

Huella de la Palabra

Revista de Investigación Educativa

Universidad La Salle Pachuca

lahuelladelapalabra@lasallep.edu.mx Teléfono:

01(771) 717 02 13 ext. 1406 Fax: 01(771) 717 03

09

ISSN: En trámite

México

<https://doi.org/10.37646/huella.vi10.351>

2016

Frida Hernández Martínez
Verónica Bustamante Jiménez

**Presentación de un caso clínico sobre ansiedad
social bajo el modelo de terapia Cognitivo Conductual**

Huella de la Palabra, año 2016, número 10
Universidad La Salle Pachuca
pp. 51-58

51



Presentación de un caso clínico sobre ansiedad social bajo el modelo de terapia Cognitivo Conductual

Frida Hernández Martínez¹
Verónica Bustamante Jiménez²



Resumen

El presente artículo pretende difundir el proceso llevado a cabo en una intervención ante la problemática de ansiedad social. El enfoque desde el cual se interviene es el cognitivo conductual, se presenta una valoración respecto a la primera sesión y la evaluación del proceso psicoterapéutico en un estudio de caso único.

Introducción

De acuerdo con la *American Psychiatric Association* (2013), la ansiedad social se caracteriza por una fuerte sensación de temor y nerviosismo en situaciones sociales o cuando la persona se cree el centro de atención, por lo que tiende a evadirse de situaciones sociales y presenta: sonrojo, sudoración, latidos violentos, voz temblorosa, temblores motores, náuseas y diarrea.

Es un miedo persistente e irracional ante situaciones que puedan involucrar el escrutinio y juzgamiento de los demás, como en fiestas u otros eventos sociales. Las personas con trastorno de ansiedad social sienten miedo y evitan situaciones en las cuales puedan ser juzgadas por los demás.

Esto puede comenzar en la adolescencia y posiblemente tenga que ver con padres sobreprotectores u oportunidades sociales limitadas. Hombres y mujeres resultan igualmente afectados por este trastorno.

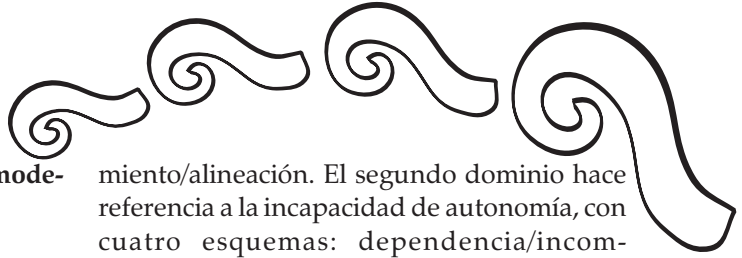
Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2013), la ansiedad social es hereditaria, pero nadie sabe con seguridad por qué algunas personas la tienen y otras no. Los investigadores han descubierto que el miedo y la ansiedad involucran varias partes del cerebro. Al aprender más sobre cómo funciona el miedo y la ansiedad en el cerebro, los científicos podrán crear mejores tratamientos. Además, los investigadores están intentando descubrir de qué manera el estrés y los factores ambientales pueden estar involucrados.

Sandín y Chorot (1995) plantean que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal.

Spielberger (1972) diferenció la ansiedad en: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Definió la primera como un "estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, preocupación y una alta activación del sistema nervioso autónomo" (p. 482). Por otro lado, describió la ansiedad rasgo como una predisposición individual a percibir las circunstancias ambientales como peligrosas y a responder, frecuentemente, con fuertes estados de ansiedad.

1 Pasante en Psicología por la Universidad La Salle Pachuca.

2 Pasante en Psicología por la Universidad La Salle Pachuca.



La terapia Cognitivo Conductual como modelo que sustenta el trabajo terapéutico

De acuerdo con Timms (2007), la TCC es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que lo rodea, y cómo lo que uno hace afecta sus pensamientos y sentimientos. Esta terapia le puede ayudar al sujeto a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

Beck, A. y Freeman, A. (1990) postulan la existencia de una suerte de filtro o plantilla mental; los denomina esquemas, los cuales son responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas. Mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales, que conforman distorsiones cognitivas. Para lograr una modificación cognitiva encaminada a un aspecto más funcional, es importante identificar la diferencia entre lo que son las creencias centrales o esquemas cognitivos, y las que son creencias intermedias, pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.

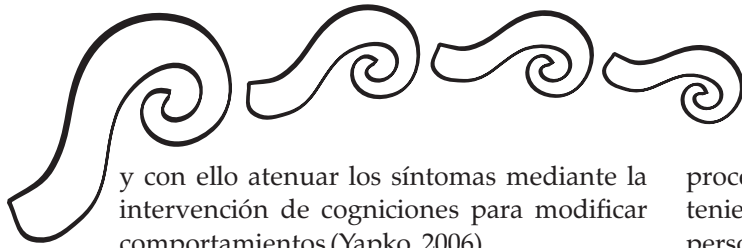
Young, J. (1999) dio origen a la Terapia de Esquemas, considerados puntos clave para comprender este modelo; delineó una conceptualización clara del sufrimiento del paciente basado en el hallazgo y reparación de las necesidades básicas insatisfechas durante su desarrollo. Se categorizaron los 18 esquemas y cinco dominios que resultan más recurrentes en los pacientes y que tienen que ver con las necesidades básicas insatisfechas. El primer dominio es Desconexión y rechazo con cinco esquemas: abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación o carencia emocional, defectuosidad/vergüenza, aisla-

miento/alineación. El segundo dominio hace referencia a la incapacidad de autonomía, con cuatro esquemas: dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño/enfermedad, fusión/identidad no desarrollada, fracaso. El tercer dominio se refiere a la falta de límites con dos esquemas: derechos/grandiosidad, insuficiente autocontrol. El cuarto dominio hace referencia al gobierno de los otros con tres esquemas: sometimiento/subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación. Y por último, pero no menos importante: hipervigilancia e inhibición con un esquema: negativismo/pesimismo.

En busca de una terapia eficiente y eficaz, la persona que acude a consulta con un psicólogo espera que el sentimiento de pérdida de recursos para la resolución de problemas desaparezca bajo la guía del terapeuta.

La terapia cognitivo conductual, de acuerdo con Del Castillo, A. (2014), es una intervención de corte empírico que se ha construido gracias a diferentes pilares teóricos, entre ellos el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. Se mantiene como premisa que, la forma como una persona siente y se comporta está influenciada por cómo construye sus experiencias. Igualmente está basada en un modelo de acuerdo al cual los problemas psicológicos implican tanto cogniciones disfuncionales como un procesamiento distorsionado de la información. Dentro de la TCC se considera que las formas disfuncionales y distorsionadas de pensar surgen de influencias biológicas, psicológicas y culturales. La Teoría Cognitiva Conductual marca la fusión con el enfoque conductual al considerar el manejo que se le da a la regulación de las conductas a partir del ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes.

Así pues, la terapia cognitivo-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales



y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para modificar comportamientos (Yapko, 2006).

En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención: el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos, y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De acuerdo con Beck (1983), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”.

Esto quiere decir que el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; por lo que forman y refuerzan los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

Todo lo anterior está relacionado con la teoría sistémica, pues el pasado formado del paciente se estructura en el sistema familiar del mismo; esta teoría se basa en un enfoque psicoterapéutico que tiene sus orígenes en la terapia familiar, con una diferencia clara relacionada con el objetivo de intervención de cada uno, pues esta última plantea que no es imprescindible que sea una familia el foco de atención terapéutica. Así, tanto los conceptos como las técnicas terapéuticas de la teoría sistémica pueden aplicarse a las relaciones de pareja, equipos de trabajo, contextos escolares e individuos. Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y los subsistemas que lo componen. En el caso de la terapia individual, el enfoque se orienta al cambio de los

procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica de comprender a la persona en su entorno, es decir, en el contexto del sistema al que pertenece.

Es por este motivo que se tomó la decisión de compartir el caso clínico con los lectores, pues se relaciona con el sistema en el que participa el paciente, y que se expone en el motivo de consulta del mismo.

Descripción del caso e intervenciones

En la primera entrevista, cuando se le preguntó al paciente sobre qué le gustaría trabajar, refirió que le ha costado trabajo adaptarse desde que llegó a vivir a Pachuca.

Como antecedentes del caso, el paciente vivía en Cancún, pero por cuestiones de estudio se trasladó a estudiar a la ciudad de Pachuca hace nueve meses, ya que era el único municipio donde tenían la carrera que quería estudiar. Actualmente el paciente pasa por un proceso de adaptación que se ha llevado con cierta dificultad, pues comenta que abandonar y modificar la vida que llevaba en Cancún le ha costado mucho trabajo, ya que la situación en Pachuca es completamente distinta, desde el hecho de encontrarse solo, hasta las nuevas relaciones interpersonales que desarrolló y el proceso de vivir sin alguien que esté al pendiente de él cotidianamente. Sus padres están pasando por un proceso de separación en el cual el paciente refiere sentirse afectado, puesto que al estar en Pachuca no puede hacer nada para estar o controlar la situación de su familia, cargando en él una responsabilidad que posiblemente no le corresponda.

El paciente nace y vive en la ciudad de Cancún al lado de sus padres y de su hermana. Manifiesta tener buena relación con ellos. El paciente refiere que sus papás nunca se casaron, que solo vivieron en unión libre. Mientras estudia, vive solo en la ciudad de Pachuca, pero en vacaciones viaja a ver a su familia.



Hipótesis

La situación familiar del paciente le ocasiona una inestabilidad de adaptación con su medio.

La percepción que tiene el paciente de perfección ocasiona ideas de, que si no hace algo no está bien, por lo tanto no puede estar bien.

Objetivos terapéuticos

- Conseguir que el paciente logre una mejor adaptación con su entorno.
- Hacerlo reflexionar sobre las cosas que están a su alcance y las que no, con el fin de no cargarse de responsabilidades que no le corresponden y que vea las soluciones que están en él para que todo fluya de manera positiva.

Principales intervenciones realizadas

Con base en el motivo de consulta se pudieron encontrar diversas problemáticas; como primera situación el paciente llega y refiere que lo que él busca es adaptarse a la nueva realidad en la que está viviendo; es decir, al cambio de ciudad.

Sin embargo, se identificaron ciertas situaciones que el paciente busca solucionar con el proceso terapéutico, una de ellas es el rol social, ya que desconocía el rol que jugaba dentro de su familia, amigos y en la escuela, el cual, como no es estable, no le permitía un proceso de adaptación favorable; esto traía como consecuencia: el aislamiento y reforzamiento de sus creencias, las cuales aceptaban que no habían otras relaciones positivas más las que tenía en Cancún.

Ahora bien, otro punto que se detectó a lo largo de la intervención es que el paciente debía lograr el autoconocimiento para darse cuenta de los alcances que él tenía como individuo ante la sociedad y darse cuenta de lo que estaba en él hacer o no hacer en diversas situaciones.

También, otro aspecto es el perfeccionamiento, del cual el paciente comentaba que “cuando algo salía mal y no pasaban las cosas como él las esperaba, le afectaban y por lo tanto no se sentía bien con él mismo” (sic. Paciente).

Metodología

De acuerdo con Stake (2007), el estudio de caso es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades educativas únicas.

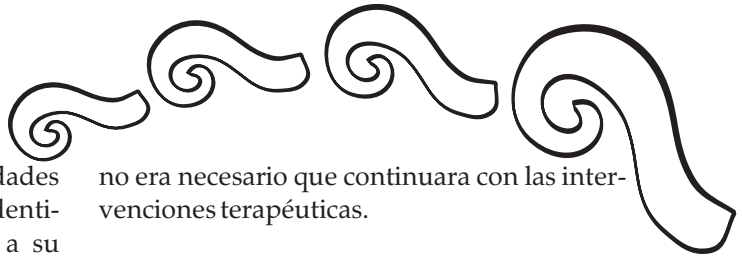
El estudio de casos constituye un campo privilegiado para comprender la profundidad de los fenómenos educativos, aunque también se ha utilizado desde un enfoque nomotético.

Desde esta perspectiva, el estudio de caso sigue una vía metodológica común a la etnografía, aunque quizás las diferencias en relación al método etnográfico reside en su uso, debido a que la finalidad del estudio de casos es conocer cómo funcionan todas las partes del caso para crear hipótesis, atreviéndose a alcanzar niveles explicativos de supuestas relaciones causales encontradas entre ellas, en un contexto natural concreto y dentro de un proceso dado (Stake, 2007).

Es por eso que para el presente caso se utilizó el método de estudio de casos, que sirvió como una herramienta primordial, ya que su fortaleza radica en que a través del mismo pudimos medir y registrar las conductas del paciente en el fenómeno estudiado. Además, en el método de estudio de casos pudimos obtener una variedad de información bajo diferentes herramientas, la principal fue la entrevista directa con el paciente.

Metas alcanzadas

Se logró que el paciente se adaptara a su entorno mediante el autoconocimiento, a través del



cual identificó sus límites y sus capacidades para afrontar las situaciones; asimismo identificó las variantes que se encontraban a su alcance para su solución.

A lo largo de las sesiones terapéuticas se observó que el paciente logró aceptar su realidad, ya que mencionó: “me ayudó mucho ver las cosas que podía hacer y las que estaban en mi alcance y las cosas que no tenían solución, simplemente afrontarlas y dejarlas pasar, viendo que cualquier cambio implica nuevos retos o responsabilidades.” (sic. Paciente). Se logró que el paciente aceptara su realidad.

Conclusiones

A lo largo de las intervenciones se pudo notar el avance significativo del paciente en relación a la problemática identificada para trabajar. Durante las sesiones se mostró mucha empatía con el paciente y buena alianza terapéutica. Asimismo, el paciente se mostraba muy colaborativo y abierto a trabajar su motivo de consulta. Es de suma importancia comentar y reconocer el trabajo llevado a cabo, ya que fue un trabajo eficaz en el que el paciente logró salir adelante en tan solo tres sesiones.

Cabe mencionar que al término de cada sesión se hacía una retroalimentación al terapeuta con el fin de darle a conocer algunos detalles del trabajo que había llevado a cabo. En relación a las intervenciones brindadas, se considera alargar las sesiones para trabajar un poco más la cuestión de la necesidad de tener el control sobre las situaciones que pasaban a su alrededor, por ejemplo: la universidad, las relaciones interpersonales, amigos, papás, etc.

De manera significativa se detectó un cambio, pues el paciente refirió sentirse mejor, así como haber sentido grandes cambios con respecto a su entorno. Estuvo muy dispuesto y cooperativo durante las sesiones, cumplió con las tareas y llegaba puntual. Mediante el análisis de las tareas se logró ver al paciente adaptado a su realidad y se consideró que ya

no era necesario que continuara con las intervenciones terapéuticas.

De manera general, al final de la intervención, el paciente comentó que pudo notar que hay cosas que suceden en su entorno que no dependen de él; sin embargo resaltó que lo único que depende de él es la forma de reaccionar ante ellas, y que a diferencia de antes, ahora sabe cómo hacerlo, pues aprendió recursos para analizar y reflexionar los hechos.

Se observó, que la intervención desde la Terapia Cognitivo Conductual tiene una gran influencia de cambio en la ansiedad social, debido a que se ve la modificación de creencias y pensamientos ante determinada situación, que en este caso era la perspectiva que tenía el paciente en relación al nuevo entorno al que se presentaba.



Fuentes de consulta

- Beck, A. y Freeman A., (1990). *Cognitive Therapy for Pernality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Del Castillo, A. (2004). Entrevista y Formulación de Caso desde el Enfoque Cognitivo Conductual. IPSI.
- Instituto Nacional de la Salud Mental, (2013). *Fobia social – trastorno de ansiedad social*. Estados Unidos.
- Moix, J. (2006). Las Metáforas en la Psicología Cognitivo Conductual. Vol 27 no. 2. Papeles del Psicólogo.
- Navarro J. (2013). Técnicas y Programas en Terapia familiar. Ed. Paidós México.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). *Concepto y catego-rización de los trastornos de ansiedad*. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 54-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Spielberger, C. D. (1972). *Conceptual and methodo- logical issues in anxiety research*. En C. D. Spie-lberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2, pp. 481-493). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-657402-9.50013-2>
- Stakes, R. E. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata
- Timms, P. (2007). *La Terapia Cognitivo Conductual*. Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Londres.
- Young, j. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema focused Approach*. Florida: Professional Resource Press.



Copyright (c) 2016 Frida Hernández Martínez, Verónica Bustamante Jiménez.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para **Compartir** —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y **Adaptar** el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de la licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)