



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

---

# Terapia Cognitivo Conductual en la Sintomatología Temprana en un Caso Clínico de Fobia Social

**Estudiante:** Andrea Tamara Hemadi

**Legajo:** 39397

**Director/es:** Dra. Zulma Gabriela Gastaldo

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialización en  
Psicología Clínica.

2026

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

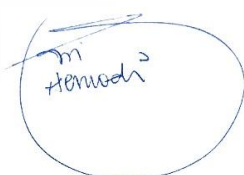
### **Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [ ]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Puerto Madryn, Chubut - 27 de abril 2026

Firma y aclaración del autor:



Andrea Tamara Hemadi

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Abstract</b>	<b>6</b>
<b>Introducción</b>	<b>9</b>
<b>Contextualización del Caso y Metodología</b>	<b>10</b>
<b>La Clienta</b>	<b>14</b>
<b>Análisis de Tratamientos Validados y Basados en Evidencia en Casos Clínicos de Fobia Social</b>	<b>16</b>
<b>El Abordaje Cognitivo-Conductual</b>	<b>19</b>
<b>Evaluación de los Problemas, Fortalezas e Historia del Paciente</b>	<b>21</b>
<b>Conceptualización del Caso desde los Hallazgos Situacionales</b>	<b>21</b>
<i>Área Mental</i>	<i>21</i>
<i>Área Física-Corporal</i>	<i>22</i>
<i>Área Interpersonal</i>	<i>22</i>
<b>Fortalezas</b>	<b>22</b>
<b>Tabla 1- Perfil Multimodal de la Paciente</b>	<b>24</b>
<b>Diagnóstico Presuntivo DSM-5</b>	<b>25</b>
<b>Hipótesis Diagnóstica</b>	<b>26</b>
<b>Objetivos y Plan de Trabajo</b>	<b>27</b>
<b>Focos de Intervención</b>	<b>27</b>
<b>Estrategias de Intervención y Objetivos</b>	<b>27</b>
<b>Tratamientos Validados</b>	<b>27</b>
<i>Técnicas 1º Foco de Intervención</i>	<i>27</i>
<b>Discusión y Debate de Creencias - Análisis y Evaluación Lógica.</b>	<b>28</b>
<b>Razonamiento Deductivo - Razonamiento Inductivo.</b>	<b>28</b>

	3
<b>Contradicción Con el Valor Apreciado</b>	<b>28</b>
<b>Socrático.</b>	<b>29</b>
<i>Técnicas 2º Foco de Intervención</i>	<i>29</i>
<b>Técnicas Conductuales y Técnicas Emotivas. Ensayo de Conducta.</b>	<b>29</b>
<b>Anticipación de Posibles Consecuencias Negativas.</b>	<b>30</b>
<b>Imaginación Racional Emotiva.</b>	<b>30</b>
<b>Técnicas Humorísticas.</b>	<b>31</b>
<i>Técnicas 3º foco de intervención</i>	<i>31</i>
<b>Técnicas de Exposición. Ejercicios de Exposición en Vivo.</b>	<b>31</b>
<b>Reestructuración Cognitiva.</b>	<b>31</b>
<b>Resultados y Discusión</b>	<b>32</b>
<b>Referencias</b>	<b>35</b>

# **Terapia Cognitivo Conductual en la Sintomatología Temprana en un Caso Clínico de Fobia Social**

Andrea Tamara Hemadi

[lic.hemadi@gmail.com](mailto:lic.hemadi@gmail.com)

Lic. en Psicología

## **Resumen**

El siguiente trabajo se basa en el análisis y aplicación del modelo de terapia cognitivo conductual (TCC) y sus respectivas técnicas de enfoque, de un caso seleccionado de una publicación de ME-Historias-clínicas asociación psiquiátrica. Para ello se hizo una extensa revisión de investigaciones que hacen referencia a los avances encontrados en base a instrumentos de evaluación y desarrollo de modelos que podrían favorecer al bienestar de sujetos que padecen el trastorno de fobia o ansiedad social.

La fobia social (FS) o ansiedad social (AS) engloba sintomatología comprendida en ansiedad intensa y persistente en distintas situaciones sociales, los cuales pueden derivar en diferentes trastornos de salud mental. Cabe destacar que cuando afecta el funcionamiento del que lo padece, comienza a experimentar ansiedad en su vida en general, incluyendo distanciamiento, miedo social y temor al enfrentarse a situaciones nuevas, desconocidas o visualizadas como socialmente peligrosas. Esta sintomatología suele comenzar o intensificarse al final de la infancia o al principio de la adolescencia. (Pilkionien et al. 2021).

En la actualidad los adolescentes experimentan nuevos desafíos emocionales lo que permite divisar que en muchos casos, sus comportamientos pueden parecer comunes dado a su desarrollo y a esta etapa tan movilizante como es la adolescencia. (Ineco, 2026).

Cabe destacar, que el incremento de casos de fobia social y problemas emocionales preocupa al entorno educativo y familiar de los que lo padecen ya que en esta etapa de la adolescencia, cuesta que expresen sus emociones. Es decir, que estos signos de angustia o

malestar emocional pueden pasar desapercibidos dado a la edad y lo que conlleva su desarrollo. Su miedo se enfatiza en mostrarse tan cual son, aunque parezcan más conectados en esta nueva era de la tecnología. (Ineco, 2026).

Según Halbwirth (2025, citado en Ineco, 2026) debido al terror de ser juzgados ante los demás, callan y ese silencio, que a veces es un grito de auxilio de forma silenciosa, no es meramente la falta de palabras sino el medio para no ser el centro de atención. Encontrarse en esa situación puede generarle al adolescente, vergüenza, timidez excesiva, frustración y miedo al ridículo. Lo que le provoca aislamiento.

Distintos comportamientos pueden ser señales de alerta como por ejemplo el aislarse en la habitación, evitar al grupo familiar o estar inmerso en las redes sociales. (Ineco, 2026).

Según lo postulado por Halbwirth (2025, citado en Ineco, 2026) el entorno familiar debe estar atento a estas conductas y buscar ayuda cuando este malestar complica la vida diaria del sujeto.

Si bien la gran mayoría de las investigaciones sobre el trastorno de ansiedad social se han centrado en adultos, su inicio precoz, cronicidad, altos niveles de comorbilidad y el considerable malestar y deterioro funcional asociados al trastorno ponen de manifiesto la importancia crucial de una evaluación e intervención tempranas y eficaces. (Herbert et al. 2009).

Hasta la fecha, la mayoría de las intervenciones psicológicas para la ansiedad social en niños se han diseñado para abordar todos los trastornos de ansiedad (por ejemplo, poblaciones con ansiedad mixta). La mayoría de estas intervenciones se derivan de modelos cognitivo-conductuales diseñados para adultos. ( Zaider y Heimberg, 2003., Barrett, et al.1996., Barrett, 1998., Kendall, 1994., Kendall et al., 1997., Rapee, 2000., Silverman et al. 1999, citado en Herbert et al. 2009).

Dado a su inicio precoz, la detección y evaluación temprana del trastorno influye en la cronicidad, comorbilidad, malestar emocional y deterioro de su funcionamiento cotidiano del sujeto a lo largo de su desarrollo. Según investigaciones, han demostrado resultados favorables las intervenciones realizadas con modelos cognitivo- conductuales diseñados para adultos. (Zaider y Heimberg, 2003., Barrett, et al.1996., Barrett, 1998., Kendall, 1994., Kendall et al., 1997., Rapee, 2000., Silverman et al. 1999, citado en Herbert et al. 2009).

Palabras clave: Adolescencia - Fobia Social - Ansiedad Social - Técnicas Cognitivo-Conductuales.

### **Abstract**

The following work is based on the analysis and application of the cognitive behavioral therapy (CBT) model and its respective techniques to a selected case from a publication of ME-Clinical Histories, a psychiatric association. To this end, an extensive review of research was conducted, referencing the advances made in assessment tools and the development of models that could promote the well-being of individuals suffering from social phobia or social anxiety disorder.

Social phobia (SP) or social anxiety (SA) encompasses a diverse range of symptoms, including intense and persistent anxiety in various social situations, which can lead to different mental health disorders. It is important to note that when it affects the individual's functioning, they begin to experience anxiety in their life in general, including social withdrawal, social fear, and fear when facing new, unfamiliar, or socially perceived dangerous situations. These symptoms typically begin or intensify in late childhood or early adolescence. (Pilkionien et al. 2021).

Today, adolescents experience new emotional challenges, which means that in many cases, their behaviors may seem commonplace given their development and the transformative nature of adolescence. (Ineco, 2026).

It is worth noting that the increase in cases of social phobia and emotional problems is a concern for the educational and family environments of those affected, since at this stage of adolescence, it is difficult for them to express their emotions. In other words, these signs of distress or emotional discomfort can go unnoticed due to their age and the challenges of their development. Their fear is emphasized in showing themselves as they truly are, even though they may seem more connected in this new technological era. (Ineco, 2026).

According to Halbwirth (2025, cited in Ineco, 2026), due to the terror of being judged by others, they remain silent, and this silence, which is sometimes a silent cry for help, is not merely a lack of words but a way to avoid becoming the center of attention. This can cause the adolescent to feel shame, excessive shyness, frustration, and fear of ridicule, leading to isolation.

Various behaviors can be warning signs, such as isolating themselves in their room, avoiding family members, or being immersed in social media.

According to Halbwirth (2025, cited in Ineco, 2026), the family environment should be attentive to these behaviors and seek help when this distress complicates the individual's daily life.

While the vast majority of research on social anxiety disorder has focused on adults, its early onset, chronicity, high levels of comorbidity, and the considerable distress and functional impairment associated with the disorder highlight the crucial importance of early and effective assessment and intervention (Herbert et al., 2009).

To date, most psychological interventions for social anxiety in children have been designed to address all anxiety disorders (e.g., populations with mixed anxiety). Most of these interventions are derived from cognitive-behavioral models designed for adults (Zaider & Heimberg, 2003; Barrett et al., 1996; Barrett, 1998; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Rapee, 2000; Silverman et al., 1999, cited in Herbert et al., 2009).

Given its early onset, early detection and assessment of the disorder influence its chronicity, comorbidity, emotional distress, and impairment of the individual's daily functioning throughout their development. Research has shown favorable results with interventions using cognitive-behavioral models designed for adults. (Zaider & Heimberg, 2003; Barrett et al., 1996; Barrett, 1998; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Rapee, 2000; Silverman et al., 1999, cited in Herbert et al., 2009).

Keywords: Adolescence - Social Phobia - Social Anxiety - Cognitive-Behavioral Techniques.

## Introducción

Según lo postulado por Olivares (2009) en el año 1845 Robert Burton recabó datos sobre un caso de Hipócrates donde el paciente le comentaba que no se animaba a socializar dado que tenía miedo de hablar mal o tener gestos excesivos y esto le generaba temor de ser desacreditado ante el resto. Intuía que era observado. A este problema psicológico, Janet (1903 en Olivares 2009), lo denominó fobia de las situaciones sociales, haciendo uso de un abordaje científico. Su objetivo estaba encuadrado en analizar a estos sujetos cuyo temor se enfocaba en ser examinado cuando verbalizaban o se desempeñaban en distintas actividades en público. Hoy en día es catalogado como fobia social o trastorno de ansiedad social.

La fobia social (FS), también conocida como Trastorno de Ansiedad Social (TAS) está relacionada a un conjunto de cambios acompañados de anticipación a posibles perturbaciones futuras, imaginarias o reales, alteraciones exageradas tanto a nivel fisiológico, cognitivo y conductuales donde el sujeto se ve expuesto, ante los demás, a posibles evaluaciones y presenta temor a desenvolverse de una manera vergonzosa. (Rebok y Marchant, 2019, citado en De la Cruz Gil y Segovia Vega, 2024).

Esta problemática tiene su inicio, la mayoría de las veces, antes de los 25 años, edad en la cual, el sujeto se encuentra transitando la adolescencia o preadolescencia. Con frecuencia en las aulas se observan alumnos con dificultades en sus relaciones sociales, no solo con sus pares, sino que también lo demuestran al momento de interactuar con profesores o personal del contexto universitario que representan la autoridad. (Gómez Acuña et al., 2006).

Se estima que la edad media de iniciación del trastorno es a partir de los 13 años de edad con un rango que va de los 8 años a los 15 años. Puede aparecer a partir de alguna historia en la infancia donde se presentan conductas de inhibición social o timidez, puede

continuar con una situación estresante o humillante o progresar de forma lenta. (Elizondo Arias 2016).

El que padece este fenómeno transita un miedo intenso de sentirse humillado ante estas situaciones sociales provocándole inseguridad. Su participación en el ambiente universitario es de tipo espectador, con poca motivación que, con el tiempo, ante su incapacidad de adaptación, puede desembocar en el abandono de los estudios. (Gómez Acuña et al. 2006).

La fobia social es considerada según APA (2000, en Olivares, 2009) el tercer trastorno psicológico con mayor prevalencia, luego de la dependencia del alcohol y la depresión mayor. Según se plantea en Camilli y Rodríguez (2008) la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) refiere que las fobias sociales se desarrollan con la misma periodicidad entre mujeres y hombres y comienza en la etapa de la adolescencia. Cabe destacar que este trastorno puede estar acompañado de una autoestima disminuida y sensibilidad ante las críticas recibidas del entorno, tal como señalan Camilli y Rodríguez (2008).

### **Contextualización del Caso y Metodología**

En el siguiente trabajo académico se presentará un caso clínico extraído de una publicación de ME-Historias-clínicas asociación psiquiátrica. Se ha tomado textual a fin de no alterar la información expuesta. Su uso tiene la finalidad de poder explorar y articular su contenido con estrategias psicoterapéuticas validadas científicamente. Se utilizará un abordaje terapéutico Cognitivo- Conductual.

A nivel mundial, la salud mental, es considerada una parte importante e inseparable del ser humano que permite una adecuada interacción social y por ende contribuye a la calidad de vida. (Olivares et. Al., 2007 citado en Restrepo, 2019).

Según postula el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud, (2010) la fobia social ocupa el 4.7% de las mujeres de entre 18 a 65 años que lo sufren (Cejudo de la Sierra y Fernández Mesa, 2015).

Diferentes estudios sostienen, en base a lo expuesto por diversos autores (Ghaedi, et al. 2010., Borges et al. 2007, como se citó en Cejudo de la Sierra et al. 2015) que la fobia social ocupa un rango entre 5% y 8% de la población mexicana, denotando ser un trastorno de ansiedad común y crónico. Facilita la incapacidad social y laboral provocando un daño en el funcionamiento cotidiano en las personas que lo sufren. Está asociado con el riesgo de contraer enfermedades psiquiátricas como otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, consumo de alcohol o sustancias tóxicas. (Staudt et al. 2006., Borges et al. 2007, como se citó en Cejudo de la Sierra et al. 2015). Por ende es relevante su detección temprana para poder abordar y controlar sus efectos y evitar su futuro desarrollo. (Olivares y Piqueras, 2005, citado en Cejudo de la Sierra y Fernández Mesa ,2015).

Su impacto es relevante en lo que respecta a la salud pública, ya que predomina la gran demanda de los servicios hospitalarios, ya sean exámenes médicos, interconsulta, atención médica y el uso de recursos en los hospitales. Esto provoca un alto costo para la sociedad según postula Bados, (2015, citado en De la Cruz Gil) y Segovia Vega, (2024).

La extrema timidez infantil podría estar ligada al desarrollo de fobia social en la adultez, como así también a otros trastornos del estado del ánimo o la ansiedad. A través de algunos estudios se llegó a la conclusión de que la ansiedad social materna, influye en la timidez elevada del niño. Por otra parte, la convivencia inactiva socialmente, su estilo de crianza, sobreprotección y rechazo de los padres también podrían estar vinculados con la fobia social en jóvenes. (Zubeidat, et al. 2008).

Entre los aspectos que postulan Gonzales y Machicao (2017, citado en Llanes Catalán, G. 2021), se pueden distinguir los estilos de crianza de los padres, el abandono de los hijos, eludir diálogos familiares son características que dan lugar a la aparición de la fobia social. Cabe destacar que en base a lo postulado por Santos y Vallín (2018, citado en Llanes Catalán, G. 2021), aquellos que tienen algún familiar directo diagnosticado con ansiedad tiene un 25% de posibilidad de desarrollar fobia social, aquellos adolescentes que consuman drogas, que pertenezcan a culturas donde hayan pocas vinculaciones sociales o malos entornos.

En el ambiente escolar, los adolescentes que sufren de esta problemática, comienzan a perder vínculos afectivos con compañeros de clase o amigos del barrio donde viven ya que pierden oportunidades de vivenciar experiencias sociales en esta etapa de vida, debido a su comportamiento inhibitorio. (Llanes Catalán, 2021).

Según lo enunciado en Olivares et al., (2004) el temor a la opinión que otros puedan tener sobre uno mismo y afrontar situaciones que impliquen algún contacto social desarrolla en el sujeto temor irracional conocido como fobia social. La Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud lo reconoce como un trastorno de conducta grave.

Generalmente provoca desequilibrio en la vida del sujeto ya que, las reiteradas conductas de evitación ante situaciones de exposición permiten desencadenar sentimientos de temor y sufrimiento. Lo que conlleva al mal funcionamiento en el desempeño diario del que lo padece. Cabe destacar que el grado de afección que provoque en la vida del sujeto, va a estar ligado a la cantidad de situaciones temidas o evitadas y a la magnitud de temor que tenga sobre estas situaciones. Cuando el miedo aflora ante distintas situaciones sociales, se llama fobia social generalizada. Caso contrario, cuando el temor se da ante situaciones

particulares como por ejemplo hablar, comer o escribir en público se denomina fobia social específica. (Ortega Fernández y Climent Más, 2004).

Según Bados (2017, citado en Llanes Catalán, 2021). Los sujetos que padecen este tipo de trastorno viven estas respuestas somáticas con mayor recurrencia y magnitud que las contempladas por los sujetos que los observan. Algunos pueden presentar reactividad cognitiva sin demostrar reactividad autónoma.

Hook y Valentiner (2002) postulan que cuando se trata de una fobia específica sus características son más simples de definir desde una mirada cualitativa, en cambio si se trata de una fobia generalizada, se necesitaría un abordaje conceptual distinto, un modelo interpersonal que permita su posible comprensión. Ambos sostienen que este modelo hace foco de atención en los posibles comportamientos que adquiere el sujeto de las autoevaluaciones negativas que recibe del otro y un patrón mutuo de conductas sociales de distanciamiento. Los autores proponen que se genera un proceso individual caracterizado por inadaptación cognitiva, emocional y social generando un comportamiento igualitario en los otros. (Camilli y Rodríguez, 2008).

Cabe destacar, según lo observado en Gómez Acuña et al. (2006) que su sintomatología genera confusión al momento de diagnosticar ya que se mezcla con otros cuadros de ansiedad o la agorafobia o simplemente se confunde con la timidez.

Entre los síntomas más temidos que padece el sujeto se puede destacar: hablar, comer o beber en público, asistir a fiestas, sensación de sentirse observado y criticado, escribir o firmar en público, desenvolverse en comercios y relaciones administrativas, mirar a los ojos a la gente, iniciar una conversación, ser presentados a otras personas, realizar llamadas telefónicas, dar o defender las propias opiniones, encuentros con personas desconocidas o del sexo opuesto, espacios cerrados donde hay gente o con personas de autoridad, hacer o aceptar cumplidos. Miedo a quedarse en blanco, ser el centro de atención, confrontarse en el trabajo o

hacer reclamos. En algunos casos procuran el consumo de alcohol para ganar valentía y desinhibición. (Gómez Acuña et al. 2006).

### **La Clienta**

El caso hipotético extraído de una publicación de ME-Historias-clínicas, hace referencia a una alumna de 17 años que asiste a una escuela secundaria.

La paciente comenta que durante este último tiempo, aproximadamente hace seis meses atrás, comenzó a tenerle tanto terror a la escuela que culminó en el servicio de psiquiatría para una consulta externa. Desde la institución escolar, habían solicitado una derivación.

Asevera que en distintas situaciones, por ejemplo dentro del aula, cada vez que la profesora le hacía una pregunta en clase, se le confundía todo. Su corazón comenzaba a latir cada vez más fuerte y se mareaba tanto que tenía la sensación de que se iba a desmayar.

Ella participaba en el coro de la escuela pero estas conductas la alejaron del mismo. Cabe destacar que cuatro meses antes de la derivación la habían invitado, unos compañeros, a almorzar a una cantina pero no logró llegar debido a su excesiva ansiedad. Su temor al encuentro le generaba temblores de arriba abajo y del miedo tenía preocupación por perder el control de su vejiga, ya le había ocurrido que en otras ocasiones y tuvo que irse en la mitad del almuerzo.

Los últimos dos meses se había sentido progresivamente infeliz perdiendo todo tipo de interés en la escuela. Tenía sensación de cansancio especialmente a la mañana también comenta que le costaba concentrarse en la vida diaria. Su nivel en la escuela decreció mucho.

Dormía poco y se despertaba mucho antes de lo que debía hacerlo, por lo menos dos horas Nunca fue “de buen comer” pero los últimos meses su alimentación se había deteriorado más aún. Sentía que su futuro era deprimente y varias veces deseó estar muerta.

Pensaba que el momento más feliz de su día era cuando llegaba la tarde ya que habían pasado los problemas diarios y estaba sola en su habitación. Según refiere su madre, una de sus tías también era muy nerviosa y tímida y fue internada en un servicio psiquiátrico por depresión.

La paciente proviene de un pequeño pueblo donde nació y creció junto a sus padres. Actualmente se encuentra viviendo allí junto a ellos y a sus cuatro hermanos y hermanas menores. A pesar de que son varios, ella cuenta con dormitorio propio. En el pueblo, su papá se desempeña como albañil. Describió la relación con su familia como armoniosa, aunque su padre solía estar enojado de vez en cuando con su esposa porque era demasiado sobreprotectora con la paciente. A los 15 años tuvo que realizar un tratamiento con hormonas porque sus menstruaciones eran irregulares. Siempre fue de pequeña estatura y nunca comió muy bien.

La joven tuvo un desarrollo normal durante su infancia en el cual se mostró muy feliz y sociable hasta los 14 años de edad. Momento en el cual todo cambió. Comenzó a tener conductas donde se mostraba progresivamente tímida y preocupada a la vez, por saber lo que los demás pensaban de ella. Siempre se sintió como si se estuviera escondiendo de los otros.

Tenía sentimientos de inferioridad, a su vez, no confiaba en sí misma y padecía un miedo constante de actuar de forma rara o tonta ante los demás. A los 15 años comenzó a asistir a una escuela secundaria en un pueblo vecino y logró resultados razonables hasta cinco meses antes de ser derivada al servicio de consulta externa. Cuando comenzó la escuela secundaria se sentía incómoda ya que tenía que compartir tiempo con otros estudiantes. Nunca logró amistades íntimas. Cuando creció la paciente desarrolló una contextura frágil y pequeña. Al principio del examen médico, se sonrojó, se la observaba tensa, tímida y reticente. Luego de un tiempo, se volvió más segura y relajada. Impresionaba como

anhedónica, no deprimida. No había sentimientos de reproche personal, inhibición psicomotriz, ni signos de pensamiento desordenado o características psicóticas.

No mostró intentos de tomar ventaja, llamar la atención de forma neurótica o tendencia a dramatizar. Admitió, aunque dubitativamente, que sus temores eran excesivos.

### **Análisis de Tratamientos Validados y Basados en Evidencia en Casos Clínicos de Fobia Social**

Dentro de las estrategias más eficaces para el tratamiento de la fobia social se encuentra la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva y estrategias psicológicas en combinación con farmacoterapia (Feske y Chambless, 1995., Taylor, 1996., Moreno et al. 2000., Rosa, et al. 2002., Sánchez-Meca et al. 2004., Klinger et al. 2005., y Antona et al. 2006, como se citó en Labrador Encinas y Ballesteros Pérez, 2011). Según lo establecen Chambless y Ollendick , (2001, citado en Labrador Encinas y Ballesteros Pérez, 2011) se estima que tanto la exposición, la terapia cognitivo-conductual y la desensibilización sistemática son *tratamientos bien establecidos*.

En distintos países se han desarrollado diferentes artículos y manuales científicos con el objetivo de informar sobre la fobia social, un ejemplo de ello, según lo postulado por Fernández et al. (2012, citado en Restrepo, 2019) en Cuba, desarrollaron un manual con el fin de facilitar recursos que habiliten a la detección y diagnóstico de los trastornos ansiosos, a través de la identificación de manifestaciones psicopatológicas y conductas farmacológicas del paciente, correlacionadas a través de algoritmos diagnósticos. Estos manuales fueron destinados a médicos de atención primaria de salud. Se llegó a la conclusión de que los trastornos de fobia social son más frecuentes que otras alteraciones psiquiátricas.

En lo que comprende a España según Antona y García (2008, citado en Restrepo, 2019), desarrollaron un artículo científico con el fin de determinar la eficacia y repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva en base a variables de síntomas

psicopatológicos, mientras que Madueño et al. (2002, citado en Restrepo, 2019) presentan otro artículo donde investigaron sobre la prevalencia de los síntomas asociados con la fobia social dentro del personal sanitario. Dando por resultado un alto índice de prevalencia de síntomas relacionados con la fobia social dentro del personal sanitario evaluado.

Según Olivares et al. (2007 citado en Restrepo, 2019), en Bogotá desarrollaron otro estudio con la finalidad de determinar si la información aportada por miembros cercanos al paciente como ser padres, hermanos, adolescentes y profesores, notan mejorías en el sujeto que padece el trastorno fóbico atendiendo al tipo de tratamiento recibido. Este estudio concluyó que los adolescentes que obtuvieron un tratamiento psicológico estructurado cuentan con resultados favorables en todas sus variables y a su vez, estos cambios relevantes son observados por padres y profesores.

Por otra parte, Vallés et al. (2014, citado en Restrepo, 2019), postularon en Cartagena otro desarrollo teórico sobre la detección e intervención temprana de adolescentes con fobia social dentro del contexto comunitario.

En los últimos 50 años, se ha producido un gran avance tanto a nivel teórico como en la praxis clínica, demostrado a través de la eficacia y eficiencia de los tratamientos como el de la Terapia Cognitiva Conductual, la Terapia Racional Emotiva, la Terapia Breve Estratégica entre otros tratamientos aplicados en casos severos y complejos según lo aseveran Scherb y Kerman (2022), Scherb et al. (2023, citado en De la Cruz Gil y Segovia Vega, 2024).

No obstante, según lo mencionado por Chambless y Ollendick, (2001 como se citó en Ballesteros y Labrador, 2018) existen determinados tratamientos eficaces, como las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, como la psicoeducación, control de estímulos, ejercicios para fomentar sensaciones, exposición a estímulos temidos en sus diferentes enfoques,

reestructuración cognitiva, solución de problemas y prevención de recaídas, entre otras. (Ballesteros y Labrador, 2018).

Autores como Mersch, et al. 1989., Ost et al. 1981., Wlazlo et al. (1990 citado en Irizar y Odriozola, 1995) sostienen que el entrenamiento en habilidades sociales es el tratamiento inicial de este trastorno.

La regulación de la emoción según postulan diversos autores (Thompson, 1994; Gross, 1998, 1999, citado en Vargas Gutiérrez et al. 2013), se basa en el proceso de cuándo, cómo y de qué manera expresan sus emociones. Cabe destacar que para la terapia Cognitivo-Conductual la regulación emocional implica la implementación de estrategias para dar respuesta al contexto y así generar respuesta a nivel social, esto se modificaría modulando la respuesta fisiológica asociada con la emoción. (Vargas Gutiérrez et al. 2013).

Otros autores (Brenner y Salovey, 1997; Luna, 2010; Murphy et al., 1999 citado en Vargas Gutiérrez et al., 2013) se basaron en tres posibles elementos a tener en cuenta que son el temperamento, el afrontamiento y la autorregulación conductual. Esto implica según ellos, la manipulación adecuada de la activación emocional implicando un adecuado desempeño social al iniciar, mantener, modular o modificar la ocurrencia, magnitud o durabilidad de los estados emocionales internos y procesos fisiológicos vinculados a la emoción. (Luna, 2010; Murphy et al., 1999, citado en Vargas Gutiérrez et al., 2013). Asimismo también postulan que existen tres tipos de procesos, uno se basa en la regulación de la emoción, otro en la regulación del contexto y por último, la regulación de la conducta iniciada por las emociones. No obstante, se debe lograr un ajuste en dos dimensiones: interno-externo.

Greshamy Gullone (2012) citado en Vargas Gutiérrez et al. 2013, sostienen que el desarrollo de la regulación emocional está vinculado a la relación que establecen los adolescentes con sus padres ya que de esta manera, cuando el lazo es sostenido se habilita la comunicación y habilidades para la regulación emocional.

El modelo procesual de Gross 1998, (2014 citado en De los Santos, 2022).

Comprende las estrategias que los individuos pueden manipular para regular sus emociones.

Las mismas se encuentran agrupadas en 5 categorías: la selección de la situación, la modificación de la situación, el despliegue de la atención, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta.

La psicología aplicada ha logrado divisar avances relevantes sobre tratamientos para la fobia social (Ollendick y King, 2008 citado en Olivares-Olivares et al., 2012). Cabe destacar que la detección e intervención de sujetos que padecen este trastorno y que se encuentran insertos en el ámbito educativo universitario, tienen menor posibilidad de abandono tanto del tratamiento como de la cursada, ya que la infraestructura de la institución educativa puede ser utilizada para llevar a cabo los tratamientos en horarios compatibles con las actividades docentes y de aprendizaje, ahorrando de esta manera, costos y tiempo de espera en servicios públicos de salud mental. (Olivares-Olivares et al. 2012).

### **El Abordaje Cognitivo-Conductual**

El abordaje Cognitivo-conductual ha demostrado gran efectividad en el tratamiento de la fobia social ya que cuenta con distintos lineamientos adecuados para su efectividad como enfoque de tiempo limitado orientado a que el sujeto sea su propio agente de cambio. La función del terapeuta es orientar en la adquisición de nuevas herramientas para afrontar situaciones de estrés a sus pacientes. El objetivo de este modelo terapéutico es modificar los sistemas disfuncionales de creencias y patrones de evitación conductual (Gómez Acuña et al. 2019).

Beck et al. (1985) y Hartman (1983, citado en Restrepo, 2019) se basaron en el denominado “Modelo cognitivo de la fobia social” desde un modelo conductual, donde planteaban la importancia de los procesos de condicionamiento clásico y vicario ya que postulan que determinadas experiencias sociales podrían ser condicionadas mediante un

proceso de aprendizaje en personas con ansiedad social (Robles et al. 2008, citado en Restrepo, 2019).

Vallés et al. (2014, citado en Restrepo, 2019) proponen un programa de tratamiento basado en cuatro fases donde la primera está ligada a entablar una profunda alianza terapéutica contemplando la evaluación, entrevista diagnóstica, educación al usuario sobre los síntomas de la ansiedad y su intervención. La segunda fase está basada en el entrenamiento de habilidades sociales, relajación y reestructuración cognoscitiva. La tercera, está relacionada con la implementación de exposiciones en vivo y por último, la enseñanza de estrategias para la prevención de recaídas.

Los instrumentos deben ser adecuados para poder detectar en los pacientes un trastorno de ansiedad social o fobia social y así valorar la eficacia de las intervenciones. Un ejemplo de las técnicas más utilizadas para ello son los cuestionarios, inventarios o escalas (Salazar et al. 2016, citado en Fernández Sogorb et al. 2018).

No obstante, según lo postulado por Caballo et al. (2003, citado en Fernández Sogorb et al. 2018) a través de distintos trabajos científicos, se han demostrado cuales son los instrumentos que presentan propiedades psicométricas adecuadas para evaluar a la población infantojuvenil y adulta para, de esta manera, poder detectar sintomatología compatible con la fobia social. Cabe destacar, que a pesar de las limitaciones encontradas en el estudio de instrumentos, según Inglés et al. (2003 citado en Fernández Sogorb et al. 2018) se concluyó que los distintos psicólogos clínicos y educativos cuentan con al menos cuatro medidas de autoinformes con muestras empíricas de fiabilidad y validez destinadas a evaluar dicho trastorno. Entre ellos se encuentran: Inventario de ansiedad y fobia social para niños (SPAI-C; Beidel et al., 1995); Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca y López., 1998); Cuestionario de ansiedad social para niños (SAQ-C24; Caballo, et al., 2012);

Inventario de fobia social versión Española (SoPhI-S; Bermejo et al., 2011) citado en Fernández Sogorb et al., (2018).

Por otra parte, según lo estipulado por Zubeidat et al. (2006) es pertinente evaluar diferentes aspectos del problema de fobia y ansiedad social, tales como su funcionamiento cognitivo, comportamental y la gravedad entre otros ítems relevantes, lo que brindará información relevante para una mayor descripción y comprensión del problema. Según postulan Montero y León, (2005) existen métodos de recolección de datos fiables, entre ellos se encuentran: las entrevistas, los autoinformes o autorregistros como medida indirecta o emitido por los propios sujetos en base a su experiencia (Zubeidat et al. 2006). Por otra parte, se ubican los test referidos a la observación conductual, de situaciones experimentadas o simuladas del comportamiento, y por último se encuentran los registros psicofisiológicos donde se pone en práctica la instrumentación física y química. Los últimos dos tienen un funcionamiento limitado debido a los problemas de costo y sistema metodológico. Es por ello que es indispensable según sostienen dichos autores, el uso de inventarios y cuestionarios precisos en la obtención de datos para recabar información relevante. No obstante para un análisis completo de la fobia social, se deberían tener en cuenta los tres sistemas independientes de respuesta basados en las cogniciones, el comportamiento manifiesto y la respuesta fisiológica (Echeburúa, 1995., Rachman y Hodgson, 1974, como se citó en Zubeidat et al. 2006).

### **Evaluación de los Problemas, Fortalezas e Historia del Paciente**

#### **Conceptualización del Caso desde los Hallazgos Situacionales**

##### ***Área Mental***

La evaluada estaría atravesando un cuadro sintomatológico basado en tristeza, miedos y preocupación. Lo que la lleva a proyectar un futuro deprimente y anhelar deseos de

muerte, sentirse infeliz. Su miedo excesivo y preocupación por perder el control de su vejiga y lo que pudieran luego hablar los demás de ello, dio lugar a perder la confianza en sí misma. Presenta sentimientos de inferioridad y tendencia a incomodarse ante distintas situaciones. Se siente aterrorizada ante las preguntas de la maestra. Se denota, en la información obtenida que presenta cansancio, falta de concentración y anhedonia.

### ***Área Física-Corporal***

La evaluada de contextura frágil y delgada, con una alimentación deteriorada, realizó tratamiento con hormonas porque sus menstruaciones eran irregulares. Da cuenta a través de los datos obtenidos, que su miedo intenso a la exposición le genera sensación de taquicardia, es decir, que el corazón le late fuertemente, cansancio, siente temblores en todo el cuerpo, mareos y sensación de que se va a desmayar. Duerme poco, es decir, se despierta varias veces en la noche no pudiendo conciliar el sueño.

### ***Área Interpersonal***

La adolescente, debido a su temor por lo que pudieran hablar los demás de ella, se ha alejado del grupo de compañeros de la escuela y del coro al cual ella asistía, nunca logró tener amistades íntimas. Le gustaba, durante la tarde, pasar tiempo sola en su habitación ya que sentía que los problemas del día habían transcurrido. Tiene una madre sobreprotectora, lo cual enoja a su papá.

El nivel de sus estudios decreció cuando llegó a la adolescencia. Comenzó a tenerle terror a la escuela, perdió todo tipo de interés.

### **Fortalezas**

En cuanto a los puntos favorables y destacados de la evaluada se pueden destacar que actualmente se encuentra viviendo junto a sus padres y a sus cuatro hermanos en el pequeño pueblo donde nació. En su casa cuenta con un dormitorio propio, el cual disfruta por las tardes.

Describió la relación con su familia como armoniosa, aunque relata que su padre solía estar enojado de vez en cuando con su esposa porque era demasiado sobreprotectora con la paciente, esto hace divisar a la clienta sobre esta sobreprotección.

Por otra parte, se destaca su desarrollo normal durante su infancia en el cual se mostró muy feliz y sociable.

Otro punto a destacar es que a los 15 años comenzó a asistir a una escuela secundaria en un pueblo vecino y logró resultados razonables.

Cuando fue entrevistada en el examen médico, se sonrojó, se la observaba tensa, tímida y reticente. Luego de un tiempo, se volvió más segura y relajada.

Según describieron en la guardia, no había sentimientos de reproche personal, inhibición psicomotriz, ni signos de pensamiento desordenado o características psicóticas.

Por otro lado, no mostró intentos de tomar ventaja, llamar la atención de forma neurótica o tendencia a dramatizar. Admitió, aunque dubitativamente, que sus temores eran excesivos.

**Tabla 1- Perfil Multimodal de la Paciente**

<b>Modal</b>	<b>Problemas / Síntomas / datos relevantes</b>	
<b>Biológico</b>	-17 años -Realizaba un tratamiento con hormonas porque sus menstruaciones eran irregulares.	-Contextura frágil y pequeña
<b>Afectivo</b>	-Comenzó a tenerle tanto terror a la escuela -Se sentía progresivamente infeliz -Perdió todo tipo de interés en la escuela -Tenía sentimientos de inferioridad -Anhedónica	-Sentía que su futuro era deprimente -Varias veces deseó estar muerta -Depresión. -Era muy nerviosa y tímida -Preocupación por lo que pensaban los demás. -No confiaba en sí misma y padecía miedo
<b>Sensaciones</b>	-Su corazón comenzaba a latir cada vez más fuerte y se mareaba tanto que tenía la sensación de que se iba a desmayar. -Sintió como si se estuviera escondiendo de los otros. -Temores eran excesivos.	-Su temor al encuentro le generaba temblores de arriba abajo y del miedo tenía preocupación por perder el control de su vejiga. -Se sentía incómoda -Sensación de cansancio
<b>Imágenes</b>		
<b>Cognitivo</b>	-Se le confunde todo cuando la profesora le pregunta en clase. -Le costaba concentrarse en la vida diaria	
<b>Conductas</b>	-Ella participaba en el coro de la escuela pero estas conductas la alejaron del mismo. - Unos compañeros la invitaron a almorzar pero no logró llegar debido a su excesiva ansiedad. - Le gustaba estar sola en su habitación por la tarde cuando sentía que habían pasado los problemas diarios.	- Su nivel en la escuela decreció mucho - Dormía poco - Se despertaba mucho antes de lo que debía hacerlo - Su alimentación se había deteriorado
<b>Social</b>	- Nunca logró amistades íntimas -Se alejó del coro de la escuela -Madre sobreprotectora	

Fuente elaboración propia

### **Diagnóstico Presuntivo DSM-5**

En lo que respecta al DSM 5, Asociación Americana de Psiquiatría (2022) se puede determinar que este patrón dominante de inhibición social, de sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que asegura experimentar la paciente, se presenta en diferentes contextos y cumple con al menos 5 de los siguientes síntomas que causan malestar significativo en la paciente:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

B. 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).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

## Hipótesis Diagnóstica

Según lo expuesto en el DSM 5, Asociación Americana de Psiquiatría (2022), se deduce la siguiente conclusión:

-Diagnóstico: Presenta un trastorno de ansiedad social (fobia social). Se observa que estos signos son inflexibles y desadaptativos en varias situaciones, logrando un malestar subjetivo significativo en el sujeto. Se trata de un trastorno de ansiedad social (fobia social) de tipo generalizada 300.23 (F40.10). A su vez presenta rasgos depresivos moderados.

Según el punto de vista categorial se ubicaría dentro del “clúster C” que comprende personalidades ansiosas temerosas y evitativas. Se caracterizan por miedo exagerado y temor a perder el control (de uno mismo, de los otros o de situaciones).

Esto puede observarse en la narrativa del caso donde hace referencia a distintas situaciones que experimenta la clienta con temor y desesperanza, algunos ejemplos son los siguientes: *según lo observado, frente a distintas exposiciones, su corazón comenzaba a latir más fuerte y se mareaba tanto que tenía la sensación de que se iba a desmayar. Dejó de participar en el coro de la escuela por este motivo.*

*Tenía tanto miedo de perder el control de su de su vejiga, situación que ya le había ocurrido y se habría tenido que ir en la mitad del almuerzo.*

*Los últimos dos meses se había sentido progresivamente infeliz y perdió todo interés en la escuela.*

*Sentía que su futuro era deprimente y varias veces deseó estar muerta. De modo que de cara a las situaciones fluctúa entre anticipaciones negativas/catastróficas y la evitación experiencial. Se siente muy vulnerable en las relaciones interpersonales, influenciable y muy dependiente del otro.*

## **Objetivos y Plan de Trabajo**

Para comenzar el terapeuta intenta establecer, en la entrevista inicial, una relación personal y relajada con el paciente, teniendo en cuenta la aceptación, empatía, autenticidad, confianza, el rapport (acuerdo mutuo) y la colaboración.

### **Focos de Intervención**

En base a lo expuesto por Ruiz et al. (2012) se toman en consideración los siguientes focos de intervención.

1ª foco de intervención: se pretende intervenir en diálogos internos desvalorizantes, rumiaciones, pensamientos negativos catastróficos, baja tolerancia a la frustración, sentirse inútil y desvalorizada. Se tendrá en cuenta los siguientes ejemplos de ello: “miedo a perder el control de su vejiga”, “que su futuro era deprimente” terror a la escuela por “miedo a ser el centro de atención” “deseos de muerte”.

2ª foco de intervención: otros indicadores a trabajar pueden ser los siguientes: pensamientos asociados a su posición existencial desvalorizada como por ejemplo: Se volvió progresivamente tímida y preocupada por saber lo que los demás pensaban de ella. Se le confunde todo lo que va a decir cuando la maestra le pregunta, se siente frenada con algunos temas y se siente ridícula ante los demás. Siente frustración, ansiedad y tristeza.

3ª foco de intervención: aquí se pretende hacer hincapié en coordinar el trabajo de reestructuración cognitiva y de exposición: por ejemplo, las situaciones experimentadas por la adolescente, de su temor excesivo por lo que pudieran hablar los demás de ella, lo que la ha alejado del grupo de compañeros de la escuela y también del coro al cual ella asistía, esto fomentó que nunca lograra tener amistades íntimas.

## **Estrategias de Intervención y Objetivos**

### **Tratamientos Validados**

#### ***Técnicas 1º Foco de Intervención***

### **Discusión y Debate de Creencias - Análisis y Evaluación Lógica.**

El objetivo según Ruiz et al. (2012) se basa en enseñar a la paciente a utilizar los principios de la lógica para analizar y modificar creencias irracionales. La discusión lógica se realiza en dos direcciones: (1) el análisis de la validez lógica de las premisas de la paciente y (2) el análisis de la incongruencia de la premisa válida de la evaluada en relación con su conducta.

Ejemplos del caso, “miedo a perder el control de su vejiga”, se trata de analizar la validez de las premisas mediante las cuales ha llegado a determinar eso:

– Para no perder el control de la vejiga hay que ser competente y desempeñarse bien oralmente sin temores.

– si tu cuerpo ha demostrado durante estos años que puede avisar con tiempo ¿por qué hoy esa señal de la vejiga sería una sentencia inmediata cuando te invitan tus compañeros?

### **Razonamiento Deductivo - Razonamiento Inductivo.**

Para analizar según la incongruencia entre la premisa básica de la evaluada y su conducta se utiliza el razonamiento deductivo y el inductivo, Ruiz et al. (2012).

-Razonamiento deductivo: “si consideras que todos piensan bien del resto” ¿Por qué tus compañeros pensarían mal de vos?.

– Razonamiento inductivo: “Has transitado y finalizado bien la primaria donde no tuviste inconvenientes” en base a eso, ¿Qué te hace pensar que cuando te expones ante la maestra de nivel secundario o compañeros de escuela vas a desempeñarte mal o de mala manera?

### **Contradicción Con el Valor Apreciado**

Aquí el objetivo es resaltar creencias particulares de la evaluada que son contradictorias con otras que pertenecen también a su repertorio y muy valoradas por él.

Eres demasiado capaz y has obtenido buenas notas años atrás como para no confiar en vos misma y pensar que las personas van a desvalorizarte.

### **Socrático.**

El objetivo es realizar preguntas abiertas destinadas a detectar y comprobar sus creencias irracionales y racionales, y las razones de por qué lo son en cada caso.

Ejemplos:

a) argumento empírico: ¿Dónde está la evidencia de que tu “debes” saber sobre todo lo que te preguntan...? ¿Hay alguna ley universal que afirme que tu “debes” tener el conocimiento de todo...?;

b) argumento lógico: ¿Cuál es la lógica que sigue el que, porque tú quieres... entonces... tú tienes? ¿Dónde está la lógica de que tú debes...?

c) argumento pragmático: ¿Cuáles son las consecuencias emocionales y conductuales de creer que tú debes...?, ¿Qué consigues creyendo que tú debes...?

### ***Técnicas 2º Foco de Intervención***

#### **Técnicas Conductuales y Técnicas Emotivas. Ensayo de Conducta.**

En este caso, la clienta señala distintas situaciones en las que se siente emocionalmente perturbada o se comporta de forma disfuncional. Terapeuta y paciente van analizando y debatiendo las distintas creencias irracionales asociadas a dichas situaciones y ensayando creencias racionales adecuadas para cada situación.

Situación1: Te dice la maestra de la escuela que la semana próxima debes dar un oral al cual acudirán todos los compañeros de clase.

- Después de la charla, debe observar cuántas personas realmente se rieron o si alguien se fue de la sala.

- Resultado: Generalmente, la clienta descubre que a la gente le es indiferente o ni siquiera lo nota, invalidando su premisa inicial. ¿Qué le contestarías? ¿Qué harías en esa situación?

Situación 2: en una reunión en tu casa con conocidos de tu familia, uno de ellos te señala y frente a todos pide que te presentes y a modo de chiste dice ¡Que sonrojada estás! ¿Tenés calor?... mientras que otro comenta ¡Qué bajito que hablas! ¿Qué harías en ese caso? ¿Existe alguna ley de la biología que prohíba temblar o sonrojarse?

### **Anticipación de Posibles Consecuencias Negativas.**

El objetivo consiste en evaluar las anticipaciones que construye la evaluada y por las cuales se bloquea, reflexionando sobre ellas de forma racional.

En general sus temores han sido lógicos en algún contexto (en general familiar) y la represión debió haber sido la mejor alternativa que encontró. El objetivo no es que no le juzguen, sino que el juicio ajeno le resulte irrelevante para cumplir su tarea.

Se le pide a la clienta que se imagine en el momento de una situación en donde sienta que va a ser evaluada o está siendo evaluada por una multitud. ¿Qué consecuencias negativas se imagina? "Usted no puede controlar los pensamientos de los demás, pero sí puede controlar si esos pensamientos (reales o imaginarios) detienen su discurso".

### **Imaginación Racional Emotiva.**

El objetivo consiste en pedir al cliente que trate de cambiar ante una situación imaginada determinada una emoción negativa muy perturbadora por otra más apropiada o moderada modificando para ello las creencias irracionales que acompañan a la emoción de intenso malestar.

Por ejemplo, cambiar el miedo que le produce pensar que al exponerse se va a quedar en blanco y no va a poder contestar a las preguntas. Cuando la evaluada indica que se visualiza nítidamente en esta situación, se le pide que trate de cambiar la emoción miedo por

la de sorpresa. Cuando la paciente consigue sentir este tipo de emociones, se le pide que describa los pensamientos que le han ayudado a conseguir estos sentimientos.

### **Técnicas Humorísticas.**

Elimina radicalmente algunos patrones habituales de funcionamiento desadaptado y facilita la adquisición de otros nuevos más adaptativos. Ayuda a desdramatizar, o a reírse un poco de sí mismo, se sugiere que se utilicen como ejercicios para favorecer el auto-debate de las creencias irracionales.

Por ejemplo cantar ante un acontecimiento activador alguna de las canciones que han podido ser ensayadas en las sesiones y cuyas letras van encaminadas a ridiculizar creencias irracionales o a ensalzar las racionales, hacer bromas sobre lo absurdo de las creencias irracionales o expresarlas de forma extravagante o exagerada y al ridiculizarlas, proceder con mayor facilidad a su eliminación.

### ***Técnicas 3º foco de intervención***

#### **Técnicas de Exposición. Ejercicios de Exposición en Vivo.**

Según Ruiz et al. (2012) los tratamientos de exposición diseñados para reducir la ansiedad social establecen la confrontación de los pacientes con las situaciones temidas, bien mediante imaginación (estrategia que ha generado poco interés en este ámbito), bien mediante la confrontación con situaciones en vivo.

Por ejemplo, un amigo te invita a una fiesta donde no conoces a casi nadie. Decides ir, pero al llegar a la puerta sientes una fuerte opresión en el pecho y ganas de volver a casa. Ahora.. ¿Tengo pruebas de que todos me están mirando a mí en lugar de disfrutar la fiesta?

#### **Reestructuración Cognitiva.**

La ansiedad social, y el miedo a la evaluación negativa, suelen preceder el inicio de la exposición, pues de esta forma, el paciente cuenta con herramientas cognitivas que le

permite enfrentar la situación social a la que se expone de forma más adecuada. Ruiz et al. (2012).

Ejemplos: "Debo caerle bien a todo el mundo." (P. Irracional). "Me gustaría caer bien, pero no es vital para mi supervivencia." (P. Reestructurado).

"No tengo nada interesante que decir en una reunión de amigos." (P. Irracional). "No tengo que dar un discurso brillante; con escuchar y hacer preguntas sencillas es suficiente para conectar." (P. Reestructurado).

Role-Playing. El objetivo es simular la situación perturbadora en un entorno seguro ejemplo el consultorio o con un grupo de apoyo para practicar habilidades específicas.

Se le pide a la evaluada que actúe deliberadamente como lo hace ante una situación de exposición, nerviosa, temblorosa. Esto puede generar que la clienta experimente una sensación de control paradójico y pierda el miedo a que el síntoma "aparezca" por accidente ante alguna situación inesperada.

### **Resultados y Discusión**

Es importante brindarle cierta autonomía a la paciente, es decir, dejarla que hable y haga planes. No obstante, mostrarle la necesidad de estructuración de trabajo, es indispensable para que la clienta sienta seguridad y contención, ya que la formalidad y el interés por ser puntual, responder a las llamadas telefónicas, forman parte del cambio.

Desde la primera entrevista y en los encuentros posteriores, se comienza a adquirir información relevante sobre el diagnóstico del paciente, su historia, su situación actual, los problemas psicológicos, su actitud ante el tratamiento y su motivación para el mismo. El establecimiento de la relación, la obtención de la información relevante y la aplicación de técnicas cognitivas específicas pueden quedar establecidas ya desde la entrevista inicial.

Estos diálogos permiten tranquilizar a la paciente, favorece una relación terapéutica informal y permite un mejor trabajo por parte del terapeuta. Además habilita la oportunidad para situar, en la paciente, la relación entre la cognición y el afecto. La mejoría inicial de los sentimientos desagradables del paciente puede servirle como incentivo para identificar y corregir sus distorsiones cognitivas ya que las concepciones negativas del paciente influyen en los síntomas de la depresión como la tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer o agrado y tendencia al suicidio, en algunas ocasiones. Para ello, las técnicas de terapia cognitiva se basan en modificar estos patrones de pensamiento catastrófico, creencias de fracaso y rechazo social. En paralelo las técnicas de exposición están destinadas a inducir al sujeto a permanecer en situaciones sociales que le generan malestar, temor para poder luego modificar sus pensamientos en base a ello (Sotelo Hoyos, 2018).

Según postulan algunos autores como (Yoshinaga et al., 2016; Olatunji et al., 2010; Butler et al., 2006; Deacon y Abramowitz, 2004 citado en Sotelo Hoyos, 2018) uno de los métodos que cuenta con gran evidencia científica y es de los más eficientes es la terapia cognitivo conductual. Como postulan estos autores, el tratamiento se basa en disminuir los pensamientos negativos, los mismos pueden trabajarse mediante la técnica de reestructuración cognitiva con el fin de modificar los sesgos negativos.

Cabe destacar que dentro de las técnicas más importantes para el tratamiento de la fobia social es la reestructuración cognitiva y la exposición donde el sujeto debe exponerse a la situación temida y aceptarla (Acarturk et al., 2009; Norton y Price, 2007; Prashak-Rieder, 2003; Gil et al., 2001 citado en Sotelo Hoyos, 2018 ). Esto genera disminución de ansiedad y la rumiación posterior al evento traumático (Clark y Beck, 2012 citado en Sotelo Hoyos, 2018).

Distintos trabajos demostraron efectividad como ser resultados publicados por Maciá et al., (2012 citado en Sotelo Hoyos, 2018) donde demostraron que la aplicación de una

intervención cognitivo conductual en jóvenes había sido favorable tanto a corto como a largo plazo.

Otro estudio que refleja cambios significativos fue el desarrollado por Sotelo Hoyos (2018) donde evidencia que la aplicación de distintas técnicas de Terapia Cognitiva Conductual redujo la sintomatología ansiosa y depresiva como así también cambios frente a la exposición en público y la interacción social de una paciente con fobia social.

Se espera lograr una reducción sintomática a partir de la implementación de la estrategia terapéutica planificada.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM (5ª ed.)*. Panamericana.  
<https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://normas-apa.org/>
- Alcázar, A. I. R. Olivares- Olivares, P. J. Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 23-42.  
<https://www.redalyc.org/pdf/970/97020402003.pdf>
- Ballesteros, F. y Labrador, F. J. (2018). Análisis de las Técnicas Psicológicas Utilizadas en el Trastorno de Fobia Social en un Centro Sanitario de Psicología. *Clínica y Salud*, 29(2), 71-80.  
<https://doi.org/10.5093/clysa2018a11>
- Camilli, C. y Rodriguez, A. (2008). *Fobia social y terapia cognitivo-conductual*:  
<https://www.trastornoevitacion.com/images/pdf/fobia-social-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Cejudo de la Sierra, R. y Fernández Mesa, A. (2015). Fobia social: un fenómeno incapacitante. Iztacala. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18(2), 836-851.  
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi>
- De la Cruz Gil, R. y Segovia Vega, L. (2024). Eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad social en adultos de Latinoamérica. *Cátedra Villarreal*, 12(2), 96-106.  
DOI: <https://doi.org/10.24039/rcv20241221837>

De los Santos, D. A. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48(177), 3-17.

<https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/5467>

Elizondo Arias. (2016). Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social). *Revista Médica Sinergia*, 1(4), 20-24.

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/28>

Fernández Sogorb, A. Aparicio Flores, M. del P. Granados, L. Aparisi Sierra, D. e Inglés, C.

J. (2018). Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Calidad de Vida y Salud*, 11(1), 30-36.

<http://revistacdvs.uflo.edu.ar>

Gómez Acuña, M. Sánchez Herrera, S. Fajardo Caldera, M. I. y Castela Godoy, I. (2006).

Estudio de detección de síntomas de fobia social en una población universitaria.

*International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 229-242.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832311020>

Herbert, J. D. Gaudiano, B. A. Rheingold. A. A. Moitra, E. Myers. V. H. Dalrymple, K. L.

Brandsma, L. L. (2009). Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad social generalizada en adolescentes: un ensayo controlado aleatorizado. Elsevier.

*Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 167-177.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.004>

Ineco en acción (2026). *Adolescencia: miedo, ansiedad social y otras heridas invisibles*

*detrás del silencio de los jóvenes.* <https://www.ineco.org.ar/novedades/adolescencia->

[miedo-ansiedad-social-y-otras-heridas-invisibles-detras-del-silencio-de-los-jovenes/](https://www.ineco.org.ar/novedades/adolescencia-miedo-ansiedad-social-y-otras-heridas-invisibles-detras-del-silencio-de-los-jovenes/)

- Irizar, K. S. Odriozola, E. E (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental 1. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(76), 151- 179.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7073728>
- Labrador Encinas, F. J y Ballesteros Pérez, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565.  
[www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Llanes Catalán, G. (2021). *El trastorno de ansiedad social en adolescentes desde una perspectiva cognitiva* (Proyecto de grado, Fundación Universitaria del Área Andina).  
<https://digitk.areandina.edu.co/entities/publication/ef70189a-2e98-40ed-96dd-ecbdec611f45>
- Mercedes Vargas Gutiérrez, R. Muñoz, M. Martínez, A. (2013). *La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual*, 24(2), 225-240.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305128932003>
- Olivares, J. Alcázar, A. I. R. y García, L. J. (2004). Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás. *Tarbiya*, (37), 125-127.  
<https://revistas.uam.es/tarbiya/article/view/7221>
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 7-21.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97020402002>
- Olivares-Olivares, P. Maciá, D. Olivares, J. (2012). Terapia para la Eficacia Social y Tratamiento de Adultos-Jóvenes Españoles con Fobia Social Generalizada. *Terapia Psicológica*, 30(3), 57-67.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art06.pdf>
- Ortega Fernández, J. A. Climent Más, A. M. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177-214.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>

- Pilkionien, E. I. Sirvinskien, E. G. Zemaitien, E. N. Jonynien. E. J (2021). Social Anxiety in 15–19 Year Adolescents in Association with Their Subjective Evaluation of Mental and Physical Health. *Children*, 8(737), 1-13. <https://doi.org/10.3390/children8090737>
- Restrepo, M. F. (2019). *Ansiedad o fobia social en adolescentes: una revisión cognitivo-conductual*. (Proyecto de grado, Fundación Universitaria del Área Andina).  
<https://digitk.areandina.edu.co/entities/publication/9ccb75c6-c753-4032-b2b1-2c54da180a0b>
- Ruiz, M. A. Díaz, M. I. Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*: Desclée de Brouwer.  
<https://www.cie-dc.com/uploads/1/3/2/9/132987652/0992bfc3ca6483f8feeb.pdf>
- Sección 5 casos clínicos. (2021), *ME-Historias-clínicas asociación psiquiátrica*.  
<https://www.webapal.org/docs/ME-Historias-clinicas.pdf>
- Sotelo Hoyos, M. I. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2),131-156.  
[DOI: 10.17533/udea.rp.v10n2a06](https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06)
- Vargas Gutiérrez, M. Muñoz, R. M. Martínez, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3051/305128932003.pdf>
- Zubeidat, I. Fernández Parra, A. Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y Fobia Social: Revisión de los Autoinformes más Utilizados en Población Adulta e Infanto-Juvenil: *Terapia Psicológica*, 24(1), 71–86.  
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78524108.pdf>

Zubeidat, I. Fernández Parra, A. Sierra, J. C. Salinas, J. M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes: *Salud Mental*, 31(3), 189-196.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231304>