

Noviembre 2018

**FUNDACIÓN AIGLE – UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva**

**Lic. María Estela di Marco**

**TRABAJO FINAL. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO**

---

En el siguiente trabajo se describe la evaluación y diseño de tratamiento de una adolescente de 16 años, estudiante de 5to año de un colegio privado católico de la ciudad de Mar del Plata.

Por primera vez consulta a un psicólogo por el aumento de episodios y situaciones temidas, sumado a las restricciones que ésta situación le va generando, no habiendo realizado tratamiento hasta el momento.

*Nombre:* Lucia

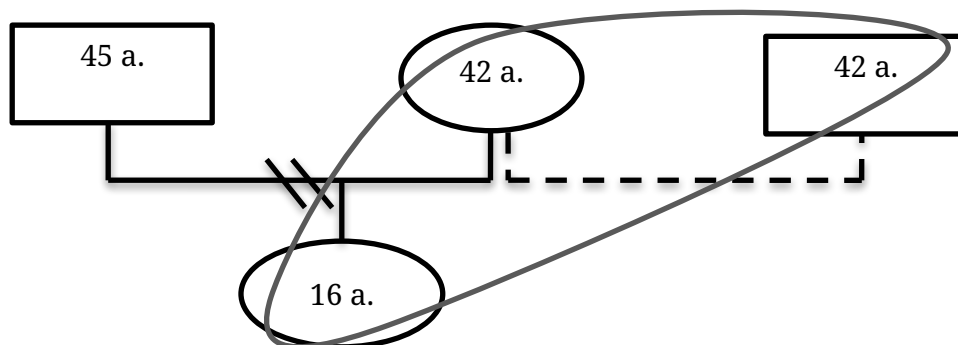
*Edad:* 16 años

*Fecha de Nacimiento:* 23 de Noviembre de 2001

*Lugar de Nacimiento:* Mar del Plata

*Nivel de Instrucción:* Cursando nivel secundario

**GENOGRAMA**



## PRIMERA ENTREVISTA

PRECEDENTES: Primera vez que consulta para un tratamiento en Psicoterapia

DISPOSITIVO: Individual

MOTIVO DE CONSULTA: No puede salir a la calle, necesita estar acompañada en todo momento. En el colegio se siente mal, sale del aula, no puede estar más de 2 hs. y necesita que su mamá la retire.

Lucia entra con su mamá a la primera entrevista. "Necesito que entre mi mamá conmigo".

Manifiesta que hace tiempo que en el colegio no se siente bien, desde principio de año le cuesta permanecer en el aula y la mayoría de los días solicita que su mamá la retire de la institución. "Voy al colegio y sostengo lo que más puedo mi cuerpo ahí en la silla, porque la cabeza está en otro lado desde el vamos, pero llega un momento que se hace insoportable y ahí pido que llamen a mamá, ella me viene a buscar y en casa, después de un rato, me siento mejor"

No tiene demasiado vínculo con sus compañeros. Hasta el año pasado tenía una amiga de quien se distanció: "era mi única amiga porque cuando yo me pego a alguien soy bastante absorbente". No puede hablar en público, ni dirigir la mirada, siente que sus compañeros constantemente la están observando. No va a eventos que organizan sus pares, no asiste a reuniones familiares donde concurren personas desconocidas. Relata una significativa intolerancia a situaciones nuevas e inesperadas. "No puedo ir a ningún lado donde haya gente que no conozco, o que conozco poco. No quiero que me saluden porque de ahí deviene una conversación que no puedo seguir, me pone muy nerviosa y es evidente que todos me miran. Fuimos al cumpleaños de mi prima, me aseguré que no iba mucha gente y de repente cayeron más amigas y después querían ir todos a tomar algo. No puedo hacer eso... me insistían mucho y le pedí a mi mamá que me sacara de esa situación"

En la mayoría de las situaciones (que se han dado con mayor frecuencia los últimos meses) siente signos físicos que acompañan las sensaciones que venía experimentando: sudoración,

ruborización y temblores en el momento donde la exposición se vuelve intolerable. “En esas situaciones me pongo muy nerviosa, tiemblo, siento que me pongo roja y empiezo a transpirar, listo ahí no hay vuelta atrás más que volver a casa”

Con el tiempo sus entornos sociales son cada vez más restringidos. Dejó de asistir a sus clases de comedia musical y tap. Sigue con el grupo católico del colegio porque además asiste su novio cuya presencia la tranquiliza.

Durmió en la misma cama con su mamá hasta los 15 años. Actualmente vive con ellas la pareja de su mamá con quien tiene muy buena relación. Con su papá no tiene contacto alguno.

En la entrevista su mamá deja que Lucia hable Desde lo físico se la observa muy contenedora y asintiendo cada detalle que su hija relata. Manifiesta que le gustaría que sea más independiente, que logre consolidar vínculos con amigas y no se preocupe tanto por ella (relata episodios donde Lucia está pendiente de lo que realiza su mamá).

Lucia se muestra predispuesta a comenzar el proceso de evaluación.

No informan antecedentes ni signos vitales significativos.

### **SÍNTESIS DE LA ENTREVISTA:**

Llega puntual, con aspecto cuidado, vestimenta acorde a su edad y mantiene un relato coherente. En algunos momentos, desde lo físico, se torna más rígida pero a medida que pasa la entrevista parece relajarse. Mantiene una actitud receptiva frente al terapeuta.

Los principales temas expuestos son su temor ante situaciones sociales y la poca tolerancia a permanecer en lugares frecuentes, el vínculo con pares y su dependencia materna.

Al finalizar la entrevista se valida lo que Lucia siente y relata. Se comentan los recursos con los que cuenta y cómo estos se pueden potenciar para mejorar su calidad de vida. Su perseverancia en la asistencia al colegio, y a determinados eventos sociales, y su predisposición a concurrir a la entrevista hacen que sea evidente un buen pronóstico para el cambio. Se informa que en la

siguiente sesión comienzan las entrevistas de evaluación psicológica donde se le administraran diferentes test para obtener más información de lo que ella comenta y así buscar alternativas para trabajarlo.

“La próxima voy a entrar sola” Agrega.

**DEMANDA** (Fernández Álvarez, 2008)

*Rotulación:* No puede establecer relaciones con pares y los entornos sociales son cada vez más restringidos.

*Atribución:* Locus interno. Estabilidad: estable Bajo control.

*Búsqueda:* Alivio de los síntomas ansiosos. Poder vincularse satisfactoriamente con sus compañeros.

Lucía cuenta con una fuerte red familiar. Su expectativa es alta respecto del tratamiento. Alta motivación al cambio. Baja reactividad.

**DECISIÓN PRELIMINAR:** continuar con entrevistas de evaluación

## **EVALUACIÓN**

Se tomó la siguiente batería de test para el diagnóstico y diseño de tratamiento

**SCL 90:** Evalúa síntomas que reflejan el estado del paciente, no pueden evaluarse dimensiones o patrones estables de la personalidad. (Fernandez Alvarez H., 2008, Pag. 74).

Esta técnica breve muestra correlación elevada con el STAI. (Inventario de ansiedad estado-rasgo).

*Resultados:* SOMATIZACIONES 1,18; OBSESIONES Y COMPULSIONES 0,20; SENSITIVIDAD INTERPERSONAL 1,56; DEPRESION 0,15; ANSIEDAD 1,4; HOSTILIDAD 0,17;ANSIEDAD FOBICA 0,57; IDEACION PARANOIDE 0,14;PSICOTICISMO 0

**MACI:** (Millon, 1993) Orientado a la evaluación del funcionamiento psicológico de adolescentes a través de tres grandes dominios presentes en el desarrollo y la resolución de los desafíos de la adolescencia. Estos incluyen la estructuración de la personalidad con características propias; reacción frente a situaciones conflictivas propias del periodo y la posible presencia de cuadros psicopatológicos de alta prevalencia en la adolescencia.

El análisis de los ítems de la escala de Sentimiento de Ansiedad (EE) describiría un estado de preocupación y alerta generalizado que mantiene a los jóvenes tensos, atemorizados e inquietos y que va más allá de las vivencias ansiosas propias de la adolescencia. Los ítems de esta escala mostraron que no miden directamente la ansiedad, sino que descargan conductas antisociales, consumo de drogas e impulsividad, supuestamente incompatibles con la ansiedad, por lo que esta escala no discrimina presencia de ansiedad patológica.

*Resultados:* A partir de la administración de este test se observa que la paciente no muestra trastornos significativos ni en los patrones de personalidad ni en los síndromes clínicos. Presenta cierta dependencia de las personas con respecto a sus grupos de pertenencia (colectivismo), no siendo indicador de un trastorno grave de dependencia.

**STAI:** Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés.

A/E evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad de SNC autónomo.

A/R señala una propensión ansiosa relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

*Resultados:* A/E 54 (ALTO) A/R 38 (MEDIO)

**Escala de Ansiedad Social de Liebowitz:** Evalúa el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por un paciente para ayudar al diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

*Resultados:* MIEDO/ANSIEDAD: 38; EVITACION: 39; TOTAL: 77 ANSIEDAD MUY PROBABLE

**DIAGNÓSTICO:** Ansiedad social. Foco en interacciones sociales.

La ansiedad social es: «una emoción no sólo normal, sino útil, necesaria y adaptativa: supone una motivación para comportarse y actuar de una determinada manera en situaciones interpersonales concretas, nuevas o importantes» (Baños, Quero, Botella y Perpiñá, 2003).

TAS según DSM V: Miedo o ansiedad intensa frente a una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a la posible evaluación de los demás. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). Las situaciones sociales casi siempre producen ansiedad y se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. Durante 6 meses o más. Especificar si es sólo de actuación (hablar o actuar en público).

Tomando en cuenta a Caro y Montesano, 2016; Fernández Álvarez, 2008, podemos definir en Lucia:

**ESQUEMA DE VULNERABILIDAD:** Edad de desarrollo en la que se encuentra, intento fallido de conformación de su autonomía y modalidad de apego seguro (su mamá responde a su necesidades emocionales)

**FACTOR DESENCADENANTE:** Distanciamiento de su única amiga. Exposición en tareas escolares.

**AGENTES DE MANTENIMIENTO:** Evitación de eventos sociales. Llamar a su mamá y su novio, quienes la asisten y la retiran de la institución o eventos familiares cuando Lucia lo requiere.

Los roles sociales están atacados, la paciente tiene gran dificultad para permanecer e interactuar ya que su percepción de estos escenarios de intercambios están comprometidos y no se siente segura de poder afrontar esta actividad.

Según el modelo de la distancia interpersonal y roles de desempeño con áreas de dificultad basados en el modelo de Hall (1979), se puede observar en Lucia afectadas el nivel familiar y social a nivel personal, social y público. El único lugar posible parece ser su casa junto a su mamá quien le acredita la seguridad a nivel íntimo. Cuando más roles y distancias están involucradas,

mayor es el grado de generalización del problema. Cuando más afectada esta su identidad, cada vez Lucia se torna más sensitiva a la ansiedad en otros espacios y eventos y la amenaza se entiende a su personalidad.

Lucia tiene dificultades para delimitar el contorno de la figura del otro, por lo que se considera importante tener en cuenta las conductas de apego y la constitución de la autonomía personal como puntos disparadores de su dificultad actual dada sus características y el momento de desarrollo en el que se encuentra. La Teoría de apego (Bowlby, 1989). Considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con determinados individuos como componente básico de la personalidad. Esta tendencia de cuidar a su mamá, protegerla, daría cuenta de este aspecto. Parece fracasar en el manejo adecuado de las instancias necesarias para que una relación se desarrolle de manera armoniosa. Según las modalidades principales de estilo de apego, Lucia parece estar dentro de una modalidad de apego seguro, donde siente que su mamá está accesible, sensible y colaboradora ante las situaciones adversas y atemorizantes con las que se enfrenta.

En cuanto a la conformación de la autonomía personal, el ingreso a la juventud, en jóvenes con ansiedad social, tiende a disponer ocultarse de los demás, la necesidad de distancia que regule el contacto para poder tolerar la interacción. La relación armónica entre los individuos aquí también se pone en juego. En este periodo de desarrollo Lucia no puede desarrollar su sentido de autonomía porque aún no cuenta con los mecanismos propios de seguridad.

## **DISEÑO Y PLAN DE TRATAMIENTO**

Se indica psicoterapia individual con una duración estimada de 12 sesiones con periodicidad semanal de 45 minutos por sesión.

### *Objetivos generales:*

- Alivio sintomático. Poder regresar al colegio
- Lograr que afronte situaciones ansiógenas de forma gradual ya que el miedo y la evitación limitan su desarrollo personal afectando su calidad de vida.

- Regulación emocional, creando estrategias para tener reacciones acordes a las situaciones vivenciadas y disminuir las conductas de evitación a estas situaciones.

*Objetivos específicos:*

- Mayor vinculación con pares. Ampliar el repertorio conductual en la esfera social y público.
- Mayor independencia y autonomía en el manejo de situaciones cotidianas.
- Incremento de la autoestima

“Para reducir exitosamente la ansiedad social, el tratamiento debe proveer al paciente la oportunidad de reevaluar las viejas representaciones de sí mismo frente a la presencia de otros y de construir representaciones nuevas más funcionales. Consistentemente con ello las técnicas de TCC con mayor soporte empírico para el TAS incluyen la exposición a las situaciones temidas y su combinación con reestructuración cognitiva. También suelen usarse el entrenamiento en habilidades sociales y ejercicios de relajación.” (Bruce & Heimberg, 2014)

## **TRATAMIENTO**

### *Intervenciones*

**PSICOEDUCACIÓN:** Según Bregman (2006) la psicoeducación se define como una intervención psicológica destinada a facilitar el aprendizaje sobre un amplio rango de dificultades emocionales y comportamentales, sobre sus efectos, y las estrategias para manejarlas. Esta afirmación está basada en considerar que el conocimiento y la conciencia dan por resulta un aumento del control sobre estas conductas.

Muchas veces ese acto, tiene en sí mismo, un alcance terapéutico muy potente y el paciente reduce su ansiedad gracias a las señales de que el entrevistador lo ha comprendido y que está dispuesto y en condiciones de ayudarlo a resolver su problema. Más aún, cuanto más desenvuelto se muestre el terapeuta, especialmente si puede transmitirle que ese problema es algo frecuente y de ningún modo inusual, el paciente tenderá a reducir su inquietud inicial.

En el modelo de Botella, Baños y Perpiña (2003) el componente psicoeducativo juega un rol preponderante, especialmente en la etapa inicial, aunque tiene importancia en todo el proceso. La psicoeducación comienza con la explicación de los conceptos fundamentales acerca de cómo opera la disfunción, cómo se originó y cómo se mantiene. Los pacientes aprenden a reconocer en qué consiste el miedo, la ansiedad y la fobia, explorando las similitudes y las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica, cómo se manifiestan estos procesos a nivel conductual, cognitivo y fisiológico, y la estrecha vinculación entre la actividad cognoscitiva y las relaciones emocionales. (Fernandez Alvarez H., 2008, Pag. 174).

**EXPOSICION:** Una técnica que fue desarrollada para que las personas enfrenten sus miedos. En la exposición los psicólogos crean un contexto seguro en el que exponen a los individuos a lo que temen y evitan. La exposición a los objetos, actividades o situaciones temidos en un contexto seguro ayuda a reducir el miedo y a disminuir la evitación.

Con la paciente se realizaran sesiones de ensayos y experimentos cognitivos con base en jerarquías de situaciones temidas. Exposición en imaginaria

**REESTRUCTURACION COGNITIVA:** El término reestructuración cognitiva se ha utilizado para describir el mecanismo de cambio de esquema articulado en la Terapia Cognitiva. Se refiere a un enfoque terapéutico estructurado y colaborativo en el que se enseña a las personas con dificultades a identificar, evaluar y modificar los pensamientos erróneos, las evaluaciones y las creencias que se consideran responsables de su perturbación psicológica (Dobson & Dozois, 2010)

**ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:** Según Caballo (2005) las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de los problemas inmediatos como la probabilidad de reducir problemas futuros en la medida en que el individuo respeta las conductas de los otros

TAREAS INTERSESION: Por medio de estas actividades se busca extender las oportunidades de cambios cognitivos y conductuales más allá de la sesión. Esto permite al paciente mayores conocimientos, adquirir información, revisar pensamientos y creencias, y modificar su conducta. Se realizan en la primera etapa del tratamiento donde el terapeuta sugiere tareas de forma gradual. Estas tareas serán repasadas en la siguiente sesión.

PREVENCION DE RECAIDAS: En la etapa final de tratamiento se busca instruir al paciente en los registros necesarios y en la conveniencia de reconsulta a tiempo cuando sea necesario. (Fernandez Alvarez H., 2008, Pag. 178).

### **RESUMEN DEL DISEÑO DE TRATAMIENTO SESIÓN POR SESIÓN**

*Sesión 1:* Psicoeducación (y en cada sesión que se considere necesario). Explicación del Modelo Integrativo

*Sesión 2:* Registro en sesión. Comenzar el monitoreo e identificar creencias.

*Sesión 3:* Revisión de tarea intersesión (autoregistro) y jerarquía de las mismas. Exposición: debilitar las conductas de reaseguro, potenciando su capacidad para afrontar las situaciones amenazantes.

*Sesión 4:* Revisión de tarea intersesión. Presentación de distorsiones cognitivas. Exposición en imaginaria.

*Sesión 5:* Revisión de tarea intersesión. Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos automáticos negativos y el desafío de creencias disfuncionales.

*Sesión 6:* Reestructuración cognitiva.

*Sesión 7:* Reestructuración cognitiva (Elaboración de alternativas racionales comparadas con el registro)

*Sesión 8:* Repaso de conductas. Reestructuración cognitiva

*Sesión 9:* Entrenamiento en habilidades sociales. Observando a otras personas, modelado, juegos de roles.

*Sesión 10:* Entrenamiento en habilidades sociales

*Sesión 11:* Toma retests

*Sesión 12:* Despedida y cierre. Prevención de recaídas.

Lucía encuentra en su casa un lugar seguro, necesario para poder sobrellevar las amenazas que en este momento el ambiente le generan. Se trata de alguien que quiere estar, pero no quiere ser identificado; intenta permanecer en el colegio (asiste día a día) pero tiene una gran tendencia a pasar desapercibida. Muchas veces se compara con compañeras de aula que tienen grupos de amigas y realizan actividades fuera del colegio, esta comparación termina incrementando su sensación de ser menos. Muchas veces logra evadir estos momentos llamando a su mamá para que la retire y así quedarse en su casa. Se manifiesta entonces ansiedad frente a la interacción, temor a ser evaluado por los demás, no puede establecer vínculos y participar en situaciones sociales, aspectos importantes en este momento del desarrollo donde la autonomía, la relación efectiva con pares y el buen desenvolvimiento en entornos sociales aportan seguridad a su estructura personal. La experiencia nos muestra que los adolescentes que presentan signos de ansiedad social tienen particulares dificultades para desarrollar adecuados mecanismos de identificación grupal ((Fernandez Alvarez H., 2008, Pag 117)

## **DEVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO**

En la entrevista de devolución se le hace una síntesis de lo que se realizó hasta ahora y se explica el diagnóstico de Ansiedad Social a partir del modelo de Botella, Baños y Perpiña (2003) que parte de la idea que todos los sujetos tienen un carga genética y biológica, que pertenecen a un contexto familiar y de educación, a través del cual asimilan normas y pautas de disciplina concretas. Sumado a ello las experiencias que a cada uno le toca vivir. Esto determinada una serie de esquemas cognitivos y supuestos que influyen en la percepción de sí mismo y la manera en que se significan las situaciones sociales, por otro lado las dimensiones de la personalidad y finalmente la

adquisición del déficit de determinadas habilidades de afrontamiento. Con todo ello cada persona anticipa, afronta y registra experiencias sociales. Muchas veces al percibir determinadas situaciones sociales como peligrosas se activa el sistema de alarma, por eso es importante registrar quienes activan la ansiedad. Esto provoca aumentos en la preocupación por la posibilidad de comportarse de manera deficitaria, o entorpeciendo el desempeño. Así todo el tiempo se centra la atención en buscar evidencia confirmatoria de sus supuestos previos y, si evita y utiliza conductas de reaseguro, no puede mostrarse que sus temores son infundados

Se brinda información de los factores causales y de mantenimiento y se da fundamentos del tratamiento, potenciando los recursos con los que cuenta Lucia. Es importante que se logre comprender el interjuego entre las manifestaciones fisiológicas, la autopercepción, las cogniciones ansiosas y el estado emocional, para poder registrar cada momento y dar significación al mismo.

Lucia acompaña el relato asintiendo lo que se dice y sonriendo agrega que entiende cada palabra. Se informa el diseño del tratamiento y muestra gran predisposición a comenzar el mismo. “le das sentido a lo que me pasa. Voy a hacer todo para poder salir de esta situación. Me alegra saber que hay una manera, eso que yo sola no pude”.

Es importante enmarcar el trabajo teniendo en cuenta la construcción de una sólida alianza terapéutica para mantener una colaboración activa con el paciente. Además evaluar el proceso que es un fuerte indicador sobre el estado de la terapia para el terapeuta que podrá dar cuenta si hay que realizar ajustes durante el proceso.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnely Lifante, A. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Baños, Quero, Botella y Perpiñá, 2003.

Beutler, L. E., Harwood, M., Bertoni, M., & Thomann, J. (2006). Systematic treatment selection and prescriptive therapy. En G. Stricker & J. Gold (Eds.), *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 29–42). Washington, DC: American Psychological Association.

Bregman, C. (2006). Psicoeducación en los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XV N 2, p136.

Caro, C. & Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 5- 22.

Fernández Álvarez, H. *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. España. Ed Descleé de Brouwer, S.A.

Fernandez Alvarez, H. Bogiaizian, D. *El miedo a los otros. Avances en el tratamiento de la fobia social*. Buenos Aires Mexico. Ed Grupo editorial LUMEN.

HALL,E. (1979): *La dimensión oculta*. México: Siglo Veintiuno Editores.

LIEBOWITZ, M.R. (1987): "The Liebowitz Social Anxiety Scale", *Modern Problems in Pharmacophychiatry*, N.º22, pp. 141-173.