitativas que mantienen la fobia social.

El modelo médico de la ansiedad social, que se fundamenta básicamente mediante el diagnóstico por medio del DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), es un modelo muy difundido; sin embargo, ha recibido algunas críticas en las últimas décadas. Una de estas críticas se ha realizado en razón del cuestionable empirismo detrás de este manual, debido a que las categorizaciones se han realizado a partir del modelo médico, omitiendo así cuestiones relacionadas con el significado y los propósitos de la persona que se está evaluando (Leitner, 2002). Otras críticas que se realizan alrededor del diagnóstico mediante el DSM –IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) tienen que ver con que este diagnóstico puede notarse como un promovedor de un modelo limitado de “normalidad” que se alinea en razón al modelo de la sociedad de Estado Unidos (Cushman, 2002).

Un enfoque que hace frente al sistema diagnóstico categórico es el de la terapia cognitiva. La cual pretende fomentar un diagnóstico dimensional en el que se da mayor importancia al procesamiento de información y a la construcción de significados alrededor de la situación problemática, así como su afectación en el sentido de identidad personal (Semerari, 2000).

Es así que con el afán de percibir que tipo de diagnóstico parece más apropiado para los pacientes, se realizó un estudio en relación de determinar la opinión del paciente frente al diagnóstico mediante el DSM-IV- TR (Asociación Americana de Psiquiatría , 2002) y al diagnóstico dimensional. El estudio que fue llevado a cabo por Pavlo Anthony (2008), buscó recoger las percepciones de cuatro pacientes con problemas relacionales después de recibir una diagnóstico tanto con los criterios del DSM- IV-TR y el Sistema de Diagnóstico Constructivista Experiencial. Los participantes de este estudio encontraron que el diagnóstico mediante el Sistema de Diagnóstico Constructivista Experiencial era más preciso, pero también, era según su percepción más respetuoso y útil que el

diagnóstico basado en el DSM IV TR (Asociación Americana de Psiquiatría , 2002). Por lo tanto se puede notar, en base a este estudio, que el diagnóstico dimensional puede ser una buena opción para el desarrollo de un proceso terapéutico más centrado en el funcionamiento personal del individuo.

A partir de este cuestionamiento al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), se pretende a continuación mostrar dos alternativas diagnósticas y de tratamiento para la fobia social.

El modelo cognitivo-conductual

La terapia cognitiva-conductual es una integración de los principios asociados con el procesamiento de información y las teorías de aprendizaje. Este tipo de terapia se enfoca en el presente, enfatiza las conductas medibles y observables, le da importancia a las influencias ambientales de la conducta problemática y de la conducta normal, y se centra mucho en el método investigativo para el desarrollo de estrategias de evaluación y tratamiento (Plante, 2005). Con el tiempo se han ido creando diferentes técnicas cognitivos-conductuales para manejar una variedad de problemas clínicos específicos; sin embargo todas estas técnicas comparten las siguientes premisas básicas. Primero, la disfunción es entendida en términos de mecanismos de aprendizaje y procesamiento de información (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). En segundo lugar, el tratamiento está guiado por una orientación experimental de la conducta humana, cada conducta es vista como una función de condiciones ambientales específicas y condiciones internas que la rodean (Goldfried & Davison, 1994). Así la terapia cognitiva- conductual está diseñada para lidiar con síntomas específicos y conductas que son identificadas como parte del diagnóstico o para el tratamiento del problema actual. La tercera premisa se refiere a que el cambio se produce por medio del aprendizaje de nuevas experiencias que se superponen a

las formas previas de aprendizaje y procesamiento de información poco adaptativas (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). El remplazo se puede dar de dos formas: por un lado, los pensamientos y las conductas poco adaptativas se cambian por medio del aprendizaje de nuevas experiencias, y por otro lado el individuo puede aprender habilidades más efectivas que le ayuden a mejorar su funcionamiento. Finalmente, la cuarta premisa se refiere a la valoración del método científico dentro de la terapia (Goldfried & Davison, 1994). Es así que los terapeutas buscan generar hipótesis sobre los patrones cognitivos y conductuales del individuo, intervenir de acuerdo a las hipótesis, observar los resultados y a partir de estos, modificar las hipótesis (Cía, 2004).

Sistema diagnóstico

El entendimiento de los desórdenes mentales en la terapia cognitiva-conductual se da por medio de la premisa de que las personas son activos procesadores de información, por lo tanto los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a las personas que padecen de desórdenes psicológicos. El resultado de estos pensamientos erróneos afecta negativamente el estado emocional y las conductas de los individuos (Fenández, 1992). Por esta razón, en este tipo de terapia es importante realizar un análisis funcional, el cual describa la función de la conducta, incluyendo la situación específica (cognitiva, fisiológica o ambiental), los eventos que la preceden, los que ocurren al mismo tiempo y los que la siguen (Hazlett-Stevens & Craske, 2004).

Existen cuatro niveles de análisis en la evaluación funcional según (Goldfried, Behavioral assessment: An overview, 1982): los antecedentes de la conducta, el nivel orgánico, la conducta en sí misma, y las consecuencias de la conducta. Para entender los antecedentes, el terapeuta debe ahondar en la naturaleza del estímulo que produce la conducta, la situación en la que la conducta ocurre, y cómo la situación se diferencia de otras situaciones en la que la conducta no ocurre. El nivel orgánico se enfoca en los

aspectos cognitivos, incluyendo cómo el paciente interpreta los eventos, las expectativas que existen, y la incidencia en su conducta. El análisis de la conducta misma, debe contener ejemplos de situaciones específicas, duración, frecuencia y grado de generalización. Finalmente, el terapeuta debe obtener información acerca de las consecuencias de la conducta, es decir el contenido, la duración y la frecuencia. A partir del análisis de estos cuatro niveles, se puede establecer las diferentes relaciones dentro del problema y las áreas en las que se puede dirigir la intervención. Para hacer más fácil el trabajo de evaluación funcional, existen análisis ya predeterminados para algunos trastornos, entre ellos la fobia social (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). Así a partir del análisis ya creado, la terapia cognitiva-conductual se enfoca en tratar los miedos sobre las evaluaciones negativas (Wells A. , 2002).

Un modelo desarrollado a partir del análisis funcional de la fobia social es el propuesto por Clark y Wells (Clark & Wells, 1995), el cual explica el mantenimiento del problema basándose en teorías cognitivas (Beck, 1976) y de procesamiento de información (Wells & Matthews, 1994). Así el modelo propone que las experiencias pasadas proveen al individuo creencias acerca de su situación social y de su yo como objeto social. Las creencias, cuando son activadas, contribuyen con valoraciones negativas sobre las situaciones sociales y el proceso cíclico que mantiene la fobia social. En el modelo se identifican tres tipos de creencias: 1) reglas poco realistas sobre el desempeño social, 2) supuestos condicionales, y 3) creencias incondicionales acerca de sí mismo en el dominio social. Una o más de estas categorías de creencias se pueden encontrar en los casos de fobia social (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). Cuando se presenta la situación ansiosa, es cuando se activan las creencias negativas acerca de la habilidad para dar una impresión favorable (Wells A. , 2002). En este momento se presenta pensamientos automáticos que se focalizan en la impresión que se crea frente a las personas que lo rodean (Goldfried &

Davison, *Clinical behavior therapy*, 1994). Estos pensamientos se centran mucho en la experiencia de los síntomas físicos de la ansiedad (Clark & Wells, 1995). Un componente central del modelo de la ansiedad social es la forma de lidiar con la ansiedad. Estas conductas se denominan conductas de seguridad, que se centran en la prevención de situaciones particulares en relación a la situación fóbica (Clark & Wells, 1995). Otro elemento importante es la anticipación a la situación ansiosa que toma forma de pensamientos negativos, que producen un enfoque excesivo en la situación social y sus consecuencias (Wells & Matthews, 1994). De esta manera la anticipación se convierte en un mantenedor del problema (Wells, 2002).

Tratamiento

En el tratamiento de la fobia social, usualmente la terapia cognitivo-conductual combina los principios de reestructuración cognitiva con herramientas de exposición (Roth, Eng, & Heimberg, 2002). En la reestructuración cognitiva según Fresco y Heimberg (2001) se persiguen los siguiente objetivos: 1) que el individuo identifique los pensamientos negativos que tiene antes o durante las situaciones fóbicas; 2) que evalúe tales pensamientos sometiéndolos a verificación por medio de la experimentación realizada por los ejercicios diseñados por el terapeuta; 3) que proponga pensamientos alternativos racionales que le ayuden a neutralizar los efectos de los pensamientos mencionados.

En la reestructuración cognitiva se ayuda al usuario a que comprenda el impacto de sus pensamientos sobre sus reacciones emocionales y conductuales, también que proponga los pensamientos como hipótesis que se deben discutir y poner a prueba (Fresco & Heimberg, 2001). A más de los experimentos, el terapeuta cuestiona verbalmente las cogniciones inadecuadas mediante preguntas, verbalización de información correctiva y la mediación para que el individuo defina sus pensamientos en términos específicos y

concretos (Cía, 2004). Adicionalmente a la reestructuración cognitiva, es importante la realización de ejercicios de exposición en vivo ante la situación fóbica (Overholser, 2002). El uso de la exposición en vivo está basada en los modelos de desarrollo del miedo, que implica que los miedos tienen una naturaleza aprendida y el papel instrumental de la evitación juega como el mantenedor de la ansiedad (Rowa & Antony, 2005). En el tratamiento de exposición para la ansiedad social, los pacientes primeramente desarrollan una jerarquía de exposición o una lista de las situaciones atemorizantes, en esta lista el cliente debe calificar la situación entre moderada a extrema, según como se de la provocación de ansiedad (Rowa & Antony, 2005). Usando esta jerarquía como guía, los clientes son motivados a exponerse sistemáticamente y repetidamente al escenario que le provoca ansiedad, permaneciendo en tal situación hasta que la ansiedad se haya reducido. El tratamiento basado en la exposición también incluye juego de roles con el terapeuta o un colega, como medio para practicar el escenario al que el paciente será expuesto posteriormente (Rowa & Antony, 2005). A más de la exposición, en la terapia también se puede integrar técnicas cognitivas en las cuales se trata de motivar al paciente a identificar y monitorear la forma en que se procesa la información, por ejemplo: interpretaciones negativas de una situación ambigua o neutral, y entonces cuestionar la forma distorsionada de pensamiento (Hope, Heimberg, Juster, & Turk, 2000).

Los tratamientos basados en la teoría cognitiva conductual enfatizan claramente la importancia del cambio de las conductas y cogniciones como una forma de reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento de la persona afectada (Roth, Eng, & Heimberg, 2002). En la terapia cognitiva conductual, el terapeuta asume el papel de educador, al enseñar al cliente sobre los modelos cognitivos que ha desarrollado, y de esta manera entender la etiología y los mantenedores de los problemas específicos del paciente. El

terapeuta también es el responsable de enseñar al paciente las técnicas cognitivas y conductuales diseñadas para aliviar su problema (Clark & Wells, 1995).

La efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social ha sido estudiada por medio de la investigación meta-analítica por Sánchez, Rosa y Olivares (2004). Este análisis muestra que las investigaciones en relación al tratamiento por medio de la terapia cognitivo-conductual de la fobia social específica han demostrado producir cambios en la escala de ansiedad de Hamilton. De tal manera que el tratamiento por medio de la terapia cognitivo-conductual produjo mayores cambios en la escala de ansiedad de Hamilton que la ausencia de tratamiento. También comparado con tratamientos exclusivamente conductuales, la terapia cognitiva-conductual parece ser más efectiva en cuanto a la reducción de los niveles de ansiedad presentados en la escala antes mencionada. La terapia cognitivo-conductual también ha manifestado ser más efectiva que el tratamiento psicofarmacológico para la fobia social. La reducción de ansiedad por medio de la terapia cognitivo-conductual ha sido mayor después del tratamiento y tras un seguimiento de seis meses (Wells, 2002).

El modelo constructivista

Dentro del ámbito de la psicoterapia, la terapia cognitiva ha tomado mayor importancia en las últimas décadas (Warren, 2001). La base de la terapia cognitiva es el entendimiento de las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información (Semerari, 2000). El enfoque cognitivista psicoterapéutico pone mucho esfuerzo en mantener el tratamiento y la teoría lo más cerca posible de la experiencia vivida y relatada por el paciente (Semerari, 2000). Es decir en centrarse en el proceso de creación de significado y en sus implicaciones en la vida de la persona. Partiendo de esta

premisa básica alrededor de la terapia cognitiva, se han ido desarrollando varios enfoques, uno de estos enfoques es el constructivismo.

El constructivismo se basa específicamente en la aseveración de que los seres humanos crean activamente la realidad en la que se desarrollan (Lyddon, 1998). Con esto se quiere exponer a la mente humana como una entidad activa que organiza y crea significados a partir de lo que experimenta e interactúa con el medio ambiente que le rodea. Dentro del constructivismo también existen diferentes orientaciones, una de estas orientaciones es la denominada teoría de los constructos personales. El principal autor en la teoría de los constructos personales es George Kelly (1955), quien propone básicamente que cada individuo construye para sí mismo un sistema de constructos, el cual utiliza para anticipar los eventos y darles sentido con respecto a su sistema de significados. La base teórica en la que se basa Kelly (1955) es el alternativismo constructivo, en el que se concibe que para cada evento existen diferentes alternativas viables que pueden ser utilizadas creativamente para dar sentido aún a la circunstancia más difícil en la vida (Holland, Neimeyer, Currier, & Berman, 2007). Por lo tanto ante la experiencia de un evento, los seres humanos crean diferentes alternativas, de las que pueden escoger para poder darle sentido a su sistema de constructos previos. Para poder crear estas alternativas, la teoría de constructos personales propone que el proceso básico de la construcción es la comparación de similitudes y diferencias de la experiencia con otros eventos o construcciones creadas anteriormente (Kelly, 1955). Según esta posición, los constructos son dimensiones de significado, que se encuentran formadas de manera bipolar, es decir que tiene dos perspectivas. En esta creación bipolar se estaciona a la experiencia, que se le denomina elemento. Así el acto de construir se determina como la acción de asociar un elemento a un polo del constructo (Owen, 1994). Los constructos forman la unidad básica de la experiencia y por medio de ellos construimos nuestra propia concepción del mundo. Así los constructos cumplen una

doble función: por un lado procesar los acontecimientos, y por otro lado también anticipar la experiencia en función de lo construido (Montesano, Feixas, & Varlotta, 2009). A partir de esto, se trata de explicar que los constructos crean el significado alrededor de la experiencia, así como también la anticipan.

Tomando en cuenta estas proposiciones básicas de la teoría de los constructos personales, es claro notar que se propone al ser humano como un ser proactivo, el cual construye activamente el significado, en vez de un ser reactivo, que tan sólo responde a los estímulos del medio (Feixas, 2003). Es entonces que se entiende que el ser humano no puede dar un significado definitivamente válido de su experiencia, puesto que la organiza según su sistema de constructos personales. De tal manera que va configurando un patrón progresivamente coherente que tiene que ver con el sentido de identidad (Feixas, 2003). La identidad no se reduce a lo que uno puede contar o pensar acerca de quién es, sino que implica estructuras tácitas de significado que se han ido creando durante el desarrollo y todavía siguen formándose (Feixas, 2003).

La identidad es el resultado de la acción de los diferentes constructos en la anticipación de los eventos. De esta manera, la identidad está formada por constructos nucleares y constructos periféricos (Winter, 2003). Los constructos nucleares son aquellos que gobiernan el proceso de mantenimiento de la identidad y la existencia. Estos son los constructos en los que se establece la identidad. En oposición los constructos periféricos son aquellos que pueden ser cambiados sin serias modificaciones a las construcciones nucleares (Stojnov, 2003). De tal forma, para poder entender la identidad de una persona hay que identificar sus constructos nucleares, puesto que estos son los que edifican y mantienen la identidad personal (Winter, 2003).

Sistema de diagnóstico

La terapia constructivista realiza críticas en razón al diagnóstico categórico. George Kelly (1955) ve al diagnóstico psiquiátrico frecuentemente como un intento de meter toda una vida de lucha de un cliente dentro de una categoría. Una de estas herramientas de diagnóstico psiquiátrico es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* el cual es aplicado sin tomar en cuenta construcciones alternativas de los problemas categorizados (Winter, 2003). En contraste Kelly adopta el enfoque de “diagnóstico transitivo”, en el cuál se pretende usar la focalización de las diferentes dimensiones diagnósticas de las vías de movimiento abiertas en el presente del individuo, antes que clasificar a esta persona en términos de padecimiento de una enfermedad mental (Winter, 2003). Un aspecto importante del enfoque constructivista es que las dimensiones o constructos se pueden aplicar tanto para explicar los comportamientos “normales” como los comportamientos “anormales” de los individuos. Lo que se busca con el diagnóstico dimensional es realizar un tipo de diagnóstico más centrado en los problemas que percibe el individuo y cómo estos afectan su vida diaria, tratando de esta manera de evitar el encasillamiento de la persona dentro de una categoría limitada. Se pretende entonces tomar los conceptos del constructivismo en cuanto a las emociones y los síntomas para describir el problema del individuo (Warren, 2001). Estos elementos tienen que ver con el significado que a lo mejor el paciente no sabe expresar, pero no por eso dejan de tener un sentido. De tal forma, las construcciones de los pacientes o consultantes, aunque puedan parecer inadecuadas desde el punto de vista del observador, tienen algún sentido para el consultante, aunque no pueda expresarlo directamente (Feixas, 2003). A partir de esto se puede entender entonces que una de las dimensiones que propone el constructivismo se refiere al desarrollo de la autoorganización. Este término plantea que el sistema del individuo se organiza a sí mismo para protegerse y mantener su integridad. Este sistema se desarrolla mediante la diferenciación estructural (Guidano, 2004). Lo que quiere decir este

supuesto teórico es que cada persona es literalmente el punto central de referencia para toda su experiencia y esfuerzos por sobrevivir. De esta manera el mantenimiento de la identidad percibida por cada persona se convierte en un tema tan importante como la vida misma, sin este sentido, el individuo sería incapaz de tener un funcionamiento adecuado y perdería el sentido de la realidad (Guidano, 2004).

Kelly (1991) propone que el diagnóstico dimensional debe cumplir con algunos requerimientos. En primer lugar tiene que ser fértil, esto quiere decir que tiene que tener varias hipótesis en relación al elemento propuesto. Otra característica de este tipo de diagnóstico es la proposicionalidad, este término se refiere a la capacidad de poder manipular las dimensiones de manera independiente y no solamente como parte de un sistema rígido. También el diagnóstico tiene que ser permeable, es decir que se puede proponer para un evento determinado de la vida del paciente, pero puede cambiar en otras áreas de vida del individuo. Es decir que la interpretación no puede ser generalizada para todos los acontecimientos de la vida del paciente.

Conociendo las dimensiones del diagnóstico, es importante entonces determinar al concepto de trastorno según la teoría de los constructos personales. Un trastorno según Kelly (1955) es cualquier constructo personal que se usa repetidamente, a pesar de la constante invalidación. Esta definición implica que el desorden envuelve una falla en la tarea de completar el ciclo de experiencia, el proceso de experimentación que caracteriza el funcionamiento óptimo de la persona (Winter, 2003). Bajo esta premisa, la dinámica del sistema cognitivo evoluciona constantemente hacia nuevas construcciones de los sucesos experimentados. Así el sistema tiende a incrementar constantemente el nivel de complejidad. Si el sistema no logra evolucionar, a pesar de experimentar nuevos sucesos, es entonces cuando se podría hablar de desorden (Semerari, 2000). La evolución del sistema de constructos se produce cuando se da la ampliación de las capacidades

predictivas. La ampliación no es una acumulación de experiencias, sino la capacidad del sistema para reconocer lo nuevo y construir mejores estructuras predictivas (Kelly, 1991). Así el desorden psicológico se produce cuando el sistema ha fracasado en su afán de evolucionar a la creación de nuevos constructos.

Tomando en cuenta esta noción, el concepto de desorden propone un problema estructural y un problema dinámico (Montesano, Feixas, & Varlotta, 2009). En cuanto al problema estructural se puede notar que existe una escasez o defectos en la estructura. De esta forma, las estructuras poco diferenciadas y escasamente integradas son las que encuentran mayor dificultad en elaborar hechos invalidantes y son estas las que recurren en estos casos a estrategias cognitivas que se convertirán posteriormente en desadaptativas. Por otra parte, el problema dinámico se refiere a la suspensión del incremento de la complejidad de las estructuras (Semerari, 2000). En este sentido los sistemas de significado no se amplían, al parecer permanecen rígidos a pesar de la existencia de nuevos eventos e invalidaciones.

Aunque como se ha descrito anteriormente, el trastorno puede ser visto como algún aspecto de la construcción que aparentemente ha fallado en alcanzar su propósito, este puede ser considerado como un intento del individuo por dar el mejor sentido a su propio mundo, acoplarse de la mejor manera o evitar la invalidación (Winter, 2003). Con esto se quiere dar a entender que tanto los individuos que se consideran con algún tipo de trastorno y los que no, utilizan el mismo tipo de estrategia para llegar a un fin constructivo. No obstante, la diferencia podría estar en que los individuos que no poseen un trastorno se encuentra en un ciclo vivencial en donde existe un balance y un juego entre estrategias contrastantes. En cambio cuando existe un trastorno, el individuo tiende a usar de manera casi exclusiva un tipo de estrategia en particular, a pesar de las constantes invalidaciones que recibe, es decir no existe un equilibrio en razón del juego de las estrategias utilizadas

(Walker, 2002). Los problemas psicológicos pueden estar asociados con el uso desequilibrado de algunos pares de procesos que Kelly (1955) consideraba que eran centrales para el funcionamiento óptimo. Estos pares de procesos son dilatación o constricción y la construcción suelta o rígida.

Las estrategias dirigidas a la dilatación se pueden presentar cuando el individuo que se enfrenta a construcciones incompatibles, extiende su campo de percepción para tratar de organizar sus sistemas de constructos a un nivel más comprensible (Winter, 2003). La estrategia opuesta a la dilatación es la constricción, con esta estrategia el individuo intenta minimizar las aparentes incompatibilidades de su sistema de constructos (Winter, 2003), posicionándolas fuera de los límites de su campo perceptual. En sí en la constricción el individuo busca reducir su campo de acción a un tamaño más manejable.

Por otro lado se puede notar las estrategias que van desde los constructos sueltos a los constructos apretados. Los constructos sueltos son vagos y variables. Este tipo de construcciones son difíciles de invalidar debido a que pueden acomodarse a cualquier tipo de evento (Kelly, 1955). Son nociones del mundo que varían en su significado (Epting, Gemignani, & Cross, 2003). Es así que este tipo de construcciones pueden servir para proteger al individuo de la invalidación. Por otro lado se encuentran las construcciones apretadas, las cuales se presentan como características rígidas que no permiten la acomodación de los eventos cambiantes (Kelly, 1955). Estas construcciones son afirmaciones definitivas de estructura, en las cuales el significado está claramente especificado (Epting, Gemignani, & Cross, 2003). En las personas sanas, los constructos centrales tienden a ser rígidos (Kelly, *Dimensions of diagnosis*, 1991).

Tomando en cuenta lo importante que es el entendimiento de los significados dentro del diagnóstico en la teoría de los constructos personales, es importante notar que la valoración de los contenidos problemáticos en la terapia cognitiva y constructivista no se

limita al inicio de la terapia, sino que se sigue realizando durante todo el proceso terapéutico. Como propone Semerari (2000), la valoración se centra en tres ejes fundamentales: el contenido problemático, los recursos metacognitivos del paciente y la evolución de la relación terapéutica

Tratamiento

A partir de la base teórica y de los preceptos del diagnóstico que rigen la terapia constructivista, en la práctica los terapeutas tienden a focalizarse en la capacidad de los clientes por crear construcciones únicas y propias de la realidad (Holland, Neimeyer, Currier, & Berman, 2007). De tal manera, en la terapia lo que se busca trabajar con los clientes es ayudarlos a que encuentren significados propios que afirmen y amplíen su propia conceptualización subjetiva de sí mismos, de los otros y del mundo que los rodea (Holland, Neimeyer, Currier, & Berman, 2007). El terapeuta de los constructos personales ve a la anticipación de los eventos como un elemento central en el funcionamiento de los seres humanos (Metcalfe, Winter, & Viney, 2007). Como se asume que no es posible tener un acceso directo de la realidad, las anticipaciones tienen sus bases en los patrones individuales o constructos personales del universo. Cuando los eventos se están desplegando, el individuo puede elegir modificar sus construcciones en relación a la experiencia actual (Metcalfe, Winter, & Viney, 2007). El fin de la terapia de los constructos personales es el de ayudar al cliente a descubrir el porqué del estancamiento en el proceso constructivo y de ahí facilitar la reconstrucción. Con el consecuente movimiento a una construcción más viable (Metcalfe, Winter, & Viney, 2007). Por lo tanto el afán de los terapeutas constructivistas es el de guiar al paciente a la construcción de significados propios que le permitan explicar la experiencia vivida. Así también la terapia entonces significa un proceso de construcción que podrá ser revisado y actualizado constantemente por el cliente, con el fin poder adaptarse al ambiente en el que se

desarrolla. El propósito de la terapia de los constructos personales es el de capacitar a las personas a perseguir los ciclos de experiencia completos.

Los ciclos de experiencia consisten en anticipación, inmersión, encuentro, confirmación o desconfirmación y terminación en la revisión constructiva (Epting, Gemignani, & Cross, 2003). De esta forma, el ciclo de experiencia en terapia según Epting y colaboradores (2003), se completa de la siguiente manera. En el abordaje de cualquier tema importante, se invita a la persona a tomar una postura activa en la anticipación de las posibilidades. Se sigue con una invitación a adentrarse en lo que se está anticipando; permitiendo que las anticipaciones, importen de una manera personal, antes de que permanezcan de forma indiferente. Después se pasa a un involucramiento total en el momento experimentado, mediante la anticipación de las implicaciones de este momento en uno mismo. Es entonces cuando se enfrenta la confirmación o desconfirmación de lo anticipado. Finalmente se invita a la revisión de lo construido y el impacto que esta construcción ha tenido sobre la persona. Por lo tanto para poder vivir todo el ciclo experiencial, hay que pasar por cada una de estas etapas.

La eficacia de la terapia constructivista se ha validado por medio de la revisión meta-analítica de los estudios presentados en revistas especializadas acerca de la utilización de la misma. En un estudio llevado a cabo por Hollan, Neimeyer, Currier y Berman en el 2007, en el que se hizo un meta-análisis de 22 publicaciones, se llegó a la conclusión de que existía diferencias en los pacientes que recibieron terapia constructivista, en comparación con el grupo de control que no recibió ningún tipo de terapia. La terapia constructivista resultó ser más efectiva que la ausencia de terapia. Otro estudio metanalítico llevado a cabo por Metcalfe, Winter y Viney (2007) con 20 publicaciones acerca del uso de la terapia de los constructos personales en casos clínicos, también presentó resultados similares, en los que la terapia de los constructos personales tuvo

ventaja sobre la ausencia de terapia, los beneficios se mantuvieron en el seguimiento. Ambos estudios, tanto el de Hollan y colaboradores (2007) y el de Metcalfe y colaboradores (2007), proponen que a pesar de los resultados favorables en relación al uso de la terapia de los constructos personales, es necesario realizar estudios más exhaustivos y que contengan a poblaciones más amplias y diversas.

A continuación se presenta un estudio de caso de una paciente que acudió a terapia con la demanda de reducir la ansiedad que le produce el hablar en público. A partir de este caso se formulará el diagnóstico por medio de tres modelos teóricos: el modelo médico, el modelo cognitivo conductual y el modelo constructivista. Para cada tipo de diagnóstico se planteará el tratamiento que usa cada modelo explicativo. Se presenta también el proceso terapéutico de este caso por medio de la terapia constructivista y se realiza un análisis de los resultados obtenidos del proceso.

El objetivo de este estudio de caso es presentar los tres modelos teóricos tanto en la forma de formulación del problema, como en la forma de tratar el problema planteado. Así también se busca presentar los resultados que produjo la utilización de la terapia constructivista en este caso.

Presentación del caso

N. es una mujer de 30 años de edad, profesional, que reside en la ciudad de Quito. Se desempeña como gerente financiera en una empresa de la ciudad. N. acude a la consulta solicitando un tratamiento que le permita reducir la ansiedad que experimenta cuando habla en público. Por medio de la terapia, N. quería llegar a reducir los síntomas que le producen la ansiedad cuando tiene que realizar las presentaciones frente a su jefe y a los demás gerentes de su empresa.

N. nació y vivió en una ciudad de provincia hasta los 25 años. Allí realizó sus estudios universitarios, y por falta de trabajo en su ciudad decidió buscar trabajo en la capital. Al encontrar un trabajo adecuado para ella, decidió mudarse a Quito. En este trabajo, básicamente se dedicaba a realizar informes escritos sobre la contabilidad de la empresa. El cargo no requería mantener contacto social con las demás personas de la oficina. Se mantuvo en este empleo por cuatro años.

Hace aproximadamente cinco meses, a N. se le ofreció un trabajo con un mejor sueldo en otra empresa de la ciudad. N. aceptó el empleo y comenzó a desempeñarse como gerente financiera de una empresa pequeña. Este trabajo requiere que N. realice presentaciones bimestrales frente a su jefe y a los gerentes de las diferentes áreas que conforman la empresa. Además que se le ha encargado la realización de eventos que puedan ayudar a mejorar las relaciones sociales de las personas que trabajan en su área. El problema aparece cuando N. comienza en este empleo. N. reporta que en las presentaciones frente a su jefe siente que se enrojece, le tiemblan las piernas y comienza a respirar de forma agitada. También manifiesta que mientras realiza la presentación comienza a tener pensamientos acerca de la evaluación de las otras personas acerca de su desempeño. A más de esto menciona tener problemas con las relaciones con los trabajadores de su área y con los otros gerentes. Expone que le cuesta mucho entablar una conversación, e inclusive pedirles que realicen algún tipo de tarea que ella necesita en la oficina. Tampoco dice haber podido organizar el evento social para relacionarse con los empleados, puesto que le cuesta mucho preguntarles sobre sus gustos y opiniones. N. indica sentirse preocupada por este miedo intenso a relacionarse con los otros y a realizar las presentaciones. Reporta que este miedo no se presenta, en su campo académico, ya que en el ambiente de la maestría no siente necesidad por relacionarse con los otros. En las

últimas semanas, N. se ha inscrito en un curso de inglés en el que la mayor parte de estudiantes son adolescentes. N. comenta que aquí también ha comenzado a sentir ansiedad cuando responde las preguntas que el profesor realiza.

Historia

Familia

N. vive con su hermano desde hace un año, anteriormente vivía sola. El resto de su familia vive en provincia. Con la familia, N. mantiene contacto por teléfono y dice tener una buena relación. En ocasiones va a visitar a su familia durante los feriados.

Educación-Ocupación

N. es una profesional en el área de la contabilidad. Actualmente se encuentra estudiando una maestría en el área financiera.

En el campo ocupacional, trabaja como gerente financiera en una empresa desde hace cinco meses. Su cargo también implica el manejo organizacional de los empleados del área que ella dirige.

Social

N. comenta que no tiene muchas amistades. Las amistades que tenía en su ciudad natal, las ha dejado a un lado debido a la distancia y al trabajo. En Quito no tiene amigos. Norma ha estado envuelta en una relación sentimental desde hace cinco años; con alguien que conoció el primer día que vino a Quito. Tanto N. como su pareja prefieren realizar actividades que únicamente los involucren a los dos.

Salud médica y mental

La historia médica de N. no presenta enfermedades o complicaciones relevantes. N. en este aspecto se describe como una persona sana.

En cuanto a la salud mental, N. refiere no presentar trastornos mentales. Tampoco describe la presencia de una historia relacionada a los problemas mentales dentro de su familia.

Evaluación

Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática

El cuestionario de ansiedad cognitiva-somática de Schwartz, Davidson y Goleman (2000) está conformado por 14 ítems que describen aspectos cognitivos y somáticos de la ansiedad. En cada ítem el entrevistado debe calificar en una escala del 1 al 5, en el que 1 significa que el ítem no describe lo que ocurre y el 5 que describe exactamente lo que sucede. Este cuestionario tiene como fin diferenciar entre dos aspectos de la ansiedad, el aspecto cognitivo y el aspecto somático. El cuestionario de ansiedad cognitiva-somática se considera una medida de la ansiedad rasgo.

En la suma de los puntajes de los ítems que conforman cada subescala, cognitiva y somática, N. obtuvo el mismo resultado para las dos escalas, 26 puntos. Los ítems a los que N. otorgó mayor puntaje fueron: “Me pongo nervioso/a” y “Siento un temblor en mi cuerpo”. Con estos resultados se puede notar que N. presenta los síntomas cognitivos y somáticos característicos de las personas con ansiedad social

Análisis de la narrativa

Para evaluar las diferentes dimensiones de la narrativa, se tomó en cuenta los aspectos propuestos por Moreira, Beutler y Goncalves (2008): la coherencia narrativa estructural, el proceso de complejidad y la diversidad del contenido. Cada una de estas dimensiones, está compuesta por diferentes subdimensiones, a las que se debe calificar por medio de una escala de Likert de 5 puntos.

La coherencia narrativa estructural (Moreira y colaboradores, 2008) se refiere a la forma en que los diferentes aspectos de la experiencia se relacionan el uno con el otro y crea una sensación de coherencia con el sí mismo. En esta dimensión se busca evaluar cuatro aspectos: La orientación, la secuencia estructural, el compromiso evaluativo y la integración. La orientación, donde se busca conocer información sobre los personajes y el contexto social en el que se desarrollan, el tiempo y el espacio, y las características personales que influyen la conducta. La secuencia estructural, se presenta como la serie de eventos que se definen por una secuencia temporal de una experiencia personal. El compromiso evaluativo se reseña como el grado de involucramiento o conducta dramática del narrador en su narrativa. Finalmente, la integración mide el grado de difusión o integración entre varios elementos de la historia que fueron presentados para producir el significado global. Esta dimensión ha presentado una confiabilidad de 0.96 entre observadores (Goncalves, Henriques, Soares, & Monteiro, 2001).

El proceso de complejidad (Moreira y colaboradores, 2008) se refiere al grado inicial de apertura a la experiencia. Las subdimensiones que conforman esta dimensión se dividen en cuatro niveles: el nivel de objetividad, el nivel de subjetividad emocional, el nivel subjetividad cognitivo y el nivel de metaforización. El nivel de objetividad se refiere a la diversidad de elementos sobre la experiencia sensorial. El nivel de subjetividad emocional hace referencia al grado con el cual el paciente presenta diversas experiencias emocionales. El nivel de subjetividad cognitiva describe el grado en el que el paciente incluye e integra los elementos de su experiencia cognitiva en su narrativa. Finalmente, el nivel de metaforización se refiere a la diversidad de elementos metacognitivos y significados que se presentan en la narrativa. Esta dimensión ha presentado una confiabilidad de 0.89 entre observadores (Goncalves, Henriques, Soares, & Monteiro, 2001).

La diversidad del contenido (Moreira y colaboradores, 2008) mide el grado en el que las narrativas del individuo son caracterizadas por diversos contenidos. Esta dimensión contiene cuatro características: tema, eventos, análisis de escenario y personajes. El tema se indica con el nivel de temas presentados en la narrativa. Los eventos se indican con la diversidad de eventos en la narrativa. Escenario, implica la cantidad de escenarios en la narrativa. Finalmente, los personajes, evaluó las características y la diversidad de los personajes. Esta dimensión ha presentado una confiabilidad de 0.94 entre observadores (Goncalves, Henriques, Soares, & Monteiro, 2001).

Este método de análisis cualitativo ha sido usado en estudios para definir la existencia de diferencias en las narrativas entre casos con buenos y malos resultados en la terapia, revelando la existencia de diferencias entre los dos tipos de casos. Los casos con buenos resultados presentan un aumento en el nivel narrativo durante la terapia (Moreira, Beutler, & Goncalves, 2008).

Conceptualización del caso

Modelo Médico Psiquiátrico

Diagnóstico multiaxial DSM-IV-TR (APA, 2002)

Eje I	300.23	Ansiedad Social
Eje II	V71.09	No existe diagnóstico para este eje
Eje III		No existe diagnóstico para este eje
Eje IV		Nuevo empleo
Eje V		GAF=75 (actual)

Se determinó el diagnóstico de ansiedad social debido a que N. cumple con todos los criterios. Criterio A, reporta tener un marcado y persistente miedo a la situación de

conocer gente nueva en su trabajo y al realizar presentaciones en público. En el Criterio B, N. dice que la presencia de estas situaciones le provoca ansiedad. En el Criterio C, por el hecho de venir a terapia y su reporte verbal se sabe que N. reconoce que el miedo es excesivo. En el Criterio D, se puede observar que N. enfrenta las situaciones con intensa ansiedad. En el Criterio E, se puede percibir que la ansiedad si interfiere con la rutina de N., ya que emplea mucho tiempo para preparar las presentaciones, y también se sobrecarga con el trabajo de los demás por el hecho de sentir mucho miedo al momento de asignar tareas a sus subalternos. El Criterio F, no aplica debido a que N. es mayor de 18 años de edad. En el Criterio G, N. no reporta tener ningún tipo de condición médica. En el criterio H, tampoco N. no presenta otro tipo de trastornos mentales.

Modelo Cognitivo- Conductual

Cuando N. se encuentra en una situación como la de hablar en público o conocer gente nueva, ella comienza a tener pensamientos automáticos negativos acerca de la percepción de los demás sobre su desempeño. Estos pensamientos automáticos se presentan justo antes de que la situación permita la activación reflexiva de la ansiedad y sus síntomas característicos. Para reducir la ansiedad N. ha desarrollado algunas estrategias de afrontamiento o conductas de seguridad que se han vuelto contraproducentes y han permitido el mantenimiento del problema, por ejemplo la exagerada preparación para sus presentaciones y hacer el trabajo por sí misma en vez de pedir a sus subalternos. Así también un componente central del problema para N. es la excesiva conciencia sobre sí misma que interfiere con su desempeño y además previene a N. de la posibilidad de descubrir que sus pensamientos son irracionales y exagerados en relación a la realidad. En este sentido se puede notar que N. está siempre pensando en los síntomas que tiene al hablar en público. La conciencia de sí misma está parcialmente distorsionada por las

creencias acerca de cómo se presenta a los demás cuando ésta ansiosa, estas creencias mantienen la ansiedad. N. siente que está realizando un mal trabajo en relación a la presentación y por lo tanto siente mayor presión por la próxima presentación.

En el cuadro que se presenta a continuación, se puede notar claramente el funcionamiento del modelo presentado anteriormente:

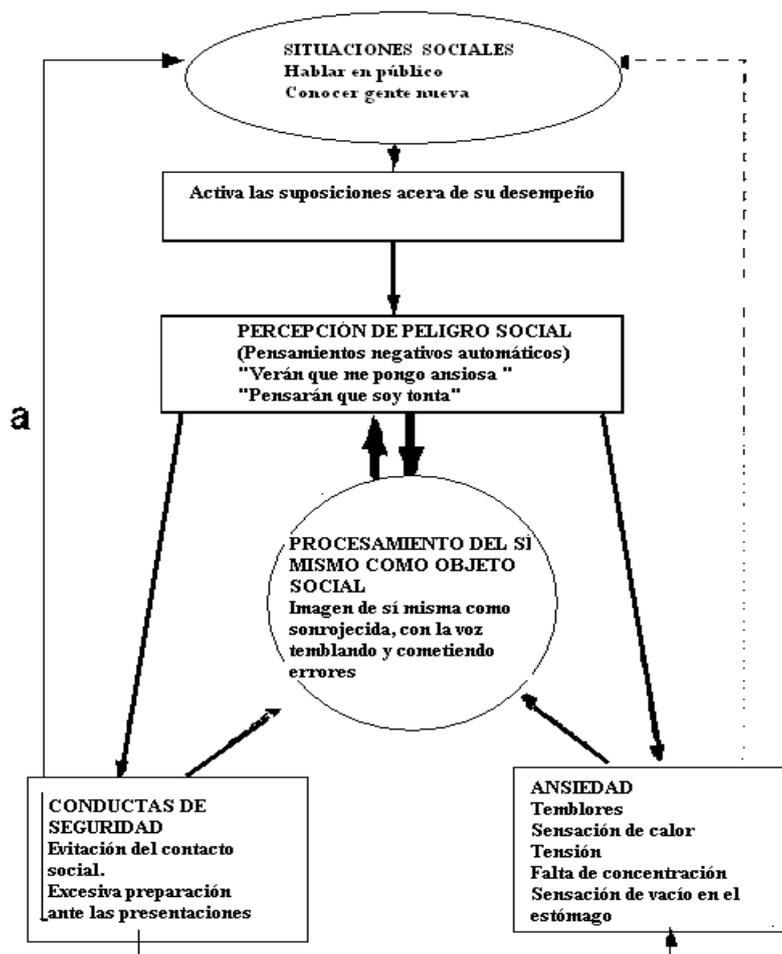


Figura 1 Un modelo cognitivo de la fobia social. Wells, A. (1997), *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*, Chichester, UK: John Wiley & Sons Limited, p. 169.

Modelo Constructivista

El funcionamiento de N., a través de su patrón relacional de buscar confirmación externa sobre su autocompetencia, para dar sentido a su identidad; es posible ubicarlo en dos momentos de su historia personal. El momento en el que el patrón es egosintónico, y el momento en que se vuelve egodistónico en relación al ambiente que la rodea.

En el primer momento cuando el patrón relacional es egosintónico, la confirmación de autocompetencia la recibe de su entorno, por lo tanto su sentido de identidad no se ve vulnerado. La confirmación que recibe de su patrón relacional es dada por el entorno que es conocido para ella y no presenta ambigüedad. En este momento se puede identificar su permanencia en su ciudad natal, una ciudad pequeña, donde conocía las expectativas que las personas tenían de ella, por lo tanto su situación no presentaba ambigüedad. Su patrón relacional en esta época se debió haber confirmado naturalmente por acción de su familia y el medio que la rodeaba. Más tarde cuando decide buscar trabajo en la ciudad de Quito, su patrón relacional se actualiza, es así que encuentra una pareja que puede confirmar este patrón. En su primer trabajo el patrón relacional no se ve vulnerado debido a que no tiene acceso a relaciones sociales de manera directa.

La hipótesis acerca de la presencia del patrón relacional antes mencionado, se basa en que durante la sesión, N. realizó preguntas en razón de buscar confirmación por parte del terapeuta. Acción que puede ser una actualización de su patrón relacional, que se repite en otras circunstancias de su vida.

El patrón relacional se vuelve egodistónico cuando consigue el empleo como gerente financiera. Así el agente desencadenante, es la presencia frente a una situación desconocida y ambigua. Mientras que los mantenedores de la ansiedad son el hecho de conocer gente nueva que ella no quiere conocer y el que estas personas se convierten en potenciales agentes desconfirmadores de su autocompetencia y por ende de su identidad.

Procedimiento-tratamiento

Modelo Médico Psiquiátrico

A partir del modelo médico y su explicación de los síntomas de la ansiedad, tomando en cuenta que hay una situación en específico que quiere mejorar N. El tratamiento psiquiátrico recomendado por Khan, Albers y Reist (2004), para este tipo de situaciones sería el uso de fármacos bloqueadores-betaadrenérgicos, como el Propanolol. La dosis adecuada puede variar de 20 a 40 miligramos, que debe ser consumida entre 30 a 60 minutos antes de que ocurra el evento provocador de ansiedad. En el caso de N. la dosis debería ser consumida antes de la realización de las presentaciones en su oficina.

El uso de fármacos bloqueadores-beta adrenérgicos ha demostrado reducir los síntomas de ansiedad social frente a situaciones específicas en mayor escala que el uso de placebos. Estos resultados son tomados de la investigación que fue llevada a cabo con 389 individuos por Robinson y Hood (2007). El uso de fármacos sirve como una forma de tratamiento de los síntomas fisiológicos a corto plazo; pero no parecen ser útiles para contrarrestar la ansiedad anticipatoria o para reducir las conductas evitativas que mantienen la fobia social (Rey y colaboradores, 2006).

Modelo Cognitivo-Conductual

A partir del modelo cognitivo-conductual, se podría plantear un proceso terapéutico que se desarrolle en un período de 10 a 12 sesiones. El proceso se lo dividiría en cuatro etapas: la socialización, la presentación de experimentos conductuales, corrección de la percepción de la imagen, interrogación sobre las cogniciones negativas y consolidación de lo aprendido (Hazlett-Stevens & Craske, 2004).

En la primera etapa, las tres primeras sesiones, lo que se haría es realizar la formulación del caso junto con el mismo paciente. Para esto se pediría a la paciente que

describa su experiencia en la situación de hablar en público. Después de escuchar el relato, se exploraría los procesos cognitivos y las conductas que se presentan durante las presentaciones en público que realiza la paciente (Goldfried & Davison, *Clinical behavior therapy*, 1994). También se puede usar evaluaciones conductuales para comprender mejor las respuestas de la paciente para la situación específica de hablar en público. En este momento es importante la socialización y explicación de la formulación del caso a la paciente (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). Con esto se buscaría que N. esté más alerta acerca de cómo procesa la información, para posteriormente actuar. También en esta etapa se discutiría con la paciente acerca de la concordancia del modelo propuesto con respecto a su experiencia personal.

La segunda etapa puede tener una duración de tres sesiones, en las que se busca principalmente la realización de tareas conductuales específicas que permitan de alguna manera la exposición a la situación amenazante, en este caso hablar en público y relacionarse con los demás (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). Es así que un ejercicio que se podría realizar es la atención a las conductas de seguridad (Clark & Wells, 1995). Lo que se perseguiría con este ejercicio es disminuir la frecuencia de las conductas de seguridad, mediante la corta exposición a la situación fóbica. Así se presentaría a N. la situación de hablar en público y se le pediría que mencione las conductas de seguridad que le permiten realizar la actividad. Luego se le pide que comience a focalizar su atención en otra dirección diferente a la que toma usualmente, así también se le pediría que piense en las predicciones que hace de lo que podría ocurrir si no realiza las conductas de seguridad. Luego se le expondría a la situación de hablar en público por un periodo corto de tiempo y que focalice en otras áreas su atención. Finalmente se dialogaría acerca de las predicciones y si estas ocurrieron o no al dejar de realizar las conductas de seguridad. Con esto se pretendería que N. desconfirmar sus creencias alrededor de las conductas que

supuestamente le producen seguridad. También se puede usar el ejercicio de las videograbaciones. Lo que se haría sería grabar a N. durante todas las sesiones, y también se la grabaría mientras está expuesta a la situación de hablar en público. Luego se le presentaría la videograbación con el fin de que cuestione la verdadera validez de sus creencias negativas.

En la tercera etapa del tratamiento, se podría trabajar mediante el cuestionamiento de los ejercicios realizados anteriormente (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). Con esto se pretendería que N. a partir de la evidencia que ha recogido, pueda evaluar de diferente manera su desempeño real durante las presentaciones en público.

Finalmente en la cuarta etapa, que puede presentarse desde la décima a la doceava sesión, lo importante sería la consolidación del material trabajado durante las sesiones anteriores. (Hazlett-Stevens & Craske, 2004) Se propondría llegar a una conclusión sobre la nueva imagen que podría haber desarrollado N. acerca de su desempeño frente a las situaciones fóbicas. También se trabajaría la prevención de las recaídas (Hazlett-Stevens & Craske, 2004). Para esto se pediría a N. que explique la conceptualización de su caso y que también explique las estrategias que le ayudan a afrontar la situación actualmente (Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008). Con esto se podría determinar la evolución del caso. Antes de terminar el proceso se podría verificar la presencia de situaciones no resueltas con respecto al evento que produce la reacción fóbica. En este modelo es importante el seguimiento, seis meses después para evaluar el mantenimiento de los resultados y también para reforzar las estrategias aprendidas (Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008).

La investigación científica apoya la eficacia del modelo de tratamiento cognitivo-conductual en casos de fobia social. Algunos estudios de meta-análisis han demostrado que la terapia cognitivo-conductual es más efectiva que la ausencia de terapia (Rowa &

Antony, 2005). La terapia cognitivo-conductual aparentemente es útil para la reducción de los síntomas de la fobia social (Rowa & Antony, 2005). Aunque se tiene claro que la terapia cognitivo-conductual puede ayudar a la reducción de síntomas en la fobia social, todavía no está claro que este tipo de terapia sea más efectiva que otros tipos de psicoterapia.

Modelo Constructivista

La efectividad en relación al uso específico del tratamiento del modelo constructivista en casos de fobia social no fue posible determinar. La causa se debe a que no se pudieron encontrar estudios de este tipo de terapia frente a este problema determinado. Sin embargo, un estudio meta-analítico llevado a cabo por Metcalfe, Winter y Viney (2007) con 20 publicaciones acerca del uso de la terapia de los constructos personales en casos clínicos determinó que este tipo de tratamiento tuvo ventajas sobre la ausencia de terapia y los beneficios se mantuvieron en el seguimiento.

El caso presentado a lo largo de este trabajo fue tratado por medio de la terapia constructivista. La intervención fue desarrollada en el transcurso de cuatro sesiones. A continuación se describe cada una de las sesiones y las implicaciones más importante para el caso en cada una de ellas.

Primera Sesión

En la primera sesión, básicamente se estableció la demanda. N. la refirió como: “Vengo acá debido a que me siento muy nerviosa cuando tengo que hablar en público y quiero dejar de sentirme así”. A más de la demanda, en la primera sesión se planteó las diversas situaciones que le provocan ansiedad y cómo ella las vivencia. N. planteó que ella vivencia su ansiedad como algo incontrolable que comienza con la sensación de que se pone roja, siente calor y le comienzan a temblar las piernas. Estos síntomas aparecen cada

vez que ella tiene que realizar una presentación frente a su jefe. N. dice que la sensación de ansiedad solo la vive en la situación antes mencionada, que cuando realiza presentaciones en las clases de la maestría, ella no presenta este tipo de ansiedad.

Con el transcurso de la sesión y después de haber explorado las situaciones en las que se presenta la ansiedad, se realizó junto con la paciente una construcción de la situación específica que le produce ansiedad y cómo tal situación mantiene la ansiedad. Así lo que la paciente pudo especificar de acuerdo a las circunstancias, fue que ella siente que está siendo evaluada y que el hecho que sea su jefe el que la está evaluado es muy importante para ella, puesto que quiere presentarse de la mejor manera. Además, N. pudo especificar que esta situación le produce ansiedad debido a que todas las personas que la rodean son desconocidas y ella quiere dar una buena impresión frente a ellos. N. comentó que para ella es muy importante dar una buena impresión, puesto que quiere que se den cuenta de que hace bien su trabajo y que está muy bien capacitada para hacerlo. También se le preguntó acerca de que hace ella para evitar la ansiedad, ella respondió que trata de preparar su presentación de una manera muy exhaustiva y practica mucho porque quiere sentirse segura de lo que está presentando. Mientras se daba esta construcción de la situación ansiosa, constantemente N. buscaba confirmación de lo que le estaba pasando, haciendo preguntas a la terapeuta de si lo que a ella le pasa es normal. Así lo que se hizo fue devolver las preguntas presentadas por N., para que ella misma pueda desarrollar sus propios significados.

A partir de la constante búsqueda de confirmación de N. en la terapeuta, se pudo llegar a determinar que sería posible proponer como hipótesis que esté es el patrón con que la paciente se vincula con las personas que la rodean. Así su ansiedad puede ser observada como producto de la falta de confirmación que no recibe por parte de su jefe y los otros gerentes de la empresa. Tomando en cuenta esta hipótesis, se negoció con la paciente la

posibilidad de que en vez de tratar de reducir los síntomas ansiedad, con la terapia se trataría de que ella encuentre una forma de manejar su ansiedad.

Esta sesión no pudo ser registrada debido a que en un comienzo N. se negó a ser filmada. El desarrollo de la sesión que se muestra en la parte posterior refiere al uso de notas de la terapeuta durante esta sesión. Después de haber realizado la entrevista a N., se le explicó algunos temas importantes como la confidencialidad y el uso del video en este ambiente terapéutico. Después de realizar la explicación N. accedió a ser filmada a partir de la siguiente sesión.

Segunda Sesión

En esta sesión lo que se buscó fue definir con mayor claridad cómo N. vivencia su situación de ansiedad. N. describe su ansiedad por medio de estas frases:

“El problema es cuando está el gerente, y él diga esta chica es inteligente o esta chica habla cosas que no son”

“Pienso que me está analizado y que me está evaluado, ahí me pongo nerviosa”

“Las otras personas tienen miedo, pero no se les nota”

“A mí se me nota porque me pongo roja y siento que la voz me tiembla”

“Creo que es más la presión de él” “Cuando no está él, solo me quedo en silencio y ya”

Después de realizar esta descripción de cómo ella vivencia la situación ansiosa. Se pasó a indagar sobre el significado que N. le otorga a la presencia de la ansiedad.

T: “Todo esto que me dices, tiene algún significado para ti”

N: “Yo creo que es porque prácticamente yo estoy encargada de la oficina, ellos esperan que yo sepa más, pero como no sé de electrónica siento un poquito de inseguridad. Yo hago todo lo que tenga que hacer, pero el problema es que en esta reuniones también se habla de la parte técnica, y yo no entiendo”

T: “Conoces lo que tú estás haciendo”

N: “Sí yo hago bien mi trabajo, pero me da la impresión de que ellos piensan que no hago nada en todo el día, a pesar de que yo hago todas mis cosas y paso todo el tiempo ocupada”

T: “Ellos saben que tus competencias son otras”

N: “Mi trabajo es otra cosa, pero a veces me da la impresión de que ellos esperan más de mí”

Por medio de estas frases, es posible notar que N. propone que el significado de su ansiedad está basado en que en esta situación no es posible para ella recibir la confirmación necesaria para describirse como autocompetente. Su patrón de búsqueda de confirmación externa se repite también durante el proceso terapéutico. Esto se puede notar cuando comienza a buscar aprobación por parte de la terapeuta. Como se demuestra en el siguiente diálogo:

N: “Me paso algo con un compañero, le tenía que explicar sobre un contrato, y cuando le fui a explicar me puse roja y comencé a temblar”

T: “¿Esto no te había pasando antes?”

N: “No, pero creo que no me debería pasar porque es solo un compañero, ¿crees que estoy exagerando?”

T: “Tú qué crees”

N: “Bueno la verdad creo que me pasa esto porque no le conozco bien y me da miedo que piense mal de mí. Creo que debería ser más amistosa con los demás empleados de la oficina, si porque no debe ser normal que me dé tanto miedo no cierto”

T: “La verdad no sé qué podría decirte yo, mejor tú dime lo que tú piensas alrededor de esto”

Cómo se puede notar en el diálogo que se muestra anteriormente, la respuesta ante la búsqueda de confirmación de la paciente, fue el uso de respuestas neutras, devolviendo la pregunta. Si se hubiera respondido a la búsqueda de confirmación, se hubiera estado

vinculando con N. a través de su patrón relacional, por lo tanto no se le permitiría que ella por su propia cuenta encuentre su propia confirmación.

Tercera Sesión

En esta sesión lo que se realizó fue seguir usando la neutralidad frente a las confirmaciones que buscaba N. Es así que el fin de la sesión fue que a través de la neutralidad, N. comience a desarrollar sus propias confirmaciones. A continuación se presenta un diálogo entre paciente y terapeuta, en el que se usó la devolución de respuestas neutras.

N: “En la evaluación de este mes me dijeron que estaba bien, que solo tenía que mejorar unos pocos aspectos”

T: “¿Cómo te hizo sentir eso a ti?”

N: “Bien, porque me preparé bien y por eso realicé una buena presentación. Lo que creo ahora es que lo que me cuesta es hablar cuando salimos a comer con los compañeros de la oficina”

T: “¿Cómo llegaste a esta conclusión?”

N: “Porque cuando salimos a almorzar sí hablé, pero no tanto como las demás personas. No podía entrar a la conversación por mí misma. Será que eso es lo que está mal”

T: “No sé dime tú qué piensas sobre lo que me estás diciendo”

N: “Siento que a mí me hace falta autoridad. Creo que es más por timidez. Creo que tengo que involucrarme más, pero siento que cuando hago eso les incomodo. Sin embargo el jefe en esta reunión les aclaró cuál es mi trabajo y creo que ahora tengo más apertura con ellos”

Como se puede notar en este diálogo, el uso de respuestas neutras a las confirmaciones que busca N., permitió que la paciente por sí misma comience a crear explicaciones alrededor de su experiencia, y de alguna manera justifique lo que está experimentando.

En esta sesión también se reforzaron algunos elementos de cómo ella ha podido manejar la ansiedad en algunas situaciones:

N: “A veces cuando tengo que hablar con la gente del trabajo, me pongo roja y nerviosa”

T: “Y entonces qué pasa, cómo manejas esto”

N: “No sé, la verdad sigo hablando y acabo de explicar lo que estoy diciendo”

T: “Es decir que a pesar de todo, igual cumples con lo que te has comprometido”

N: “Bueno creo que sí”

Como se puede notar en el diálogo anterior, N. comienza con una explicación muy desalentadora de lo que le pasa cuando siente ansiedad, frente a una situación experimentada anteriormente. Sin embargo al final del diálogo se puede notar que N. tiene una percepción diferente, explicando que a pesar de todos los síntomas, igual ella realiza su trabajo. Con este diálogo se trató de naturalizar lo que le estaba pasando y de reforzar el hecho de que a pesar de presentar síntomas de ansiedad, igual ha podido de alguna manera manejarlos y seguir con su trabajo. Es decir la ansiedad no le impide desarrollar sus actividades normales en la oficina.

Cuarta Sesión

En esta sesión lo que se hizo fue naturalizar lo que le estaba pasando a ella. El fin de esta estrategia, era que N. pueda explicar su funcionamiento a través de la ansiedad, y entonces que este elemento se vuelva egosintónico con su experiencia.

T: “Tú sabes cómo funciona la ansiedad, es un mecanismo adaptativo que sirve para que tu cuerpo funcione más rápido y puedas desarrollar mejor tus actividades. Sabes que con la ansiedad no va a pasar nada más que eso de tener estos síntomas. ¿A ti te sirve de algo la ansiedad?”

N: “Igual creo que la ansiedad me ha permitido seguir en el trabajo y hacerlo bien, sino creo que ya lo habría dejado, igual también voy a las clases de inglés a pesar de que me siento ansiosa”

En este párrafo, se puede notar como las narrativas de N. se han ido enriqueciendo, presentan más escenarios y de alguna manera muestran que el significado alrededor de la ansiedad para N. ha cambiado. Antes parecía que la ansiedad era incontrolable y exagerada, ahora se presencia como un elemento que es parte de su vida y con el que ha aprendido a vivir. También en el diálogo se puede notar como N. ya no busca confirmación por parte de la terapeuta.

En el siguiente fragmento se muestra cómo N. en esta sesión muestra que está comenzando a flexibilizar sus patrones de pensamiento en relación a percibir que la ansiedad es algo que sólo le pasa a ella

N: “Antes cuando entraba a la oficina sentía un gran temor, ahora me siento más clara en cuanto a lo que está pasando”

T: “Cómo es esta sensación”

N: “Bueno la verdad es que un día hable con las otras personas de la oficina y me dijeron que ellos sentían que era difícil comunicarse en el ambiente del trabajo”

T: “Es decir que te diste cuenta de que los otros también sentían lo mismo”

N: “Si creo que ahora ya sé que no sólo me pasa a mí”

T: “Cómo te hace sentir el saber que no solo es tu percepción”

N: “Creo que no tengo una gran relación social con mis compañeros, porque todos tienen mucho trabajo que hacer”

En este fragmento se puede notar como la flexibilización de los patrones de N. le han permitido de alguna manera explorar más temas sobre su ansiedad. De esta manera en

el fragmento se muestra como N. ha ido creando nuevas explicaciones sobre por qué y cómo experimenta la ansiedad dentro de la oficina.

A continuación se presenta una intervención que buscó naturalizar la ansiedad de N. en relación al ambiente en el que se desarrolla:

T: “Entonces las situaciones nuevas son las que te hacen preocupar por más cosas, pero igual tú has decidido seguir experimentando cosas nuevas como ir a las clases de inglés. Si hubieras tenido tanto miedo crees que te hubieras inscrito a las clases. A pesar de que sientes miedo no has pensado en botar las clases”

N: “Eso si a pesar de sentir ansiedad no he pensado nunca en dejar ni las clases de inglés, ni mi trabajo. Ahora creo que mi ansiedad es a las situaciones nuevas. Creo que es la presión porque los demás me vean bien. ¿Pero crees que siempre voy a tener que pasar por este proceso?”

T: “¿Qué te parece a ti?”

N: “Creo que sí, igual todas las personas se deben sentir con miedo ante las situaciones diferentes. Igual esto me ayuda a dar lo mejor de mí para poder adaptarme”

En este último diálogo es posible notar como la ansiedad ha cambiado de ser un elemento nocivo según la interpretación de N. en la primera sesión; a ser un elemento que se interpreta como funcional. Al parecer N. ha integrado a la ansiedad como un medio que le permite realizar su trabajo de la mejor manera, lo que de alguna manera le ha permitido tener ascensos y por lo tanto adaptarse mejor al medio en el que se desenvuelve.

Al final de la sesión se había quedado con N. para realizar otra sesión una semana después. Sin embargo ella se excusó y no vino a la siguiente sesión. Comentó que ya se sentía mejor con relación al tema. Posteriormente, al haber pasado tres semanas pidió una nueva cita, pero aclaró que esta vez ya no sería sobre el tema tratado anteriormente (es decir sobre la ansiedad en el trabajo). Con la presencia de este hecho se puede llegar a la

conclusión de que N. ya no interpreta a la ansiedad como un problema que afecta su desenvolvimiento cotidiano.

Seguimiento

Después de un mes de un mes a partir de la última sesión con N., se realizó una llamada telefónica con el fin de conocer acerca de cómo ella se había desarrollado en su vida cotidiana durante este tiempo en el que no acudió a terapia. Fue sorprendente notar que N. demostraba con sus palabras que en realidad en la situación de su trabajo se estaba adaptando de una manera adecuada. A continuación se presenta lo que N. respondió al preguntarle sobre su desarrollo en estas últimas semanas:

“Te comento que en las últimas reuniones de trabajo me fue muy bien, mi voz no se quebró y tampoco temblaron mis piernas y tuve la oportunidad de compartir con mis compañeros un viaje y fue bueno para interrelacionarnos más. Ahora las cosas en mi trabajo están muy bien”

A partir de esta respuesta se puede concluir que de alguna manera los cambios han permanecido y se han enriquecido en las últimas semanas. Además durante la conversación por teléfono N. se mostró agradecida con la terapeuta y manifestó su deseo de comenzar de nuevo la terapia, pero con el fin de tratar otros asuntos. Así se le ofreció el servicio gratuito de la universidad y que este estará abierto para cualquier consulta.

Resultados

Con motivo de verificar la existencia de cambios en la narrativa de la paciente entre la primer sesión y la última sesión, se usó el análisis de narrativa (Goncalves, Henriques, Soares, & Monteiro, 2001). Así se calificó la narrativa del paciente durante la sesión según los criterios propuestos por el autor de la técnica de evaluación. El análisis de la narrativa se realizó para la primera y para la última sesión.

Los resultados del análisis de la narrativa muestran que hubo cambios entre las narrativas de la primera sesión y las narrativas de la última sesión. Así el puntaje de la narrativa en la primera sesión fue de 27 puntos; mientras que en la última sesión fue de 46 puntos.

Cada una de las dimensiones de calificación también presentó diferencias en cuanto a la primera sesión y a la última sesión. Así se encontró mayor coherencia en la narrativa de la última sesión (16 puntos) en comparación con la coherencia de la primera sesión (9 puntos). También los cambios se presentaron en el nivel de complejidad del proceso narrativo, en la primera sesión se presentó un nivel (10 puntos), mientras que en la última sesión el nivel fue mayor, alcanzando (13 puntos). Finalmente en grado de diversidad de la narrativa, en la primera sesión exhibió un nivel más bajo (8 puntos) que en la última sesión (17 puntos).

A continuación se presenta un cuadro de resumen de las calificaciones obtenidas en cada una de las subdimensiones del sistema de calificación del análisis de la narrativa, tanto para la primera sesión como para la última sesión.

		Primera Sesión	Última Sesión
Coherencia	Orientación	3	4
	Secuencia estructural	2	4
	Compromiso evaluativo	2	4
	Integración	2	4
	Total	9	16
Complejidad	Objetividad	4	3
	Subjetividad emocional	2	3
	Subjetividad cognitiva	2	4
	Metaforización	2	3
	Total	10	13
Diversidad	Temas	2	5
	Eventos	2	4
	Escenario	2	4
	Personajes	2	4
	Total	8	17
	Suma de las Dimensiones	27	46

Cuadro 1 Resultados Análisis de Narrativa

La paciente en la última sesión tuvo una narrativa más compleja y reflexiva como lo demuestran las calificaciones del análisis de la narrativa. En las narrativas de la última sesión la paciente muestra mayor coherencia. La orientación hacia el significado que ella le otorga a su ansiedad es mayor que la primera sesión. También hay una mayor secuencia estructural de los hechos que le provocan ansiedad, siendo estos hechos más claros y específicos en comparación con la primera sesión en la que la ansiedad era más generalizada. También en la última sesión el compromiso evaluativo es mayor, evidenciado que N. es más reflexiva en cuanto a lo que le pasa y los beneficios que le provee su ansiedad. Así en la subdimensión de integración, también fue posible notar que en la última sesión hubo una mayor integración entre las sensaciones y las explicaciones que ella le daba a su ansiedad.

En cuanto al nivel de complejidad de las narrativas, N. también obtuvo un mayor puntaje en la última sesión en relación con la primera sesión. En la subdimensión de objetividad, se puede notar que el nivel fue mayor en la primera sesión, debido a que en esta sesión N. puso más énfasis en la descripción física de su ansiedad; en cambio en la última sesión, otorgo menor importancia a su experiencia física. En relación a la subjetividad emocional, N. en la última sesión demostró y analizó mucho más lo que ella sentía con respecto a su ansiedad. También la subdimensión de subjetividad cognitiva presentó cambios en la última sesión, así en las narrativas se puede notar mayor énfasis en las cogniciones y en la manera en que N. interpreta el mundo. La metaforización fue una subdimensión en la que también se produjeron cambios, existiendo en la última sesión un nivel mayor de metacogniciones y significados alrededor de la ansiedad.

Finalmente, en relación a la dimensión de diversidad, las narrativas presentaron mayor diversidad en cuanto a todas las subdimensiones: temas, eventos, escenarios y

personajes. Este cambio fue más evidente ya que las narraciones en la última sesión son mucho más amplias y complejas en relación a la primera sesión.

Implicaciones del tratamiento en el caso y recomendaciones

Algunas implicaciones pueden ser derivadas desde este caso de estudio. En primera instancia se propuso el caso a partir de tres enfoques diferentes, el modelo médico psiquiátrico, el modelo cognitivo conductual y el modelo constructivista. Así también se presentaron las posibles formas de tratamiento de este caso en particular, a partir de la base teórica de cada una de las perspectivas. Con esto se buscó mostrar cómo cada una de las perspectivas presenta el caso y propone el tratamiento de una manera diferente.

En segundo instancia, específicamente a partir del tratamiento del caso por medio de la terapia constructivista se evidenciaron algunos cambios. Mediante los resultados obtenidos a partir del análisis de narrativa, se puede concluir que la terapia constructivista produjo un cambio en las narrativas de la paciente comparando la primera sesión y la última sesión. Es así que en la última sesión la paciente muestra narrativas más complejas, más diversas y más coherentes. En la última sesión es posible encontrar que hay mayor importancia al significado que N. le ha comenzado a otorgar a su ansiedad. Precisamente, la terapia cambió el significado de molestia y generalización de ansiedad a diversas situaciones de la vida de la paciente, en la primera sesión; a presentar narrativas que le otorgaban un funcionamiento adaptivo a la ansiedad de N., para la última sesión. Por lo tanto la ansiedad había sido integrada como un elemento funcional en el sistema personal más que como una molestia. No se cambió la ansiedad, sino que la misma paciente le dio una explicación acorde a su funcionamiento y a su identidad.

Los resultados obtenidos mediante la terapia constructivista en este caso, no pueden ser generalizados, para proponer a la terapia constructivista como un medio eficaz para tratar la ansiedad social. Las razones tienen que ver con dos cuestiones fundamentales. En

primer lugar, el constructivismo, propone que cada persona construye su propia realidad; a partir de este postulado, la experiencia de la ansiedad es diferente para cada persona y por lo tanto el tratamiento debe ser dirigido a cada caso en particular. En segundo lugar, la evidencia de un caso no puede usarse como una generalización en la proposición de un tipo de tratamiento, es necesario mayor investigación y con poblaciones más amplias para que se pueda determinar la eficacia de la terapia constructivista. Incluso sería importante el desarrollo de instrumentos de investigación que permitan una evaluación de la evolución del tratamiento a partir de una perspectiva constructivista, donde se ponga mayor énfasis en la construcción personal de los significados del paciente y sea sensible a notar los cambios en estas estructuras de significado.

Tampoco se puede proponer que tipo de tratamiento, de los presentados a lo largo del trabajo, es más efectivo en casos de fobia social. No se puede realizar esta comparación debido a que cada perspectiva busca objetivos diferentes y basa sus apreciaciones del cambio de manera particular. En esta dirección, la investigación podría ser dirigida a tratar de entender la experiencia personal del paciente a través del tratamiento y a partir de esto poder comparar los beneficios personales que pueda otorgar cada tipo de terapia.

Para el futuro sería interesante proponer una investigación más amplia acerca del uso de la terapia constructivista en el manejo de la ansiedad social. También sería interesante proponer nuevas formas de investigación para la determinación sistemas más adecuados para la medición de los resultados en psicoterapia, especialmente en psicoterapia constructivista.

Referencias Bibliográficas

- Allen, K., & Page, A. (2005). Performance-related beliefs in social phobia: why social phobics perceive performance requirements as exceeding their abilities. *Behaviour Change*, 1(22), 1-12.
- Antony, M., & Barlow, D. (2002). *Handbook of assesment and treatment planning for psychological disorders*. New York : Guildford.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Universities Press.
- Cía, C. (2004). *Trastorno de ansiedad social: Manual de diagnóstico terapéutico y de ayuda*. Buenos Aires : Polemos .
- Clark, D., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia . En M. Heimberg, D. Liebowitz, A. Hope, & E. Scheier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (págs. 69-93). New York : Guildford Press.
- Cushman, P. (2002). How psychology erodes personhood. *Journal of Theoretical and Philosophical psychology*, 2 (22), 103-113.
- Davidson, J. (2003). Pharmacotherapy of social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (417), 65-71.
- Epting, F., Gemignani, M., & Cross, M. (2003). An audacious adventure: personal construct conunselling and psychotherapy. En F. Frasella, *International handbook of personal construct psychology* (págs. 238-252). Hoboken : John Wiley & Sons Inc.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia* (56), 12-18.
- Fernández, H. (1992). La psicología cognitiva y la psicoterapia. En H. Fernández, *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia* (págs. 61-76). Buenos Aires : Paidós .
- Fresco, D., & Heimberg, R. (2001). Empirical supported psychological treatments for social phobia. *Psychiatric Annals* 3 (31), 489-497.
- Goldfried, M. (1982). Behavioral assement: An overview. En A. Bellack, M. Hersen, & A. Kazdin, *International handbook of behavior modification and therapy* (págs. 134-156). New York : Plenum Press.
- Goldfried, M., & Davison, G. (1994). *Clinical behavior therapy* (Segunda edición ed.). New York: John Wiley & Sons.

- Goncalves, O., Henriques, M., Soares, L., & Monteiro, A. (2001). *Narrative content multiplicity evaluation manual*. Lisboa: Universidad de Minho.
- Guidano, V. (2004). A constructivist outline of human knowing process. En M. Mahoney, *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research and practice* (págs. 89-100). New York: Springer Publishing Company.
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. (2004). Brief cognitive behavioral therapy: definition and scientific foundations. En F. Bond, & W. Dryden, *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (págs. 1-20). Hoboken : John Wiley & Sons, Inc.
- Holland, J., Neimeyer, R., Currier, J., & Berman, J. (2007). The efficacy of personal construct therapy: A comprehensive review. *Journal of Clinical Psychology* , 1(63), 93-107.
- Hope, D., Heimberg, R., Juster, H., & Turk, C. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*. San Antonio : The Psychological Corporation .
- Kelly, G. (1991). Dimensions of diagnosis. En G. Kelly, *The psychology of personal construct* (Segunda edición ed., Vol. I, págs. 335-371). New York: Routledge.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Khan, R., Albers, L., & Reist, C. (2004). *Current clinical strategies: Psychiatry*. Laguna Hills: Current Clinica Strategies Publishing .
- Leitner, M. (2002). Rigorously respecting the person: The artistic science of experiential personal constructivism. *Annual Convention of the American Psychological Association* (págs. 1-30). Chicago: APA.
- Lyddon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En R. Neimeyer, & M. Mahoney, *Constructivismo en psicoterapia* (A. Aparicio, Trad., págs. 89-115). Barcelona: Paidós.
- Metcalfe, C., Winter, D., & Viney, L. (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research* , 17 (4), 431-442.
- Miguel-Tobal, J., & Cano-Vindel, A. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés* (1), 37-60.
- Montesano, A., Feixas, G., & Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental* , 32 (5), 371-379.
- Moreira, P., Beutler, L., & Goncalves, O. (2008). Narrative change in psychotherapy: Difference between good and bad outcome cases in cognitive, narrative and prescriptive therapies. *Journal of Clinical Psychology* , 3(24), 1181-1184.
- Overholser, J. (2002). Cognitive-behavioral therapy treatment of social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy* , 32 (2-3), 125-144.

- Owen, J. (1994). Personal construct theories and the emotions: An interpretation in terms of primitive constructs. *British Journal of Psychology*, 1 (75), 315-327.
- Pavlo, A. (2008). Comparing the experiential diagnostic system and the diagnostic and statistical manual of mental disorder: Testing an alternative to the medicalization of human distress. *Miami University*.
- Plante, T. (2005). *Contemporary clinical psychology* (Segunda edición). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: El componente metacognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 2 (14), 305-319.
- Rey, C., Aldana, D., & Hernández, S. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Revista Terapia Psicológica* (24), 191-200.
- Robinson, H., & Hood, S. (2007). Social anxiety disorder- A review of pharmacological treatments. *Current Psychiatric Reviews* (3), 95-122.
- Roth, D., Eng, W., & Heimberg, R. (2002). Cognitive behavior therapy. En M. Hersen, *Encyclopedia of psychotherapy* (págs. 451-458). New York: Elsevier Science.
- Rowa, K., & Antony, M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (6), 308-318.
- Sánchez, J., Rosa, A., & Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Annales de psicología*, 20 (1), 55-68.
- Schwartz, G., Davidson, R., & Goleman, D. (2000). Cognitive-somatic anxiety questionnaire (CSAQ). En K. Corcoran, & J. Fischer, *Measures for clinical practice: A sourcebook* (págs. 128-129). New York: THE FREE PRESS.
- Scott, E., & Heimberg, R. (2000). Social phobia: An update of treatment. *Psychiatric Annals*, 30(11), 678-66.
- Semerari, A. (2000). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Stojnov, D. (2003). Moving personal construct psychology to politics: Understanding the voices with which we disagree. En F. Fransella, *International handbook of personal construct psychology* (págs. 191-200). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Walker, B. (2002). Non validation vs. (in)validation: implications for theory and practice. En E. Raskin, & S. Bridges, *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology* (págs. 27-52). New York: Pace University.
- Warren, B. (2001). Concept, constructs, cognitive psychology, and personal construct theory. *The Journal of Psychology*, 34 (22) 525-536.

- Wells, A. (2002). Cognitive therapy for social phobia. En F. Bond, & W. Dryden, *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (págs. 141-160). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Widiger, T., & Windstead, B. (2005). Classification and diagnosis: Historical development and contemporary issues . En J. Maddux, *Psychopathology foundations for a contemporary understanding* (págs. 63-83). Mahwah: Erlbaum.
- Winter, D. (2003). Psychological disorder as imbalance. En F. Fransella, *International handbook of personal construct psychology* (págs. 201-210). West Sussex: John Wiley & Sons.