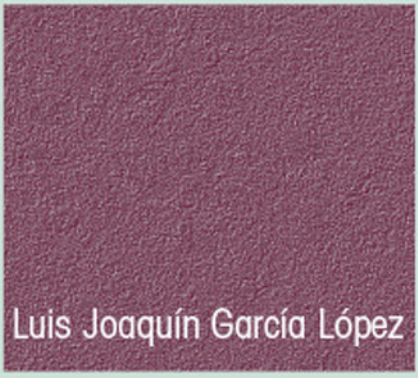
Recursos Terapéuticos

Tratando...

trastorno de ansiedad social



Luis Joaquín García López

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Tratando...

trastorno de ansiedad social

Luis Joaquín García López

PROFESOR TITULAR DEL ÁREA DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE JAÉN

Tratando... trastorno de ansiedad social

EDICIONES PIRÁMIDE

RECURSOS TERAPÉUTICOS

Directora:
Aurora Gavino
Catedrática de Psicología.
Universidad de Málaga

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Luis Joaquín García López, 2013
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2013
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-2882-5

A mi amor, a mi familia.

A todos los que me han apoyado en este camino
y a todas las experiencias que me han permitido
llegar a este libro.

El joven bajó a lavarse los pies en el río,
y de pronto saltó del agua un gran pez que intentó
devorarle el pie. El joven gritó, pero el ángel le dijo:
«¡Agárralo y no lo dejes escapar!».
Entonces él se apoderó del pez y lo sacó a tierra.

TOBÍAS, 6, 1-3

Índice

Prólogo 19

1. El trastorno de ansiedad social 23

2. Situaciones específicas de la terapia en grupo..... 33

- Situación 1: Al finalizar una de las primeras sesiones, el paciente indica al terapeuta que hay problemas que prefiere comentarle individualmente y no en grupo, pues aún le da vergüenza expresar sus emociones en el grupo..... 37
- Situación 2: Tras el fin de una de las primeras sesiones, el paciente indica al terapeuta que hay un problema personal (y no relativo al funcionamiento del grupo) que le sucede y que prefiere comentárselo individualmente y no en grupo..... 39
- Situación 3: Durante la sesión en grupo, un paciente se niega a hablar de un tema propuesto por el terapeuta. El paciente indica al terapeuta que hay problemas que prefiere comentarle individualmente y no en grupo..... 41
- Situación 4: El paciente no hace los ejercicios en grupo o evita exponerse junto con el resto de los compañeros del grupo..... 44
- Situación 5: El paciente, que presenta TDAH como trastorno comórbido, frecuentemente interrumpe la actividad que se está llevando a cabo en el grupo (por ejemplo, mientras se está ejemplificando un juego de roles)..... 46

- Situación 6: El paciente acude de manera irregular a las primeras sesiones de terapia en grupo, pero no ha dicho el motivo 48
- Situación 7: El paciente no confía en el *feedback* que los compañeros del grupo le proporcionan tras exponerse a la situación de hablar en público. El paciente dice que él lo hace fatal, que se ha puesto muy nervioso. Cree que los miembros del grupo le dan valoraciones más positivas porque están siendo amables con él. El terapeuta le ofrece la posibilidad de ser grabado en vídeo para poder tener una prueba objetiva, pero el paciente se muestra reacio 50
- Situación 8: El paciente reconoce que, pese a traer hechas las tareas para casa, le da vergüenza entregarlas en grupo porque tiene miedo de no haberlas hecho suficientemente bien..... 53
- Situación 9: Durante el ejercicio de decir y recibir cumplidos, el paciente se queda en blanco durante un *role-playing* cuando tiene que decirse un cumplido delante del resto de los miembros del grupo 55

3. Aparición de nueva información o de situaciones especiales ... 57

- Situación 1: El paciente ha de afrontar una situación de interacción social en su trabajo dentro de unas semanas, que es previsible e inevitable, tal como asistir a la revisión de objetivos y logros anuales con su superior, y el paciente piensa que va a concluir con su despido 61
- Situación 2: El paciente ha de afrontar una situación de interacción social familiar previsible e inevitable en unas semanas, tal como asistir a la boda de un miembro cercano de la familia 65
- Situación 3: El paciente, que es un menor, ha de afrontar una situación social previsible e inevitable en unas semanas, como es su confirmación 67
- Situación 4: Durante el tratamiento, el paciente se ha dado cuenta de que se encontraba en una relación abusiva y nos informa que ha decidido divorciarse de su pareja 69

- Situación 5: Durante el tratamiento, el paciente informa que ha empezado a salir con alguien después de varios años sin relación sentimental, pero «teme fastidiarla» 71
- Situación 6: Al inicio de la terapia, el paciente dice que no se siente con ganas y fuerzas para afrontar situaciones de exposición y reconoce que había omitido que se encuentra triste y decaído desde hace varios meses 73
- Situación 7: El paciente informa que no se beneficia del entrenamiento en habilidades sociales para iniciar y mantener conversaciones cuando éstas se relacionan con interacciones heterosexuales. Ello es debido a que su ansiedad es ante personas del mismo sexo ya que son las que le generan interés, información que había omitido 76

4. Situaciones relacionadas con la baja adherencia terapéutica y el potencial abandono de la terapia..... 79

- Situación 1: El paciente indica que prefiere pasarlo mal o no ir a sitios porque no tiene amigos, en vez de tener que hacer cosas que le dan miedo y le ponen muy nervioso..... 82
- Situación 2: Durante el entrenamiento en habilidades sociales, el paciente indica que prefiere seguir siendo un «bicho raro» antes que ser igual a los demás..... 84
- Situación 3: El paciente se siente ofendido por el *feedback* del terapeuta después de la realización de un *role-playing* y considera abandonar la terapia 86
- Situación 4: El paciente dice al terapeuta: «Usted no me entiende» 88
- Situación 5: El paciente dice al terapeuta: «Tiene que ayudarme» 90
- Situación 6: Durante la segunda sesión de tratamiento, mientras se construyen con el paciente las jerarquías de exposición y se examinan las conductas de seguridad que puede estar realizando, el paciente se muestra reacio a participar. Cuando el terapeuta le pregunta el motivo, el paciente le responde: «Aún no tengo confianza para contarle mis secretos»..... 92

- Situación 7: El paciente se muestra reacio a participar. Cuando el terapeuta le pregunta el motivo, el paciente le responde: «Me siento bien con usted, es competente, pero es un problema mío; siempre me ha dado miedo expresar mis emociones» 94
- Situación 8: El paciente, inmigrante de origen hispano americano, muestra signos de no implicarse en la terapia... 96
- Situación 9: El paciente se queja de que la gente es mala y que no puede uno fiarse de los demás, después de haber vivido malas experiencias. Ello le impide sentirse motivado a exponerse a hablar con gente que no conoce muy bien..... 98
- Situación 10: El paciente no ha realizado las tareas de exposición para casa y reconoce que siempre se le olvida practicar las actividades, o que no tiene tiempo para hacerlas..... 100

5. Problemas relacionados con la sintomatología y la presencia de comorbilidad 103

- Situación 1: El paciente expresa que se expone a las situaciones sociales, pero que siente que no lo hace suficientemente bien. Esto contrasta con evidencias de que su nivel de ansiedad se ha reducido y se está beneficiando de la terapia..... 107
- Situación 2: El paciente reconoce al terapeuta que debe de tener un chip raro en la cabeza o ser raro, porque todo el mundo disfruta de estar con gente, salvo él 110
- Situación 3: El paciente tiende a retrasar su exposición a situaciones sociales a través de diversas estrategias de evitación 112
- Situación 4: El paciente admite que presenta baja motivación a exponerse porque ya tiene relaciones sociales de amistad (sólo) vía Internet. Sin embargo, reconoce que las relaciones se basan en mentiras y datos falsos, pero a pesar de ello suele hablar con «sus amigos» al menos 5 horas al día, todos los días 114
- Situación 5: Durante la planificación de la jerarquía de exposición, el paciente informa que su mayor miedo es

cuando tiene que hablar con otra persona, en vez de hablar con un grupo de personas 117
- Situación 6: El paciente empieza a hacer nuevos amigos, sale más y muestra cambios externos, tanto en su estilo de ropa como en su peinado 119
- Situación 7: El paciente se encuentra al inicio de una relación sentimental y reconoce que se halla presionado por su pareja para tener relaciones sexuales..... 122
- Situación 8: El paciente se encuentra al inicio de una relación sentimental y comenta al terapeuta que su pareja, con quien lleva saliendo un mes, le ha presionado para tener relaciones sexuales sin precaución..... 124
- Situación 9: El paciente informa que una de sus mayores dificultades es expresar sus sentimientos y decir a su familia y/o amigos que es homosexual 126
- Situación 10: El paciente indica que tiene respuestas psicofisiológicas intensas (sudoración, tartamudeo, temblores) cuando está con otras personas y cree que son percibidas y evaluadas negativamente por los demás 128
- Situación 11: El paciente reconoce que abusa del alcohol u otras sustancias ocasionalmente cuando tiene que afrontar situaciones de actuación social..... 130
- Situación 12: El paciente reconoce que abusa del alcohol u otras sustancias para afrontar las situaciones de interacción social..... 132
- Situación 13: El paciente muestra conductas inusuales mientras se está llevando a cabo el entrenamiento en habilidades sociales, tales como hablar sobre un tema sin tener en cuenta si el contexto o la situación son adecuados o no, o bien si la persona puede estar interesada. Además, muestra poca empatía o interés por las intenciones de los demás y exhibe conductas no apropiadas para la edad 134
- Situación 14: Al principio de la terapia, el paciente (que es un menor) muestra resistencia al cambio y argumenta que es tímido, que eso es parte de su personalidad y que no quiere que el terapeuta «le cambie» 136

6. Problemas relacionados con el entorno y la aplicación de la terapia en contextos no clínicos (por ejemplo, escuela)..... 139

- Situación 1: El paciente, que es un menor, empieza a hacer nuevos amigos, sale más y muestra cambios externos, tanto en su estilo de ropa como en su peinado. La familia expresa una conducta negativa ante dichos cambios..... 143
- Situación 2: El paciente, que es un menor, informa que no ha reducido su nivel de ansiedad tras la exposición, colaborando sus padres como coterapeutas. Tras evaluar qué puede haber sucedido, el paciente admite que sus padres han hecho cosas por él, en vez de hacerlas con él..... 146
- Situación 3: Tras el entrenamiento en habilidades sociales, el paciente empieza a expresar sus sentimientos a su pareja y a ser asertivo. Tras esto, el paciente siente que su pareja no refuerza sus progresos, sino todo lo contrario 148
- Situación 4: El paciente es un menor, y sus padres preguntan en sesión individual si es culpa de ellos que su hijo/a sea así, no habiendo razones que indiquen que hayan tenido un papel en el desarrollo del trastorno..... 150
- Situación 5: El paciente es un menor y tiene problemas de actuación social. Ha de exponer un trabajo en clase y tanto los padres como el paciente están de acuerdo en contar con la colaboración de la maestra para que lo lea delante de sus compañeros de clase 152
- Situación 6: El paciente reconoce que de niño sufrió abuso psicológico en la escuela *(bullying)* y ello le ha llevado a desconfiar y no poder tener relaciones con otras personas..... 155
- Situación 7: El paciente, que es un menor, reconoce que está sufriendo abuso psicológico en la escuela *(bullying)* y, por eso, siente mucha ansiedad cuando está con gente de su edad..... 157

7. Problemas con la aplicación de las técnicas terapéuticas 163

- Situación 1: El paciente reconoce que no se siente satisfecho pese a haber realizado la exposición y cumplir los objetivos 166

- Situación 2: El paciente tiene problemas para exponerse... 169
- Situación 3: En su primera sesión de exposición en vivo a hablar en público, el paciente informa que antes de empezar se sintió muy nervioso y, por ello, cree que la charla le salió fatal..... 171
- Situación 4: El paciente informa que se pone especialmente nervioso cuando está en medio de la charla y teme bloquearse..... 173
- Situación 5: El paciente se expone a una situación de actuación social (por ejemplo, hablar en público) de manera exitosa, pero durante la siguiente sesión comenta al terapeuta que la exposición fue horrible y que lo hizo fatal 176
- Situación 6: Tras el entrenamiento en asertividad, el paciente aprovecha para practicar las recién adquiridas habilidades sociales en una situación en la que desea defender sus derechos ante su hermano, Sin embargo, después de utilizar la estrategia de asertividad, su hermano le pregunta por qué habla tan raro y el paciente se queda bloqueado y abandona la habitación sin resolver la situación 179
- Situación 7: El paciente muestra ansiedad ante una situación social que es difícil crear o controlar en una sesión de exposición en vivo 181
- Situación 8: El paciente (varón) dice al terapeuta que no es capaz de entrar relajadamente en unos aseos públicos e ir a un urinario sin antes tener la conducta de seguridad de echar un vistazo para ver cuáles están libres y cuáles ocupados..... 183
- Situación 9: El paciente expresa la creencia de que la exposición no le va a beneficiar («exponerme no es lo mío») 185
- Situación 10: El paciente indica que su nivel de ansiedad no desaparece después de la exposición 187

Referencias bibliográficas..... 189

Prólogo

Si bien hay excelentes libros y manuales sobre ansiedad social disponibles tanto en español como en otros idiomas, estas publicaciones se han centrado principalmente en recopilar y sintetizar la literatura actual sobre ansiedad social para un lector formado en el campo de la psicología. No obstante, no suelen recoger los problemas reales que suceden cuando se atiende a personas con problemas de ansiedad social. Por ello, el objetivo de este libro es cubrir dicha laguna y poner a disposición del público un manual que pueda ser utilizado tanto por los clínicos como por los investigadores y estudiantes en disciplinas de salud mental. El fin último de dar a conocer qué problemas suelen presentarse en terapia y ofrecer unas líneas de actuación claras y concretas para resolver esas situaciones. Todo ello centrándose en las habilidades terapéuticas que un profesional de la salud mental ha de poseer para afrontar exitosamente las situaciones más frecuentes que se presentan en terapia con niños, adolescentes y adultos con un trastorno de ansiedad social.

Este libro recoge las experiencias clínicas del autor gracias a su formación clínica en las diversas instituciones donde ha colaborado en España y en el extranjero, bien con adultos, niños o adolescentes con fobia social. Parte de su trabajo se ha realizado implementando las técnicas recogidas en la IAFS (intervención

en adolescentes con fobia social), un tratamiento desarrollado en 1998 y que dio lugar a su tesis doctoral (García-Lopez, 2000). Este programa de tratamiento fue diseñado gracias al trabajo conjunto con los doctores Albano, Beidel y Turner en la aplicación de sus tratamientos (SET y CBGT-A). Aunque la IAFS original se encuentra publicada en 2007 (García-Lopez, 2007), con anterioridad está disponible una versión modificada del mismo (Olivares, 2005) en la que se introdujeron algunos cambios, relativos a la inclusión o modificación de componentes en un intento de potenciar la eficiencia mostrada por la IAFS original. Sin embargo, estudios posteriores han mostrado que la adición de estas u otras modificaciones no conllevan una ventaja en términos de eficiencia sobre el programa original, ya sea la adición de un mayor número de sesiones de videofeedback/retroalimentación audiovisual (Ramos, 2004), la obligatoriedad o voluntariedad de las sesiones de tutoría (Palomares, 2006) o la inclusión de focalización de la atención (Amorós, 2006). En otras palabras, ninguna de estas modificaciones ha revelado ser superior al programa original de 1998, expuesto en 2000 y publicado en 2007. Por ello, para la elaboración de las situaciones sociales problema que abarca este libro el autor se ha basado en la versión original del protocolo IAFS, así como en la experiencia recogida a lo largo de casi veinte años de clínica e investigación en el campo de la ansiedad social y que inició tras la publicación de su primer trabajo en 1995.

Con todo ello en mente, he redactado este libro en el deseo de compartir mi experiencia clínica-investigadora con el lector y poner a su disposición, de forma clara y concisa, estrategias y habilidades terapéuticas que es importante que un profesional de la salud mental domine cuando afronte problemas que suelen aparecer cuando se trabaja con personas con fobia social en distintos ámbitos y formatos. Así, el capítulo 2 expone los problemas más frecuentes que el clínico ha de abordar cuando se en-

mas más frecuentes que el clínico ha de abordar cuando se enfrenta a una terapia en grupo, para continuar con el capítulo 3 que abarca qué habilidades ha de poseer el terapeuta cuando el paciente revela nueva información durante el curso de la terapia, o hay que afrontar situaciones especiales. Seguidamente, el capítulo 4 presenta situaciones en las que el paciente exhibe una baja adherencia terapéutica o que implican un potencial abandono de la terapia. A continuación se presentan los problemas que el clínico puede afrontar cuando trata a un paciente con ansiedad social, con o sin comorbilidad (véase capítulo 5), y se relatan problemas específicos (y cómo solucionarlos) cuando se trabaja con menores de edad, coterapeutas (padres, pareja, etc.) o en contextos no clínicos como la escuela (véase capítulo 6). El libro finaliza con la presentación de estrategias y habilidades que permitan al terapeuta solucionar problemas en la aplicación de las técnicas terapéuticas (capítulo 7). Para la selección de las técnicas se ha seguido la guía de técnicas de terapia de conducta publicada por Gavino (2006).

Es mi deseo poder arrojar luz sobre aspectos del día a día en el trabajo práctico con pacientes con fobia social desde una perspectiva clínica, y el bagaje investigador de años gracias a los cuales he podido conocer de cerca a personas que temían expresarse y se ocultaban bajo una máscara, y que finalmente pudieron librarse de esas ataduras y vivir una vida social y personal feliz. Ha sido para mí una enorme satisfacción haber podido formar parte de este proceso y haber compartido sus progresos.

1

El trastorno de ansiedad social

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras (APA, 2000). Estas situaciones sociales se dividen entre las que implican interacciones interpersonales (por ejemplo, iniciar y mantener conversaciones, dar o recibir cumplidos, asertividad, etc.) y aquellas en las que el individuo ha de realizar alguna actividad frente a los demás (ansiedad ante la actuación), tal como hablar, comer, beber, escribir o utilizar aseos públicos. En la gama de situaciones sociales temidas por los niños y adolescentes se encuentran los debates en clase, ir a fiestas (por ejemplo, de cumpleaños), ir a discotecas o de botellón, hacer quedadas, o bien participar en actividades o equipos deportivos, por poner algunos ejemplos. Siguiendo a la APA (2000), las personas que generalmente temen situaciones sociales, tanto de interacción como de actuación, cumplen el subtipo de fobia social generalizada.

La exposición a estas situaciones suele generar respuestas psicofisiológicas de ansiedad, tales como sentir un nudo en la garganta, palpitaciones, temblores, dolores de estómago, dolores de cabeza, sensación de desmayo, rubor, sudor y, en ocasiones, ataques de pánico. En niños, por su etapa evolutiva, también pueden llorar, tartamudear, quedarse paralizados o mudos. A nivel cognitivo, las personas con TAS suelen tener pensamientos como «no voy a saber qué decir», «me voy a quedar en blanco», «van a pensar que soy un tonto y se van a

reír de mí», «no voy a caerle bien», etc. Junto a esto, llevan a cabo conductas de escape o evitación para reducir el malestar, como el uso del alcohol, no mirar a los ojos del interlocutor o del público, prepararse excesivamente un tema para no cometer un error, uso excesivo de maquillaje, el amigo sombra (véase página 139), etc. Como consecuencia de estas acciones, pensamientos y sensaciones, las personas con fobia social sufren una interferencia significativa en el funcionamiento social (menor número de amigos), personal (menor probabilidad de encontrar pareja, mayor riesgo de sufrir abuso psicológico, depresión, etc.) y laboral (trabajos infracualificados). En la población infantojuvenil, las consecuencias más frecuentes en el proceso de adaptación del niño/adolescente suelen incluir un menor apoyo social percibido, menos relaciones íntimas o niveles mayores de afectividad negativa y pesimismo social, y, por tanto, un bajo rendimiento académico y mayor riesgo de sufrir fracaso escolar.

Epidemiología: prevalencia, sexo, curso de inicio y comorbilidad

Según la APA (1994, 2000), se ha informado que la prevalencia de la fobia social a lo largo de la vida adulta está entre el 3 por 100 y el 13 por 100. En población infantil y juvenil, y usando criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), las tasas de prevalencia a lo largo de la vida varían desde el 1,6 por 100 hasta el 7 por 100 en población adolescente, mientras que se sitúa alrededor de 1-3 por 100 en niños. Ello lo ha llevado a ser considerado como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante ese período evolutivo.

Respecto a la distribución de la fobia social por sexo entre la población general, es más frecuente la presencia de este

trastorno entre las mujeres. Sin embargo, tanto los varones como las mujeres presentan la misma naturaleza con relación a sus miedos sociales, difiriendo únicamente en la frecuencia de éstos (al menos en el caso de los niños y adolescentes). A nivel clínico parece que la distribución de la fobia social es similar entre hombres y mujeres.

Los estudios epidemiológicos revelan que este trastorno de ansiedad tiene su inicio más frecuente en la adolescencia, concretamente entre los 12 y los 17 años, aunque se ha informado que niños de tan sólo ocho años ya cumplen criterios diagnósticos para este trastorno. Algunos autores apuntan que es en la adolescencia cuando se produce una mayor madurez cognitiva y también un incremento en los miedos a la evaluación social, en comparación con los niños. Así, la mayoría de los investigadores está de acuerdo en que una vez que se ha adquirido la fobia social, es continua y dura toda la vida. En otras palabras, se trata de un trastorno de inicio temprano y que presenta un curso crónico si no es tratado.

De ahí que sea esencial desarrollar instrumentos de cribado *(screening)* que permitan la rápida identificación de adolescentes con ansiedad social en las escuelas o en centros de salud donde los profesionales responsables podrán remitir al adolescente a una ayuda especializada, posibilitando así, que puedan tener acceso a una intervención precoz y eficaz.

Por otra parte, es bien conocida la alta comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicológicos, tanto en adultos como en niños y adolescentes. En este sentido, algunos autores afirman que éste es un trastorno en el que la comorbilidad varía entre el 69 por 100 y el 92 por 100, siendo por tanto la regla general más que la excepción. Entre ellos destacan los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y trastornos por abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas. Además, el análisis de la evolución de los cursos

de estos trastornos muestra que la fobia social suele preceder a la aparición de otros trastornos mentales, como los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso de alcohol, el acoso escolar, y aumenta el riesgo de suicidio y de sufrir abuso psicológico (acoso escolar, laboral, etc.).

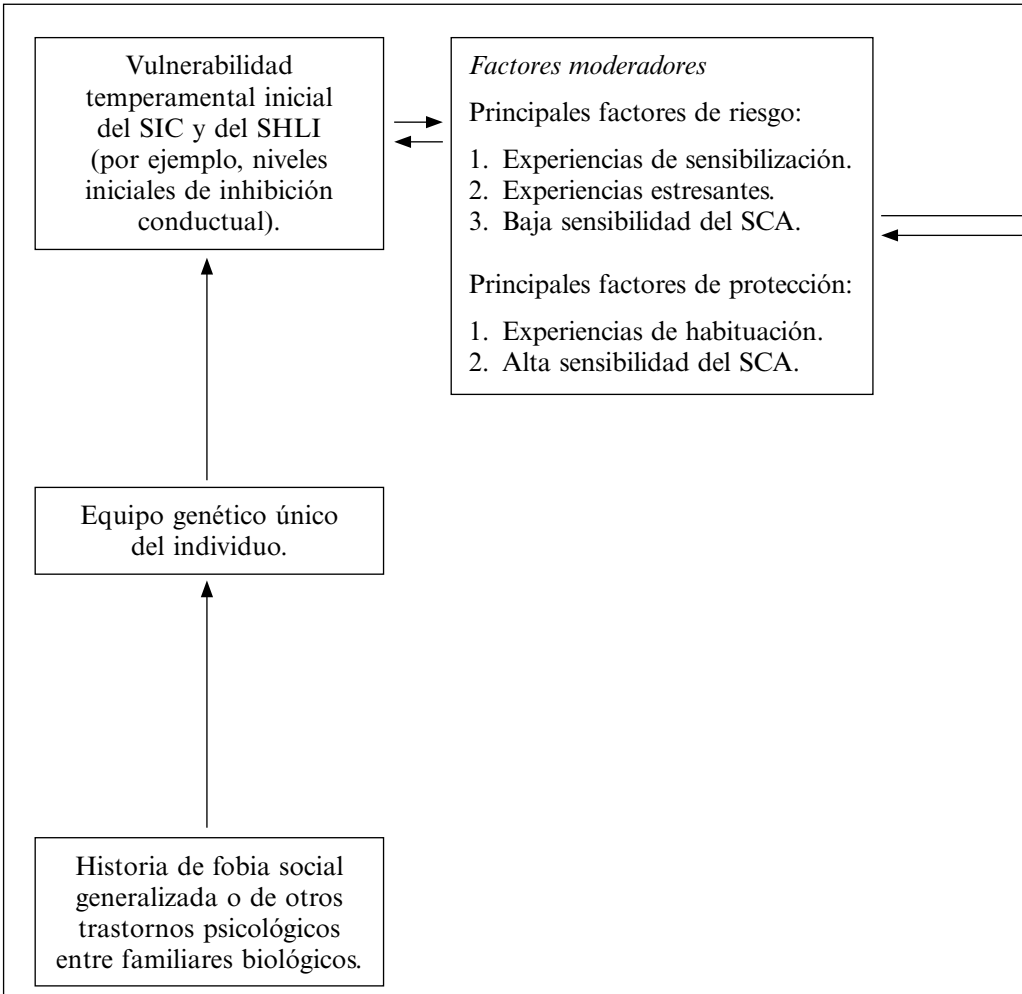
Etiología

En cuanto a las variables implicadas en la etiología del trastorno, podemos destacar la actitud y patrones de conducta de los padres acerca de sus hijos, las relaciones con los iguales, variables de personalidad como neuroticismo o introversión, timidez, déficit de habilidades sociales, o variables temperamentales como la inhibición conductual o la sensibilidad a la ansiedad. Junto a esto, aunque la causa exacta no se conoce, se considera que los temores sociales son aprendidos y adquiridos, bien por medio del condicionamiento directo, del condicionamiento vicario (cuando el temor es aprendido al observar el temor en los demás) o por la transmisión de información. Su desarrollo suele ser generalmente gradual, pero también puede seguir a una experiencia humillante o estresante (especialmente, en el caso de las fobias sociales no generalizadas o específicas).

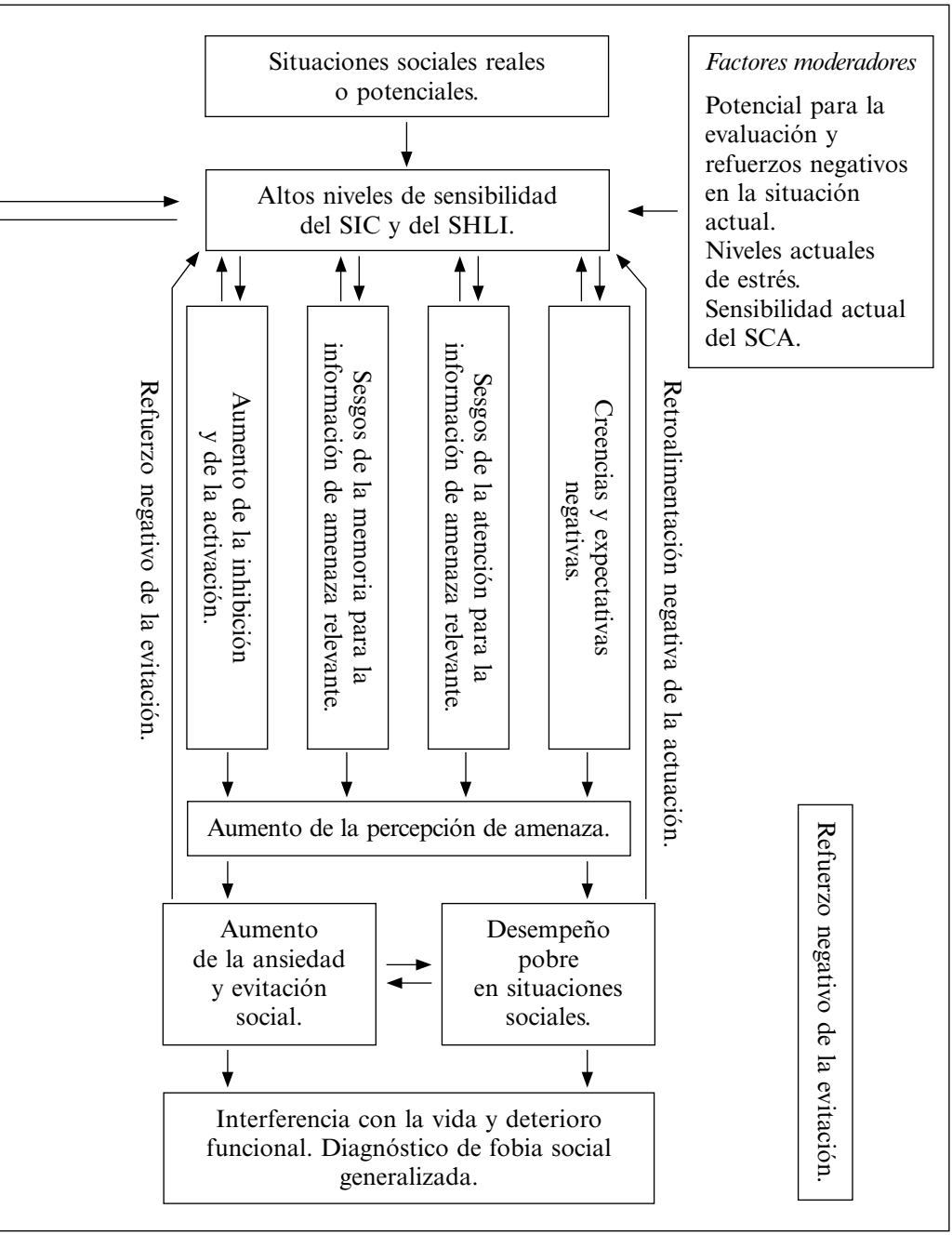
Algunos estudios realizados sugieren que las influencias genéticas, la inhibición conductual, las variables de personalidad y las interacciones padres-hijos (por ejemplo, padres con alta emoción expresada) tienen un papel interactivo y significativo en el desarrollo y mantenimiento del TAS, aunque todavía se desconoce el «grado de varianza» o el peso de cada una de ellas en el desarrollo de la fobia social. Véase cuadro al final para la exposición del modelo de Kimbrel (2008), tomado con permiso de Caballo, Salazar, García-López e Irurtia (2011).

Tratamientos

Tomando como referencia los tratamientos basados en la evidencia recogidos por la Asociación Americana de Psicología, tanto en su división 12 (para adultos), llamada Sociedad de Psicología Clínica, como en su división 53 (para niños y adolescentes) denominada Sociedad de Psicología Clínica Infantil y Adolescente, los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces son los basados en la *terapia cognitivo-conductual*. Las principales técnicas que los tratamientos multicomponentes cognitivo-conductuales han incluido son la exposición, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y las técnicas cognitivas. En cuanto a los tratamientos psicofarmacológicos, actualmente se están utilizando, en primera línea, los antidepresivos que pertenecen al grupo *de inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina* (ISRS), los *inhibidores de monoaminooxidasa* (IMAO) y los *betabloqueadores* (principalmente para situaciones sociales de actuación, como hablar en público). Actualmente, también se están investigando los efectos de los nuevos antipsicóticos, los antidepresivos del grupo de IRMA, las benzodiazepinas de alta potencia o el papel que puede desempeñar el uso de la *D-cycloserine* como facilitador y potenciador cognitivo en la exposición. Respecto al uso de fármacos en niños y adolescentes con fobia social, se han realizado escasos estudios, y normalmente con ISRS. Existen otros fármacos que, debido a los pocos estudios existentes, todavía no se pueden tener en cuenta como posible tratamiento farmacológico, como la venlafaxina, el escitalopram y el mirtazapine.



SIC: Sistema de inhibición conductual; SHLI: Sistema de huida-lucha-inmovilidad; SCA: Sistema de aproximación conductual.


Situaciones sociales reales o potenciales.
Altos niveles de sensibilidad del SIC y del SHLI.
Factores moderadores
Potencial para la evaluación y refuerzos negativos en la situación actual.
Niveles actuales de estrés.
Sensibilidad actual del SCA.
Aumento de la inhibición y de la activación.
Sesgos de la memoria para la información de amenaza relevante.
Sesgos de la atención para la información de amenaza relevante.
Creencias y expectativas negativas.
Refuerzo negativo de la evitación.
Retroalimentación negativa de la actuación.
Aumento de la percepción de amenaza.
Aumento de la ansiedad y evitación social.
Desempeño pobre en situaciones sociales.
Refuerzo negativo de la evitación.
Interferencia con la vida y deterioro funcional. Diagnóstico de fobia social generalizada.

2

Situaciones específicas de la terapia en grupo

Dado que el núcleo central del TAS es interactuar (por ejemplo, conversar) con otras personas o actuar ante un grupo de personas (por ejemplo, hablar en público), se ha considerado que el tratamiento en grupo es el formato más recomendado para tratar la fobia social. Esto facilita un ambiente en el que el paciente puede practicar sus nuevas habilidades en un marco seguro y similar a las situaciones sociales que afronta en el día a día, antes de exponerse a ellas en la vida real. Además, los miembros del grupo pueden apoyarse y ayudarse mutuamente, lo cual en sí genera un grupo de apoyo y aceptación que contribuye a desconfirmar las creencias del paciente acerca de su propia valía. Junto a las ventajas para el interesado, el terapeuta economiza tiempo y esfuerzo, a la vez que puede trabajar con un mayor número de pacientes a un menor costo. Pese a estas ventajas, existe un número de situaciones problemáticas que suelen generarse cuando se trabaja con un grupo de pacientes con TAS y que requiere que el terapeuta sepa cómo resolverlas. Entre las más frecuentes se encuentra la resistencia del paciente a integrarse y participar en el grupo. Específicamente, los inconvenientes más frecuentes de trabajar en grupo, y que trataremos en este capítulo, suelen ser los problemas del paciente con TAS para expresar sus emociones en grupo o participar en grupo debido al elevado nivel de ansiedad que le genera estar en grupo, así como la alta sensibilidad que tienen estos pacientes a la retroalimentación que el terapeuta u otros miembros del grupo pueden proporcionar (por su sesgo a interpretarlos como crítica a su persona, en vez de a su conducta), entre otros. En casos

extremos, puede considerarse la posibilidad de sesiones individuales complementarias a la terapia grupal, o bien abandonar ésta y trabajar los problemas únicamente a través de una intervención individual.

Con el fin de poder supervisar exitosamente todas las interacciones que se producen en el grupo, no es infrecuente contar con la ayuda de un coterapeuta. Si es posible, terapeuta y coterapeuta han de ser de distinto sexo, lo que permite contar con diferentes perspectivas y disponer de los dos modelos para la simulación de situaciones de interacción social con personas del sexo opuesto, o del mismo sexo. En el caso de trabajar en grupo, es tan importante que el terapeuta posea buenas habilidades terapéuticas como conocimientos sobre cómo implementar correctamente las técnicas y estrategias psicológicas.

SITUACIÓN 1

Al finalizar una de las primeras sesiones, el paciente indica al terapeuta que hay problemas que prefiere comentarle individualmente y no en grupo, pues aún le da vergüenza expresar sus emociones en el grupo.

Objetivo

1. Facilitar la expresión de emociones del paciente mientras está en terapia grupal.

Técnicas

— Información.
— Sesión individual para tratar el tema.

Estrategias terapéuticas

— Evaluar en una sesión individual con el paciente el miedo central a expresar sus emociones ante otras personas. Por ejemplo, la preocupación del paciente puede ser por exhibir algún tipo de respuesta psicofisiológica al expresar sus emociones en el grupo (por ejemplo, miedo al rubor, sudar, tartamudear, etc.). En ese caso, el terapeuta debe enfatizar el hecho de que el formato de grupo puede ser el marco ideal para expresar sus emociones y

sentimientos ante otras personas, al tratarse de un lugar seguro. Además, permite la posibilidad de practicar precisamente sus habilidades sociales.

— Junto a esto, el terapeuta puede revisar con el paciente el contrato de confidencialidad que todos los miembros del grupo firmaron al principio del tratamiento. Gracias a ello, el terapeuta puede resaltar que se garantiza su privacidad y que su opinión será siempre respetada, aunque no necesariamente sea compartida.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de poseer y aplicar su capacidad de escucha activa para entender las necesidades del paciente.
— El terapeuta ha de mostrar un tono cálido y empático ante sus problemas para expresar emociones.
— El terapeuta debe tener una actitud firme y revisar el contrato de confidencialidad dándole la importancia que tiene. De ese modo, el terapeuta puede dar seguridad y animar al paciente a expresar sus sentimientos en grupo.
— El terapeuta tiene que procurar que el paciente se sienta integrado en el grupo.

SITUACIÓN 2

Tras el fin de una de las primeras sesiones, el paciente indica al terapeuta que hay un problema personal (y no relativo al funcionamiento del grupo) que le sucede y que prefiere comentárselo individualmente y no en grupo.

Objetivo

1. Evaluar la necesidad de sesiones individuales junto con las grupales con el paciente con el fin de tratar un tema puntual y confidencial.

Técnicas

— Información.
— Sesión individual para tratar el tema.
— Solución de problemas: análisis de ventajas y desventajas de la inclusión y simultaneidad de sesiones individuales.

Estrategias terapéuticas

— Si se trata de un aspecto concreto que el paciente sólo quiere revelar en privado al ser un tema delicado (por ejemplo, expresar a su pareja que desea separarse), el terapeuta y él negociarán sobre la frecuencia y dura-

ción de las sesiones individuales para tratar ese tema puntual. Además, se evaluará la idoneidad de simultanear las sesiones individuales con las sesiones grupales.
— En caso de que se trate de un tema personal que implique la necesidad de un entrenamiento en habilidades sociales (por ejemplo, ser asertivo ante su jefe en el trabajo), el paciente puede incorporar y practicar esa situación en la terapia grupal. Bien nominada por el propio paciente, bien por el terapeuta como un caso hipotético (en caso de que el paciente inicialmente se muestre reacio a exponerla como una situación personal).
— En el caso de que el tema interfiera en el desarrollo normal de la terapia en grupo o requiera de la aplicación de técnicas específicas, se trabajará individualmente y el paciente se ausentará ese tiempo de las sesiones grupales.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta recoge información del paciente sobre el problema que le sucede.
— El terapeuta evalúa junto con el paciente en una sesión individual junto con el paciente si el problema puede ser resuelto dentro de las actividades y sesiones planificadas en el grupo terapéutico. Esto permitirá tomar una decisión acerca del modo en que afrontar este problema (si en grupo únicamente, si sólo en sesiones individuales, o si simultaneando éstas).
— El terapeuta ha de poseer habilidades en el manejo de grupos terapéuticos.
— El terapeuta puede plantearlo como un ejercicio que forma parte de la terapia en grupo.

SITUACIÓN 3

Durante la sesión en grupo, un paciente se niega a hablar de un tema propuesto por el terapeuta. El paciente indica al terapeuta que hay problemas que prefiere comentarle individualmente y no en grupo.

Objetivos

1. Revisar los objetivos y normas de confidencialidad del grupo.
2. Analizar en este momento la posible existencia de más dudas o preocupaciones sobre este asunto por parte del resto de los miembros del grupo.

Técnica para el objetivo 1

— Orientación.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Repasar el contrato de confidencialidad que todos los miembros del grupo firmaron al principio del tratamiento. El terapeuta debe recalcar que se garantiza la privacidad y el respeto hacia la opinión de cada uno de los miembros del grupo.

— Proporcionar al grupo instrucciones concretas y precisas sobre las consecuencias de actuar de una forma contraria a las normas de funcionamiento y confidencialidad del grupo.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta ha de poseer capacidad de reacción ante situaciones imprevistas.
— El terapeuta debe tener una actitud firme, pero cálida, mientras revisa el contrato de confidencialidad con los pacientes, explicando la posible expulsión de un miembro del grupo en caso de que se incumpla.
— El terapeuta ha de poseer habilidades en el manejo de grupos terapéuticos.
— El terapeuta ha de tener un conocimiento exhaustivo de las características y sintomatología de cada miembro del grupo.

Técnica para el objetivo 2

— Solución de problemas.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— Revisar y resolver posibles dudas que algún miembro pueda tener sobre el funcionamiento del grupo.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— Con la salvaguarda de la privacidad en mente, animar a los pacientes a través de dinámicas a expresar sus sentimientos en grupo, así como cualquier duda que pueda surgir.

— El terapeuta ha de procurar en todo momento que se mantenga la cohesión del grupo.
— Tiene que favorecer un ambiente relajado y cálido para que los miembros del grupo se sientan cómodos para expresar sus emociones y posibles cuestiones.
— El terapeuta tiene que procurar que el paciente se sienta integrado en el grupo.

SITUACIÓN 4

El paciente no hace los ejercicios en grupo o evita exponerse junto con el resto de los compañeros del grupo.

Objetivo

1. Clarificar el papel de las conductas de evitación en el mantenimiento de la ansiedad social.

Técnicas

— Información.
— *Feedback.*

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de revisar el modelo psicoeducativo, haciendo hincapié en el papel que desempeñan las conductas de evitación en el mantenimiento del problema.
— Revisar las normas de funcionamiento del grupo, enfatizando en la importancia de practicar las habilidades que se enseñan para posteriormente poder ponerlas en práctica en el medio natural.
— Pedir *feedback* para asegurar que los miembros del grupo han comprendido correctamente el círculo vicioso de la ansiedad.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de ser didáctico en sus explicaciones y tener en cuenta que el elevado nivel de ansiedad que pueden presentar los pacientes puede interferirles en su grado de atención y comprensión de la información transmitida.
— El terapeuta debe saber mantener un tono cálido y comprensivo cuando se reitere el concepto del círculo vicioso y el papel de la evitación en el mantenimiento del trastorno.
— Establecer métodos para minimizar la probabilidad de que el paciente no haya comprendido la información facilitada y no pregunte sus dudas por su miedo y falta de asertividad. Por ejemplo, el terapeuta puede pedir al grupo que le resuma el contenido de la sesión.
— El terapeuta ha de poseer habilidades en el manejo de la terapia en grupos.
— El terapeuta tiene que procurar que el paciente se sienta integrado en el grupo.

SITUACIÓN 5

El paciente, que presenta TDAH (déficit de atención con hiperactividad) como trastorno comórbido, frecuentemente interrumpe la actividad que se está llevando a cabo en el grupo (por ejemplo, mientras se está ejemplificando un juego de roles).

Objetivos

1. Reducir el número de interrupciones innecesarias.
2. Incrementar el número de interacciones beneficiosas para el grupo en su conjunto, y para el paciente en particular.

Técnica para el objetivo 1

— Extinción.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— El terapeuta ha de colocarse cerca del paciente para poder controlar su conducta impulsiva y redireccionarle hacia la actividad que se esté desarrollando.
— El terapeuta puede permitir que el paciente hable durante un tiempo limitado sobre temas tangencialmente relacionados con la actividad que se está desarrollando, sin intervenir directivamente ni reforzarle a fin de extinguir la conducta.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— Conocer las características clínicas del TDAH y sus implicaciones en el tratamiento.
— Dominar las técnicas operantes para poder seleccionar de manera correcta las técnicas apropiadas.
— El terapeuta tiene que saber localizar los estímulos que disminuyen la conducta que pretende modificar.
— Tiene que saber cortar el discurso del paciente de manera amable, utilizando diversas estrategias.

Técnica para el objetivo 2

— Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— El terapeuta ha de reforzar toda conducta incompatible con la de interrumpir la actividad (por ejemplo, cuando el paciente está atento y prestando atención).

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— Conocer las características clínicas del TDAH y sus implicaciones en el tratamiento.
— Dominar las técnicas operantes para poder seleccionar de manera apropiada la correcta.
— El terapeuta tiene que saber localizar los estímulos que refuerzan la conducta que se pretende modificar.

SITUACIÓN 6

El paciente acude de manera irregular a las primeras sesiones de terapia en grupo, pero no ha dicho el motivo.

Objetivo

1. Incrementar la regularidad y asistencia a las sesiones.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Sesión individual.
— Contrato terapéutico.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de hablar en una sesión individual (o tras la finalización de una sesión grupal) con el paciente sobre su irregularidad en la asistencia a las sesiones para poder tener información sobre los motivos.
— Evaluar si hay conflicto con alguno de los miembros del grupo, o si es por una información/*feedback* por parte del terapeuta o de otros miembros que le haya molestado. Si es así, revisar las normas de funcionamiento del grupo.
— Revisar el modelo psicoeducativo, haciendo hincapié en el papel que desempeñan las conductas de evitación (por

ejemplo, no asistir a terapia) en el mantenimiento del problema. Se establece un contrato terapéutico destinado a incrementar la asistencia del paciente a la terapia en un número mínimo de sesiones consecutivas para que pueda beneficiarse de ella.

— El terapeuta ha de examinar si es la situación en grupo en sí la que le causa ansiedad. Si es esto último, implementar un entrenamiento en habilidades sociales ante las situaciones sociales que le generan ansiedad en sesiones individuales, y después retomar las sesiones en grupo.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de crear un clima de confianza para que el paciente pueda expresarle los motivos por los que no acude regularmente a terapia.

— El terapeuta ha de ser didáctico en su explicación del modelo teórico y ha de tener en cuenta que el elevado nivel de ansiedad que pueden presentar los pacientes puede interferirles en su grado de atención y comprensión de la información transmitida.

— El terapeuta debe saber mantener un tono cálido y comprensivo cuando se revise el concepto del círculo vicioso y el papel de la evitación en el mantenimiento del trastorno.

— Ha de saber manejar posibles situaciones potenciales de conflicto entre los miembros de un grupo.

— Ha de saber explicar e implicar al paciente en la asistencia a la terapia mediante el contrato terapéutico.

SITUACIÓN 7

El paciente no confía en el *feedback* que los compañeros del grupo le proporcionan tras exponerse a la situación de hablar en público. El paciente dice que él lo hace fatal, que se ha puesto muy nervioso. Cree que los miembros del grupo le dan valoraciones más positivas porque están siendo amables con él. El terapeuta le ofrece la posibilidad de ser grabado en vídeo para poder tener una prueba objetiva, pero el paciente se muestra reacio.

Objetivos

1. Mantener la confianza del paciente en la competencia del terapeuta para ayudarle a superar su miedo a hablar en público y prevenir la posibilidad potencial de abandono de la terapia.
2. Exponer al paciente a la situación de hablar en público y obtener información objetiva a través del *videofeedback*.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— El terapeuta ha de revisar con el paciente el círculo vicioso de la ansiedad y reforzarle por el hecho de afrontar la situación, independientemente de la presencia inicial de respuestas psicofisiológicas elevadas. Es importante reforzar al paciente los logros conseguidos y animarle a continuar exponiéndose para poder seguir avanzando en la terapia. El refuerzo por parte de los miembros del grupo puede ser crucial para que el paciente se sienta entendido y animado a exponerse.
— El terapeuta ha de prestar atención a los niveles de perfeccionismo que puede presentar el paciente. Cuando éste muestra problemas porque establece metas excesivamente elevadas y rígidas ante la exposición a situaciones ansiógenas, frecuentemente minimiza los éxitos conseguidos y maximiza la probabilidad de cometer un error. En ese caso, no es inusual el abandono de la terapia si no se ha manejado correctamente el tema. Por ello, el terapeuta cuestionará y pondrá a prueba las cogniciones negativas para ayudar al paciente a reevaluar la situación en términos realistas y poder tomar decisiones.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta ha de conocer el modelo teórico del TAS y exponerlo de forma didáctica al paciente.
— El terapeuta debe tener credibilidad para el paciente.
— El terapeuta ha de procurar en todo momento que se mantenga la cohesión del grupo.
— El terapeuta ha de saber motivar al paciente para que realice las tareas fijadas.

Técnicas para el objetivo 2

— Prueba de realidad.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— Llevar a cabo un ejercicio cognitivo en el que se le pide al paciente que prediga lo que se vería en el vídeo, con la mayor cantidad de detalles posible. Evaluar posibles distorsiones cognitivas.
— Pedirle que vea el vídeo desde una perspectiva de observador (como si fuera un extraño) y confrontar esta información con su imagen inicial. Junto a ello, se contará con la valoración de los compañeros del grupo con el fin de que el paciente pueda comprobar que el *feedback* de ellos es más similar al *feedback* objetivo, frente a las distorsiones que presenta el paciente sobre su ejecución.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta ha de establecer una buena relación empática y de colaboración con el paciente, sin dejar de ser firme por ello.
— El terapeuta ha de ser didáctico en su explicación y tener en cuenta que el elevado nivel de ansiedad que pueden presentar los pacientes puede interferirles en su grado de atención y comprensión de la información transmitida.
— El terapeuta ha de tener un conocimiento exhaustivo de las características y sintomatología de cada miembro del grupo.
— El terapeuta tiene que procurar que el paciente se sienta integrado en el grupo.

SITUACIÓN 8

El paciente reconoce que, pese a traer hechas las tareas para casa, le da vergüenza entregarlas en grupo porque tiene miedo de no haberlas hecho suficientemente bien.

Objetivo

1. Asegurar la entrega de las tareas para casa por parte del paciente.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.
— Refuerzo.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta reforzará al paciente por haber realizado las tareas para casa.
— A continuación, el terapeuta puede revisar con el paciente el contrato de confidencialidad que todos los miembros del grupo firmaron al principio del tratamiento. Gracias a esta información, el terapeuta debe resaltar que se garantiza su privacidad y que su opinión será siempre respetada, aunque no necesariamente sea compartida.

— El terapeuta ha de revisar el modelo psicoeducativo, haciendo hincapié en el papel que tienen las conductas de evitación en el mantenimiento del problema. Por ejemplo, la no entrega de las tareas para casa por el miedo a expresar sus emociones dentro del grupo y por la posibilidad de sufrir críticas de los compañeros.
— El terapeuta ha de revisar posibles cogniciones perfeccionistas del paciente y, en su caso, modificarlas.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe incrementar la cohesión del grupo y generar una atmósfera de respeto y confianza entre él y los pacientes, así como entre ellos mismos.
— Debe saber afrontar dificultades y generar soluciones de manera rápida.
— El terapeuta debe ser cercano para que el paciente pueda expresarle sus miedos.
— Tener los conocimientos suficientes sobre las técnicas cognitivas.
— El terapeuta tiene que procurar que el paciente se sienta integrado en el grupo.
— El terapeuta ha de tener un conocimiento exhaustivo de las características y sintomatología de cada miembro del grupo.

SITUACIÓN 9

Durante el ejercicio de decir y recibir cumplidos, el paciente se queda en blanco durante un *role-playing* cuando tiene que decirse un cumplido delante del resto de los miembros del grupo.

Objetivo

1. Reducir el nivel de ansiedad del paciente para permitir la realización del ejercicio.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas para el entrenamiento de las habilidades sociales.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.
— Refuerzo.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de realizar un cambio en el foco atencional, desviando la atención del grupo desde el paciente hacia sí mismo. Es decir, inmediatamente al bloqueo del paciente, el terapeuta ha de elevar su voz y moverse a lo largo de la habitación mientras comenta que este tipo de bloqueos son usuales, ya que la gente

no está acostumbrada a decirse cosas positivas. Una vez que el terapeuta perciba que el paciente está preparado para decirse el cumplido en voz alta y enfrente del grupo, puede redirigir su atención al paciente para que éste se diga el cumplido en voz alta y además pueda recibir el cumplido de sus compañeros de grupo. Una vez terminado el ejercicio, el terapeuta ha de agradecer al paciente esta situación, ya que va a permitir al grupo aprender un concepto. Entonces, el terapeuta aprovecha la oportunidad para preguntar al grupo qué habría sucedido si se hubiese pasado turno al siguiente miembro del grupo. El fin del debate es adquirir información sobre la relevancia de reforzar una respuesta de evitación frente a la exposición. En este momento, el terapeuta puede revelar lo que él ha hecho, reiterando la importancia del cambio del foco atencional en estas ocasiones.

— Al final del ejercicio, el terapeuta reforzará al paciente por haber afrontado una situación que le causa malestar.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de usar un lenguaje claro y acorde con la capacidad de comprensión del paciente.

— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo las técnicas cognitivas y tener conocimiento sobre el procedimiento para llevar a cabo un cambio del foco atencional.

— Tiene que saber exponer sus argumentos con claridad, concreción y convicción para alentar a que el paciente se exponga a la situación, pero sin que sea percibida como una imposición.

— El terapeuta tiene que procurar que el paciente se sienta integrado en el grupo.

3

Aparición de nueva información o de situaciones especiales

La terapia no es un proceso lineal y recto en el cual el motivo inicial de consulta es el problema más acuciante para el paciente, o sobre el que se termina trabajando. En vez de eso, a menudo se trata de una montaña rusa en la que la alegría por la consecución de objetivos alterna con situaciones problemáticas inesperadas que surgen en la vida del paciente, o bien debido a la aparición de información que el paciente había omitido inicialmente. Citando una película conocida, «la vida es como una caja de bombones», por lo que hay giros más o menos inesperados que implican la modificación del plan inicial de trabajo. Por ejemplo, un entrenamiento en asertividad puede ayudar al paciente a dotarse de estrategias que le permitan afrontar situaciones en las que ha de defender sus derechos, pero también hacerle consciente de personas de su entorno que no respetan sus derechos humanos básicos y todo ello le puede llevar a tomar la decisión de romper relaciones afectivas abusivas. O bien, el entrenamiento en habilidades para iniciar y mantener relaciones sociales puede conducir al paciente a conocer más gente y, por ende, incrementar la posibilidad de encontrar pareja, lo que en sí es una situación social de las más ansiógenas y que probablemente sea necesario tratar en terapia.

Además, hay que tener en cuenta que las situaciones sociales son a menudo altamente imprevisibles y difícilmente controlables. De este modo, no es usual que el paciente conozca cuándo se casa un familiar poco allegado, ni que pueda controlar en qué mesa y con quién van a sentarle. Tampoco es útil prepararse en la mente cientos de posibles conversaciones e

hilos argumentales, dado que es imposible controlar qué va a decir el interlocutor (a no ser que el paciente se cargue sobre sus hombros todo el peso de la charla, lo que en sí es una conducta de seguridad).

Todos estos aspectos pretenden ser cubiertos en este capítulo, esperando que sean de utilidad al lector.

SITUACIÓN 1

El paciente ha de afrontar una situación de interacción social en su trabajo dentro de unas semanas, que es previsible e inevitable, tal como asistir a la revisión de objetivos y logros anuales con su superior, y el paciente piensa que va a concluir con su despido.

Objetivos

1. Determinar el impacto de este evento en la carrera laboral y en el estado emocional del paciente, así como en la posible modificación de la jerarquía de exposición a situaciones sociales ansiógenas.
2. Reducir el número de pensamientos negativos anticipantes sobre el suceso, y que le generan niveles extremos de ansiedad, hasta el punto de considerar dejar el trabajo.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Recoger información acerca de la importancia de dicha reunión, así como la frecuencia, intensidad, duración y

experiencias previas del paciente en estas reuniones, para poder evaluar si su creencia es racional o irracional (por ejemplo, conocer si el paciente ha cumplido los objetivos de la empresa en el pasado).
— El terapeuta cuestionará y pondrá a prueba las cogniciones negativas para ayudar al paciente a reevaluar la situación en términos realistas y poder tomar decisiones.
— El terapeuta modificará, en su caso, la planificación de las sesiones para incluir un entrenamiento en habilidades sociales para afrontar la situación.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta debe mostrar empatía por la situación por la que está pasando el paciente y por su estado de malestar intenso, para a continuación centrarse en adquirir información relevante para evaluar la situación y diseñar una línea de actuación acorde con el problema.
— El terapeuta ha de poseer las habilidades para sondear las creencias del paciente con respecto a la situación y poder implementar las técnicas cognitivas que sean precisas.
— Debe poseer rapidez e imaginación para modificar la planificación de las sesiones ante una situación inesperada.
— Ha de saber detectar la importancia de la nueva información.
— El terapeuta ha de ser capaz de transmitir al paciente cómo ve el nuevo problema y cómo lo va a ubicar en el nuevo plan de trabajo.

Técnicas para el objetivo 2

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas dirigidas al control de las cogniciones.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— El terapeuta recordará al paciente el papel que tienen los pensamientos negativos en su malestar emocional y su conexión con las respuestas conductuales de evitación o escape, las cuales no solucionan sino perpetúan el problema. Un ejemplo de conducta de escape sería precisamente la que está considerando el paciente, es decir, despedirse del trabajo antes de la reunión. Se reitera la relevancia del círculo vicioso de la ansiedad que se presentó en la fase psicoeducativa.

— Pedir al paciente que identifique y lleve a cabo un registro diario de los pensamientos automáticos disfuncionales, las respuestas emocionales y las conductas asociadas.

— Con el fin de eliminar la rumiación de pensamientos anticipatorios y generadores de ansiedad, se le pide al paciente que realice la técnica de detención del pensamiento. Ésta consiste en que seleccione el primer elemento de la cadena que lleva al pensamiento intrusivo, busque una palabra potente para él (por ejemplo, «alto»), busque un pensamiento alternativo y entrene en imaginación sobre el pensamiento neutro (más información sobre esta técnica en Gavino, 2006).

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta ha de tener capacidad para explicar al paciente el problema actual vinculándolo al círculo vicioso de la ansiedad.

— El terapeuta ha de saber reducir el nivel de ansiedad del paciente para ver la situación de la manera más objetiva posible y no dejarse desanimar. El objetivo es prevenir que opte por la solución más fácil y rápida para evitar afrontar el problema, como es despedirse.

— Capacidad para ayudar al paciente a identificar los pensamientos negativos perturbadores mediante un estilo directivo.
— Habilidad para generar opciones de pensamientos alternativos e incompatibles con el pensamiento que genera malestar.
— El terapeuta tiene que mostrarse sereno, no reforzando los comentarios sobre una posible manifestación de ansiedad tan intensa que no pueda manejarla.

SITUACIÓN 2

El paciente ha de afrontar una situación de interacción social familiar previsible e inevitable en unas semanas, tal como asistir a la boda de un miembro cercano de la familia.

Objetivo

1. Determinar el impacto de este evento en el estado emocional del paciente o en la planificación inicial de las sesiones, así como la necesidad de incluir técnicas adicionales.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Entrenamiento en las habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas

— Recoger información acerca de la importancia de dicha reunión, así como las experiencias previas del paciente en estos actos sociales. De este modo, el terapeuta puede determinar cuáles son las situaciones de interacción social más relevantes para el entrenamiento en habilidades sociales específicas para las situaciones que es previsible que se produzcan durante la boda.

— El terapeuta modificará la planificación de las sesiones para incluir entrenamiento en habilidades sociales ante situaciones tales como hablar con gente con la que apenas tiene contacto (familiares que sólo ve en actos familiares), o que nunca ha visto. Además, el terapeuta evaluará el historial del paciente y sus pensamientos actuales para examinar el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas en situaciones sociales ansiógenas, tales como el abuso del alcohol u otras sustancias, amigo sombra (véase página 139), etc.
— El terapeuta cuestionará y pondrá a prueba las distorsiones cognitivas que presenta en torno a su papel en el evento social y familiar.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe mostrar calidez por el estado emocional en el que se encuentra el paciente, para, a continuación, centrarse en adquirir información relevante para evaluar la situación y elaborar un plan de trabajo.
— El terapeuta ha de poseer las habilidades para sondear las creencias del paciente con respecto a la situación y poder implementar las técnicas cognitivas que sean precisas.
— Ser capaz de poder establecer la jerarquía de las situaciones concretas objetivo del entrenamiento en habilidades sociales.
— Debe poder representar personajes diferentes.
— El terapeuta ha de ser flexible a cambios en la programación terapéutica de la sesión y tener recursos para esos cambios.

SITUACIÓN 3

El paciente, que es un menor, ha de afrontar una situación social previsible e inevitable en unas semanas, como es su confirmación.

Objetivo

1. Ayudar al menor a manejar la nueva situación, incluyendo a los padres como coterapeutas.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad.

Estrategias terapéuticas

— Recoger información tanto acerca del acto (día, hora, lugar y si el paciente está familiarizado con él) como del estado emocional del paciente y su familia respecto a los temores de ésta sobre la ejecución del paciente.
— El terapeuta cuestionará y pondrá a prueba las distorsiones cognitivas que presenta con relación al evento social y familiar. Por ejemplo, el temor de que se ponga tan nervioso que no asista a la situación social o que,

aún yendo, lo haga fatal y necesite hacer algo para tranquilizarse, como mantener todo el tiempo la cabeza baja (respuestas de evitación). También puede considerarse entrenar al paciente en el cambio de foco atencional.

— El terapeuta modificará la planificación de las sesiones para elaborar una jerarquía de situaciones que el paciente teme que sucedan durante la confirmación. Cuando estas situaciones impliquen la presencia de los padres u otros familiares, se puede incluir a éstos como coterapeutas (por ejemplo, cuando algún familiar actúa como padrino o madrina y acompaña al menor cuando éste recibe el sacramento de la confirmación).

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe mostrar calidez por el estado emocional en el que se encuentra el menor (y con frecuencia, la familia).

— El terapeuta ha de poseer las habilidades para sondear las creencias del paciente con respecto a la situación y poder implementar las técnicas cognitivas que sean precisas. Si es necesario, el terapeuta ha de revisar el concepto del círculo vicioso de la ansiedad con el paciente y/o familia, de manera cordial.

— Ser capaz de poner ejemplos correspondientes a situaciones sociales ansiógenas que haya vivido el paciente con anterioridad, para poder establecer la jerarquía de las situaciones concretas objetivo de la exposición.

— Ha de ser rápido y tener habilidad en terapias con enfoque cognitivo-conductual.

— Ha de saber detectar la importancia de la nueva información.

SITUACIÓN 4

Durante el tratamiento, el paciente se ha dado cuenta de que se encontraba en una relación abusiva y nos informa que ha decidido divorciarse de su pareja.

Objetivo

1. Ayudar al paciente a manejar los conflictos implícitos en el proceso de divorcio mediante un entrenamiento en asertividad.

Técnicas

— Apoyo psicológico.
— Orientación.
— Entrenamiento en las habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas

— Se ayuda al paciente a afrontar las situaciones y pasos personales que conlleva el divorcio, así como orientarle hacia su nueva situación personal y vital.
— Orientar al paciente sobre cómo actuar ante las situaciones sociales conflictivas que pueden suceder.
— Dotarle de habilidades sociales tales como expresar sentimientos, quejas, defenderse de ataques verbales, etc.

Habilidades del terapeuta

— Capacidad de escucha activa y empatía.
— Ser capaz de transmitir al paciente que no está solo en el proceso y que el terapeuta le apoyará en la decisión que haya tomado, sin entrar a valorarla ni juzgarla.
— Dominar el paquete de técnicas para el entrenamiento en las habilidades sociales.
— El terapeuta ha de poseer las habilidades terapéuticas para poder diseñar e implementar un juego de roles. Es decir, saber dar instrucciones claras y concisas, actuar como modelo y acorde al personaje representado, reforzar y dar *feedback* al paciente sobre su actuación.
— El terapeuta ha de ser flexible a cambios en la programación terapéutica de la sesión y tener recursos para esos cambios.

SITUACIÓN 5

Durante el tratamiento, el paciente informa que ha empezado a salir con alguien después de varios años sin relación sentimental, pero «teme fastidiarla».

Objetivo

1. Apoyar al paciente en su nuevo reto, reforzarle por ello y modificar las creencias irracionales sobre que «no sea suficientemente bueno para él/ella».

Técnicas

— Apoyo psicológico.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Reforzamiento positivo.

Estrategias terapéuticas

— Se apoya y refuerza al paciente por haber dado un paso para tener una nueva situación sentimental, ya que uno de los objetivos de la terapia era poder tener una relación sentimental estable basada en el respeto y la confianza.
— Si en su manera de hablar, el paciente no explicita el sexo de la persona con la que está iniciando la relación

sentimental, el terapeuta puede referirse a ella como «la persona en la que estás interesado», y, de ese modo, evitar atribuciones sobre su orientación sexual.

— El terapeuta cuestionará y pondrá a prueba mediante un diálogo socrático sus temores, centrándose en el hecho de que empezar la relación no necesariamente significa que sea exitosa, y que si no sale bien, no será necesariamente culpa suya.

Habilidades del terapeuta

— Capacidad de escucha activa y empatía.
— Ser capaz de transmitir al paciente que es un paso adelante en su mejoría, independientemente del resultado del inicio de la relación.
— Reforzar al paciente por los progresos.
— Los refuerzos seleccionados tienen que administrarse proporcionalmente al esfuerzo del paciente en la realización y complejidad de la tarea.
— El terapeuta ha de buscar ejemplos cercanos a la vida del paciente.

SITUACIÓN 6

Al inicio de la terapia, el paciente dice que no se siente con ganas y fuerzas para afrontar situaciones de exposición y reconoce que había omitido que se encuentra triste y decaído desde hace varios meses.

Objetivos

1. Establecer los motivos de la tristeza.
2. Incrementar la comprensión de la relación entre baja tasa de reforzadores sociales, elevada frecuencia de respuestas de evitación y bajo estado de ánimo.
3. Examinar la posibilidad de que los alegados síntomas de tristeza sean una estrategia de evitación que esté realizando el paciente para justificar su reticencia a la exposición.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas de información.
— Sondeos cognitivos.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Administración de una entrevista y/o autoinformes para reevaluar la presencia actual de un trastorno del estado del ánimo.

— Examinar los posibles motivos para haber desarrollado sintomatología depresiva, así como las creencias y pensamientos disfuncionales que subyacen.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta ha de exhibir un estilo cálido para que el paciente pueda revelar la información que había ocultado con relación a su sintomatología depresiva.
— El terapeuta debe conocer los criterios diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo, así como saber administrar una entrevista que le permita su diagnóstico.
— La forma de solicitar la información ha de ser cordial y explicando el motivo.

Técnicas para el objetivo 2

— Revisión del modelo cognitivo-conductual del TAS.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— Revisión del modelo explicativo con el paciente, centrando la sesión en la interacción entre baja tasa de reforzadores sociales, elevada frecuencia de respuestas de evitación y bajo estado de ánimo.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta debe conocer el modelo teórico explicativo del TAS y saber exponerlo de forma didáctica, mostrando un estilo cordial mientras se revisa. Además, ha de evitar expresiones que hagan sentir al paciente que se le está criticando por tener que volver a traer el tema.

— Ha de saber comunicar la estrategia terapéutica con claridad.
— El terapeuta ha de establecer una buena relación empática y de colaboración con el paciente, sin dejar de ser firme por ello.

Técnicas para el objetivo 3

— Sondeos cognitivos.
— Revisión del modelo cognitivo-conductual del TAS.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 3

— Delimitar si el bajo estado de ánimo es una consecuencia de la presencia del TAS, o viceversa. Además, el terapeuta pondrá a prueba la hipótesis de que la información novedosa sobre la presencia de síntomas de tristeza sea una estrategia de evitación que esté realizando el paciente para evitar exponerse.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 3

— El terapeuta ha de ser cálido y sutil para indagar acerca de la posibilidad de que la nueva información sea una excusa para evitar exponerse a situaciones sociales.

SITUACIÓN 7

El paciente informa que no se beneficia del entrenamiento en habilidades sociales para iniciar y mantener conversaciones cuando éstas se relacionan con interacciones heterosexuales. Ello es debido a que su ansiedad es ante personas del mismo sexo ya que son las que le generan interés, información que había omitido.

Objetivos

1. Conocer su historia de relaciones interpersonales con personas del mismo sexo.
2. Incorporar en la terapia nuevas situaciones de interacción con personas del mismo sexo.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas de información.
— Sondeos cognitivos.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Recoger información sobre su historia de relaciones interpersonales para examinar posibles actitudes de estigmatización que puede haber sufrido por parte de otros,

o incluso la presencia de homofobia internalizada (sentimientos negativos acerca de la homosexualidad).

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— Conocer o, si no, informarse sobre cuestiones o problemáticas específicas ante situaciones de interacción social con personas del mismo sexo hacia las que hay interés.
— Transmitir calidez y aceptación incondicional hacia el paciente.
— El terapeuta ha de poseer capacidad de autoexploración emocional, detección de creencias erróneas y pensamientos negativos.

Técnicas para el objetivo 2

— Técnicas para el entrenamiento en las habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— Incluir situaciones sociales específicas ansiógenas que haya elaborado el paciente y practicarlas en sesión.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta ha de buscar ejemplos cercanos a la vida del paciente.
— Dominar el paquete de técnicas para el entrenamiento en las habilidades sociales.
— Ha de ser capaz de intervenir sin prejuzgar las opiniones, creencias, orientación y pensamientos del paciente.
— El terapeuta ha de ser claro y cálido en su interacción con el paciente para que éste se sienta entendido y aceptado.

4

Situaciones relacionadas con la baja adherencia terapéutica y el potencial abandono de la terapia

Al igual que pueden suceder situaciones imprevistas durante el transcurso de la terapia, también es frecuente que se produzcan momentos críticos en los que el terapeuta observa una baja adherencia terapéutica, lo cual implica el riesgo potencial de que el paciente abandone la terapia. En pacientes con TAS, estos momentos cruciales suelen estar relacionados con los miedos del paciente a cambiar, a no sentirse entendido, a la excesiva sensibilidad a los comentarios del terapeuta (sesgos hacia la interpretación de cualquier comentario como negativo) o al papel de las conductas de seguridad en el mantenimiento del problema. Asimismo, el paciente suele presentar ideas irracionales acerca de lo que es la terapia o el papel del terapeuta, que este último no ha de tomar como algo personal y ha de evitar adoptar una postura defensiva hacia esas ideas o comentarios. Junto a esto, el terapeuta ha de prestar atención a aspectos individuales del sujeto que pueden boicotear la relación terapéutica o interferir en el progreso del paciente (por ejemplo, la necesidad de atender a aspectos culturales para prevenir la presencia de esta problemática). Gracias al empleo de las técnicas de sándwich, escucha activa o psicoeducación, entre otras, así como a la posesión de las habilidades terapéuticas adecuadas, el terapeuta puede afrontar exitosamente estas situaciones decisivas y continuar ayudando al paciente a superar sus miedos.

SITUACIÓN 1

El paciente indica que prefiere pasarlo mal o no ir a sitios porque no tiene amigos, en vez de tener que hacer cosas que le dan miedo y le ponen muy nervioso.

Objetivo

1. Conceptualizar las respuestas de ansiedad dentro del modelo explicativo del TAS.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas cognitivas.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de las respuestas de evitación de situaciones sociales generadoras de ansiedad en el mantenimiento del trastorno.
— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre lo que es la ansiedad, la exposición y las técnicas cognitivas.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de tener una actitud cálida ante las preocupaciones del paciente, a la vez que mostrar firmeza en la necesidad de la exposición, junto con otras técnicas, para romper el círculo vicioso de la ansiedad.
— Ha de establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste.
— Ha de ser activo y directivo.

SITUACIÓN 2

Durante el entrenamiento en habilidades sociales, el paciente indica que prefiere seguir siendo un «bicho raro» antes que ser igual a los demás.

Objetivo

1. Conceptualizar las técnicas de entrenamiento de habilidades sociales dentro del modelo explicativo del TAS.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas cognitivas.
— Solución de problemas.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en la relación entre su déficit en habilidades sociales y la interferencia que le está causando (dificultad para hacer o mantener amigos o pareja, problemas en el trabajo por la falta de asertividad, etc).
— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre el entrenamiento en habilidades sociales, el cual no se centra

en cambiar la personalidad del paciente, sino en dotarle de nuevas herramientas que pueden facilitarle su vida social.

— Llevar a cabo un listado de beneficios e inconvenientes del entrenamiento en habilidades sociales. En caso de ganar la segunda opción, evaluar la posibilidad con el paciente de modificar el plan de trabajo previsto y sustituir la terapia cognitivo-conductual por un modelo de aceptación y compromiso.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar una actitud cálida ante las preocupaciones del paciente sobre «ser cambiado».
— Flexibilidad para atender y adaptar el tratamiento a las necesidades individuales del paciente.
— Ha de establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.

SITUACIÓN 3

El paciente se siente ofendido por el *feedback* del terapeuta después de la realización de un *role-playing* y considera abandonar la terapia.

Objetivo

1. Conseguir que el paciente mantenga su confianza en la competencia del terapeuta para ayudarle con su problema y prevenir el abandono.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas cognitivas.
— Entrenamiento en habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en los aspectos atencionales que la gente con este trastorno suele presentar. En concreto, el hecho de que las personas con TAS son muy sensibles a cualquier comentario y pueden percibir incluso uno neutro como negativo.

— Pedir al paciente que enumere algunas situaciones en las que se ha sentido criticado, ha recibido alguna crítica o se ha puesto a la defensiva, para justo después darse cuenta de que la persona no había hecho el comentario de forma crítica. También se puede evaluar si algún progenitor ha exhibido altos niveles de criticismo y ello ha podido influir en la elevada sensibilidad del paciente ante estos comentarios. En ese caso, puede entregarse biblioterapia o trabajar los sesgos y distorsiones cognitivas del paciente mediante técnicas cognitivas.
— Usar la técnica del sándwich para dar *feedback* al cliente. Además, al final de la sesión, *a*) si es individual, preguntarle cómo se encuentra; *b*) si es en grupo, hacerlo a través de un cuestionario de valoración de satisfacción con la sesión. Con ello se minimiza la probabilidad de que el paciente salga de la sesión con malestar y previene la posibilidad potencial de abandono de la terapia.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar una actitud cálida y no defensiva ante el comentario negativo del paciente.
— Flexibilidad para atender y adaptar el entrenamiento en habilidades sociales con el fin de tener en cuenta posibles sesgos atencionales del paciente.
— El terapeuta ha de tener capacidad para presentar alternativas viables para solucionar el problema.
— Saber seleccionar la lectura apropiada, de forma que ésta sea clara, amena y permita al paciente avanzar en la compresión del problema y la consecución de los objetivos.

SITUACIÓN 4

El paciente dice al terapeuta: «Usted no me entiende».

Objetivo

1. Conseguir que el paciente mantenga su confianza en la competencia del terapeuta para ayudarle con su problema, y evitar la posibilidad potencial de abandono de la terapia.

Técnica

— Habilidades de comunicación.

Estrategias terapéuticas

— Se le pide al paciente que exprese sus emociones sobre el motivo de no sentirse entendido y se evalúan posibles causas.
— El terapeuta ha de asegurarse de que implementa la técnica de escucha activa en el futuro para prevenir los sentimientos de incomprensión del paciente.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe conceptualizar ese comentario del paciente como una respuesta entendible y no sentirse

atacado personal o profesionalmente y ponerse a la defensiva.

— El terapeuta debe conocer la técnica de escucha activa.
— Ha de establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste.

SITUACIÓN 5

El paciente dice al terapeuta: «Tiene que ayudarme».

Objetivo

1. Que el paciente comprenda que es un elemento activo en la terapia.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas cognitivas.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención en su papel activo para modificar sus pensamientos y conductas.
— Se explica al paciente que no es un elemento externo en el mantenimiento del problema y que, por tanto, tampoco en la superación de él.
— Se examinan posibles ideas irracionales acerca de la terapia, y del terapeuta como un «hada madrina». El terapeuta no cambia a los pacientes, sino que les entrena en habilidades que les servirán de ayuda para que puedan afrontar sus problemas presentes y futuros.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de poseer y aplicar su capacidad de escucha activa para entender las necesidades del paciente.
— El terapeuta ha de mostrarse cercano al paciente y evitar transmitir una sensación de que está a la defensiva.
— El terapeuta debe revisar el modelo teórico del TAS con el paciente mediante palabras cercanas y de manera didáctica.
— Ha de proporcionar información de manera clara y concreta, con términos sencillos y fáciles de comprender por el paciente. Junto a esto, puede acompañar la información con ejemplos y metáforas.

SITUACIÓN 6

Durante la segunda sesión de tratamiento, mientras se construyen con el paciente las jerarquías de exposición y se examinan las conductas de seguridad que puede estar realizando, el paciente se muestra reacio a participar. Cuando el terapeuta le pregunta el motivo, el paciente le responde: «Aún no tengo confianza para contarle mis secretos».

Objetivo

1. Que el paciente pueda sentirse cómodo en la terapia y participar activamente en ella.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas cognitivas.
— Solución de problemas.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa la interacción paciente-terapeuta (asimetría, estilo directivo-no directivo, papel activo de ambos, etc.) para asegurar que el cliente se siente cómodo con el modelo cognitivo-conductual.
— El terapeuta ha de examinar si puede haber habido algún déficit en sus propias habilidades de comunicación

(como, por ejemplo, escasa aplicación de la escucha activa) que pueda haber causado que el paciente no se sienta comprendido por él.
- Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de las conductas de seguridad en el mantenimiento del trastorno.
- El terapeuta puede explicar al paciente que es entendible y apropiado que se sienta de esa manera, ya que aún están en las primeras sesiones y el terapeuta aún no se ha ganado su confianza. De ese modo, el terapeuta puede reducir el nivel de ansiedad y frustración del cliente, así como prevenir ideas irracionales acerca de la terapia.
- En caso de que el paciente no se sienta cómodo con este estilo de interacción terapeuta-paciente, se pueden dedicar unas sesiones iniciales a adoptar un estilo menos directivo hasta que el paciente se encuentre suficientemente cómodo para implicarse totalmente en terapia.

Habilidades del terapeuta

- El terapeuta ha de mostrar una actitud cálida y no defensiva ante el comentario negativo del paciente.
- El terapeuta ha de saber establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste.
- El terapeuta debe saber animar al paciente a formular sus dudas o ansiedades ante iniciar la terapia, que a veces está marcada por mitos y leyendas urbanas.
- Ha de mantener una actitud crítica acerca de sus capacidades y déficits.
- El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.

SITUACIÓN 7

El paciente se muestra reacio a participar. Cuando el terapeuta le pregunta el motivo, el paciente le responde: «Me siento bien con usted, es competente, pero es un problema mío; siempre me ha dado miedo expresar mis emociones».

Objetivo

1. Que el paciente pueda expresar sus emociones.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas cognitivas.
— Modelado.
— Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta puede revisar el modelo teórico del TAS, centrándose en el papel que las emociones tienen en él. De ese modo, el paciente puede incrementar su conciencia sobre la consecuencia de ocultar sus emociones, así como su posible papel como conducta de seguridad.
— En terapia, el terapeuta puede realizar algunos ejercicios de flexibilidad mental y actuar de manera «goofy» para

ejercer de modelado. Utilizando estas situaciones y mediante diálogo socrático, el terapeuta puede conducir al paciente a comprender que ser tonto no es lo mismo que hacer tonterías.

— El terapeuta ha de entrenar al paciente en habilidades para expresar emociones. Una vez adquirida la habilidad, el entrenamiento puede concluir con situaciones de «ataque a la vergüenza».

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de saber establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste.

— El terapeuta no debe tener temor a hacer el ridículo ni asumir que profesionalidad siempre significa excesiva seriedad. Teniendo en cuenta que el paciente tiene rigidez en su expresión de sentimientos, el terapeuta ha de haber superado sus propios miedos sociales para poder servir al paciente como modelo para la superación de su problema.

— Ha de realizar el juego de roles con un tono distendido y desenfadado.

— Ha de poseer capacidad de reacción ante situaciones imprevistas.

SITUACIÓN 8

El paciente, inmigrante de origen hispanoamericano, muestra signos de no implicarse en la terapia.

Objetivo

1. Que el paciente pueda implicarse y beneficiarse de la terapia, e impedir el abandono.

Técnicas

— Técnicas de información.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta puede hablar con el paciente para evaluar si está pasando por un problema de adaptación cultural en su vida en general y/o en el grupo terapéutico en particular.
— Revisar el modelo explicativo de la fobia social, abarcando aspectos culturales tal y como sugiere el grupo de trabajo del DSM-5 para TAS. Hay que tener en cuenta que nos encontramos en una sociedad multicultural. Cuando las personas emigran a otra cultura, generalmente traen consigo sus propios valores culturales. Además de luchar por mantener sus propios valores, se enfrentan con estre-

sores dentro de un proceso de aculturización que puede actuar como un factor precipitante en el desarrollo de la fobia social, o como mantenedor de ésta.

— Evaluar la influencia del idioma nativo. Incluso en países de lengua hispana, la palabra «nervio» o «pena» no tiene el mismo significado que en España. Ello puede generar confusiones. Además, el uso de palabras o expresiones que no se sienten como propias puede obstaculizar que el paciente se sienta entendido y que actúen como barreras culturales.

Habilidades del terapeuta

— Ha de ser activo, amable y estar atento para que el paciente se encuentre cómodo.
— El terapeuta ha de saber establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste.
— El terapeuta ha de adaptar el lenguaje al del paciente.
— Ha de tener un estilo activo y directivo.
— Ha de tener los conocimientos suficientes sobre aspectos culturales para asegurar la adherencia terapéutica. Si no, el terapeuta puede dotarse de herramientas de competencia cultural en psicología, gracias, por ejemplo, al programa «Communicative and Cultural Competency Program» (CCC-MHP); véase http://www.ollusa.edu/s/1190/ollu-3-column-noads.aspx?sid=1190&gid=1&pgid=3174

SITUACIÓN 9

El paciente se queja de que la gente es mala y que no puede uno fiarse de los demás, después de haber vivido malas experiencias. Ello le impide sentirse motivado a exponerse a hablar con gente que no conoce muy bien.

Objetivo

1. Modificar distorsiones cognitivas que interfieren con la adherencia al tratamiento.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— Administración de una entrevista semiestructurada para poder evaluar posible historia de abuso psicológico, especialmente acoso escolar, así como si el paciente ha recibido mensajes negativos acerca del mundo y de la gente por parte de sus progenitores (especialmente, si éstos presentan alta emoción expresada).

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrándose en el papel de los pensamientos, sesgos cognitivos y conductas de seguridad.
— Mediante diálogo socrático, debatir la creencia del paciente. También se puede entregar material de ayuda sobre los tipos de distorsiones cognitivas de Beck, para que aprenda a identificarlas y modificarlas.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de saber identificar las atribuciones y creencias del paciente para ayudar a que éste pueda modificar sus pensamientos y creencias negativas.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivo-conductuales.
— El terapeuta ha de mostrar un papel activo y directivo.
— Ha de ser claro y cálido en su interacción con el paciente para que éste se sienta entendido y aceptado.

SITUACIÓN 10

El paciente no ha realizado las tareas de exposición para casa y reconoce que siempre se le olvida practicar las actividades, o que no tiene tiempo para hacerlas.

Objetivo

1. Incrementar la tasa de adherencia al tratamiento en lo relativo al cumplimiento de las tareas para casa, ya que el paciente es un elemento activo en la terapia.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.
— Contrato terapéutico.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de la exposición para romper el círculo vicioso de la ansiedad.
— Se debate con el paciente su motivación para estar en terapia, así como su papel activo para realizar las sesio-

nes de exposición. Asimismo, el terapeuta ha de verificar si la falta de regularidad o ausencia de la realización de las tareas para casa puede deberse a un bajo estado de ánimo o a una conducta de seguridad encubierta destinada a evitar que el paciente sienta malestar por la exposición a las situaciones sociales encargadas en la terapia.

— El paciente firma con el terapeuta un contrato terapéutico por escrito en el que se especifica el compromiso del paciente para realizar las tareas para casa y entregarlas a tiempo en la sesión con el terapeuta. El terapeuta puede reiterar que las actividades de tarea para casa destinadas a la exposición son tan importantes en su mejoría como acudir al trabajo lo es para mantener éste. Al igual que en su trabajo, puede gestionar su tiempo para dejar espacio para las tareas para casa. Si tiene problemas porque se le olvida hacerlas, aunque las haya planificado, puede utilizar la alarma de su móvil (u otro dispositivo electrónico) para que actúe como recordatorio, o bien pedirle a alguien que se lo recuerde. Además, puede integrar sus tareas para casa dentro de su rutina habitual. Por ejemplo, puede hablar con alguien de su trabajo que no suele frecuentar mucho, aunque sea por unos pocos minutos. O ir a comer con alguien, en vez de solo.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente.

— El terapeuta ha de saber identificar las atribuciones y creencias negativas del paciente que están interfiriendo en la adherencia de éste al cumplimiento de las tareas para casa.

— El terapeuta ha de explicar con claridad el contrato terapéutico, la finalidad que persigue y las consecuencias de su no cumplimiento.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivo-conductuales.
— El terapeuta ha de mostrar un papel activo y directivo.

5

Problemas relacionados con la sintomatología y la presencia de comorbilidad

Es esencial que el terapeuta pueda comprender y conocer cómo las personas con TAS perciben y afrontan el mundo para entenderlas, y por otra parte, que éstas sientan que el terapeuta entiende sus problemas. Como en otros trastornos de ansiedad, es crucial tener conocimiento acerca de las distorsiones cognitivas más frecuentes (por ejemplo, maximización, adivinación del futuro, adivinación de la mente), las respuestas psicofisiológicas que causan mayor malestar (por ejemplo, rubor, sudor, temblores), así como especialmente las conductas de seguridad que realizan y que son la causa principal del mantenimiento del trastorno. Algunas de estas últimas pueden ser tan visibles como no mirar a los ojos del interlocutor o del público, abusar del alcohol o drogas; hasta más sutiles, como el uso de maquillaje, no decir que no, intentar agradar a todo el mundo para sentirse bien, o el uso de las redes sociales/tecnologías para reducir la ansiedad social y generar una falsa/irreal sensación de confort y de tener amigos, en vez de tener relaciones personales. Asimismo, el terapeuta ha de conocer las diferencias en las cogniciones y conductas de seguridad que un paciente con TAS presenta cuando ha de hablar cara a cara con una persona, en comparación con aquellas personas cuyo miedo principal es hablar a un grupo de personas. Igualmente, el terapeuta ha de conocer cuestiones concretas a tener en cuenta cuando se realiza el entrenamiento en habilidades sociales o el entrenamiento a hablar en público. Por último, la expresión de emociones suele ser una dificultad que presentan en general todas las personas con TAS, bien sea en sus relaciones sentimentales, familiares o de amistad.

Por otra parte, aunque la presencia de TAS suele preceder al inicio de otros trastornos, muchos pacientes que vienen a consulta con este trastorno lo hacen por un problema comórbido como problemas de pareja, depresión, trastorno de ansiedad generalizada, abuso de sustancias tóxicas, etc. Dado el aún escaso conocimiento de muchos terapeutas, pueden obviar que el TAS se halla en realidad debajo de la sintomatología que refiere el paciente. Además, la presencia de trastornos secundarios al TAS es un elemento que el terapeuta ha de tomar seriamente en consideración, ya que si el paciente reúne los criterios de otro trastorno (como depresión), ello interfiere en la eficacia del tratamiento. También, si el paciente posee rasgos perfeccionistas y una visión rígida del mundo y de la realidad social, esto puede afectar a la exposición ante situaciones sociales. El terapeuta ha de estar atento a ello y actuar como modelo (incluso mediante «ataques a la vergüenza») para permitir que el paciente comprenda que hacer tonterías no es lo mismo que hacer el tonto. Todos estos aspectos se recogen en las situaciones descritas a continuación.

SITUACIÓN 1

El paciente expresa que se expone a las situaciones sociales, pero que siente que no lo hace suficientemente bien. Esto contrasta con evidencias de que su nivel de ansiedad se ha reducido y se está beneficiando de la terapia.

Objetivos

1. Reducir el elevado nivel de exigencia consigo mismo.
2. Evaluar la posibilidad de comorbilidad con TOC (trastorno obsesivo compulsivo) o excesivo perfeccionismo.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de los pensamientos posteriores a la exposición, tales como los que se centran en la descalificación de lo positivo y minimización de los aspectos superados en la jerarquía de exposición.

— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre lo que es la ansiedad y la exposición, así como entrega de material de ayuda sobre los tipos de distorsiones cognitivas de Beck, para que aprenda a identificarlas.
— El terapeuta debe orientar al paciente a definir operativa y claramente los objetivos de la exposición para evitar sesgos en la interpretación de la consecución de los objetivos terapéuticos.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivas.
— Ha de ser capaz de detectar los avances del paciente y reforzarle por ello.
— Ha de establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste.

Técnicas para el objetivo 2

— Entrevista diagnóstica y cuestionarios.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— Administración de una entrevista que permita el diagnóstico de TOC y de autoinformes que evalúen sintomatología perfeccionista para determinar la presencia de posible comorbilidad que puede afectar al desarrollo de la terapia.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta debe conocer las características clínicas del TOC y sus implicaciones en el tratamiento.
— Debe ser capaz de detectar cualquier síntoma que pueda apuntar a la presencia de otro trastorno de ansiedad u otro problema.
— Ha de ser activo y directivo.
— Ha de conocer los instrumentos diagnósticos adecuados para evaluar cada trastorno de ansiedad.

SITUACIÓN 2

El paciente reconoce al terapeuta que debe de tener un chip raro en la cabeza o ser raro, porque todo el mundo disfruta de estar con gente, salvo él.

Objetivo

1. Modificar cogniciones relacionadas con la presencia del TAS.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— Se proporcionan datos concretos sobre la prevalencia del trastorno a fin de desconfirmar la creencia del paciente de que lo que le sucede sólo le pasa a él. A veces, es beneficioso poner ejemplos de gente conocida que reconoce tener o haber tenido ansiedad social.
— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de los pensamientos y los sesgos cognitivos.

— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre lo que es la ansiedad, así como entrega de material de ayuda sobre los tipos de distorsiones cognitivas de Beck, para que aprenda a identificarlas.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivas y conocimiento acerca del estado actual de la literatura sobre TAS.
— El terapeuta ha de mostrar un estilo cálido hacia el paciente para que éste se sienta entendido y pueda implicarse en la terapia.
— Ha de tener un estilo activo y directivo.

SITUACIÓN 3

El paciente tiende a retrasar su exposición a situaciones sociales a través de diversas estrategias de evitación.

Objetivo

1. Reducir las conductas de evitación.

Técnicas

— Técnicas de información.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de las conductas de seguridad en el mantenimiento de la ansiedad.
— Analizar si el paciente tiene dudas sobre la exposición o el plan de actuación y ello puede estar provocando que esté llevando a cabo estrategias distractoras en vez de ser asertivo con el terapeuta y exponerle sus dudas y sentimientos sobre la exposición.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.

— El terapeuta ha de mostrar un estilo cálido hacia el paciente para que éste se sienta entendido y pueda implicarse en la terapia.
— El terapeuta ha de ser directivo y firme para prevenir que el paciente implemente conductas de seguridad en futuras exposiciones.
— Tiene que saber exponer sus argumentos con claridad, concreción y convicción para alentar al paciente a que se exponga a la situación, pero sin que sean percibidos como una imposición.

SITUACIÓN 4

El paciente admite que presenta baja motivación a exponerse porque ya tiene relaciones sociales de amistad (sólo) vía Internet. Sin embargo, reconoce que las relaciones se basan en mentiras y datos falsos, pero a pesar de ello suele hablar con «sus amigos» al menos 5 horas al día, todos los días.

Objetivo

1. Incrementar el número y calidad de relaciones sociales presenciales.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas para el entrenamiento de las habilidades sociales.
— Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad.
— Técnicas dirigidas a la disminución de conductas.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, y especialmente el papel que tiene el déficit de relaciones sociales en la presencia de un bajo nivel de satisfacción y un estado de ánimo bajo.

— Implementar técnicas cognitivas para descubrir y modificar las creencias distorsionadas que el paciente puede tener al respecto de las interacciones sociales en persona.
— Entrenar al paciente en habilidades de iniciar y mantener conversaciones, así como de hacer amigos y unirse a grupos. Una vez concluido este paso, desarrollar una jerarquía de exposición y animarle a ir gradualmente afrontando sus miedos. El tiempo destinado a salir e interactuar con otros en persona también sirve como respuesta incompatible con el uso excesivo de Internet y su empleo como única fuente de reforzador social. Hay que tener en cuenta que el uso de herramientas de tecnología (móviles, tabletas, ordenadores, etc.) para comunicarse electrónicamente con otras personas puede atenuar respuestas de ansiedad social frente a las relaciones en persona. Se ha encontrado que las personas que tienen mayor malestar hablando cara a cara con otras, suelen tener más interacción vía mensajes de texto o electrónicamente. Desafortunadamente, ello no implica necesariamente la existencia de relaciones íntimas o cercanas.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar un estilo cálido hacia el paciente para que éste se sienta entendido y pueda implicarse en la terapia.
— El terapeuta ha de ser directivo y firme a la hora de afrontar situaciones sociales cara a cara.
— Ha de conocer tanto las técnicas cognitivas como las conductuales.

— El terapeuta tiene que tener un amplio conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas, sus objetivos y sus pasos de ejecución.

SITUACIÓN 5

Durante la planificación de la jerarquía de exposición, el paciente informa que su mayor miedo es cuando tiene que hablar con otra persona, en vez de hablar con un grupo de personas.

Objetivo

1. Atender a las necesidades individuales del paciente relativas a su miedo principal de interactuar con una única persona.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas para el entrenamiento de las habilidades sociales.
— Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente. Se recuerda al paciente el papel que las conductas de seguridad desempeñan en el mantenimiento de la fobia social. A continuación, se le instruye para que las abandone, utilizando los ensayos de conducta que hay en la sesión como un modo seguro de practicar la retirada de

las conductas de seguridad. En el caso de miedo a hablar ante una única persona, el pensamiento nuclear suele ser el «miedo al silencio».
- Entrenamiento en habilidades de iniciar y mantener conversaciones, para, a continuación, exponer al paciente a estas situaciones sin que realice sus conductas de seguridad.
- Pedir al paciente que enumere las conductas de seguridad que realiza para intentar controlar la situación. Por ejemplo, los pacientes suelen hablar sin parar mediante conversaciones tipo monólogos, recayendo todo el peso de la charla en el paciente que, junto con la atención interoceptiva, no permite la respuesta de habituación.
- Mediante diálogo socrático, debatir las creencias comunes del paciente relativas a cargar con todo el peso de la conversación, obviando al interlocutor, para evitar el silencio.

Habilidades del terapeuta

- El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
- El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivo-conductuales y habilidad para que el paciente confíe en él y se exponga a las situaciones ansiógenas.
- El terapeuta ha de mostrar un papel activo y directivo.
- El terapeuta tiene que tener un amplio conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas, sus objetivos y sus pasos de ejecución.
- El terapeuta ha de poseer habilidades para poder realizar los ensayos de conducta, siguiendo los pasos establecidos (instrucción, modelado, ensayo de conducta, *feedback* y refuerzo positivo).

SITUACIÓN 6

El paciente empieza a hacer nuevos amigos, sale más y muestra cambios externos, tanto en su estilo de ropa como en su peinado.

Objetivos

1. Reforzar y consolidar las manifestaciones conductuales del progreso terapéutico.
2. Prevenir el uso de mensajes críticos por personas del entorno.

Técnica para el objetivo 1

— Técnicas dirigidas al aumento de conductas.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Se pide al paciente que exprese y reelabore sus sentimientos ante su progreso.
— Refuerzo positivo ante los progresos del paciente, y revisión del cumplimiento de los objetivos.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta ha de ayudar a que el paciente se sienta cómodo con los cambios.

— El terapeuta debe hacer uso de sus habilidades verbales y no verbales para acentuar el refuerzo positivo hacia el paciente.
— Ha de ser claro y cálido en su interacción con el paciente para que éste se sienta entendido y aceptado.

Técnicas para el objetivo 2

— Sondeos cognitivos.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— El terapeuta evalúa si el paciente considera que las personas de su entorno tienen algún papel en el mantenimiento del trastorno. Las personas con TAS suelen ser muy sensibles a las opiniones y comentarios de gente de su entorno, por lo que un comentario crítico o negativo puede afectar al progreso terapéutico. En este sentido, si la persona está en una relación sentimental, la pareja puede conceptualizar esta mejoría como un posible riesgo al mantenimiento de la relación y, por tanto, puede mandar mensajes negativos ante los cambios exhibidos por el paciente (que son amplificados por los sesgos hacia estímulos negativos). En el caso de que la pareja estuviera enviando mensajes emocionalmente negativos, puede citarse para una sesión individual para entrenarles en habilidades de comunicación destinada a reducir su alto nivel de emoción expresada (sobreimplicación emocional, crítica, hostilidad).

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta ha de estar familiarizado con las técnicas cognitivas y las habilidades de comunicación.

— Ha de ser capaz de detectar los avances del paciente y reforzarle por ello.
— El terapeuta tiene que tener un amplio conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas, sus objetivos y sus pasos de ejecución.
— El terapeuta debe elaborar el contenido de las tareas terapéuticas de la manera más sencilla y operativa posible para ser llevadas a cabo por el paciente con alta probabilidad de éxito.

SITUACIÓN 7

El paciente se encuentra al inicio de una relación sentimental y reconoce que se halla presionado por su pareja para tener relaciones sexuales.

Objetivos

1. Dotar al paciente de asertividad y de habilidades para expresar sus sentimientos.
2. Tomar una decisión.

Técnicas para el objetivo 1

— Habilidades de comunicación.
— Técnicas para el entrenamiento en las habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Dotar al paciente de habilidades para expresar sus sentimientos a la pareja acerca de su percepción de estar presionado para mantener relaciones sexuales.
— Entrenamiento en habilidades de asertividad para defender sus derechos y decir NO ante la presión percibida para mantener una relación sexual en este momento, caso de que ésa fuera la decisión del paciente.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta ha de mostrar empatía. Las personas con TAS pueden evitar pedir información a profesionales por la falta de asertividad que se traduce en dificultad para expresar emociones y reconocer problemas («¿qué pensará el terapeuta de mí?»). Por ello, es muy importante que el paciente se encuentre cómodo para poder expresar sus sentimientos y evaluar la situación con toda la información posible.
— Ha de exponer ejemplos que ilustren la estrategia que el paciente ha de utilizar y, si es preciso, ensayarla en la sesión.
— Transmitir calidez hacia el paciente.

Técnicas para el objetivo 2

— Solución de problemas.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— Mediante la técnica de solución de problemas, determinar qué alternativas están disponibles, para valorar las ventajas e inconvenientes y tomar una decisión final que le satisfaga.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta debe ser ágil en la búsqueda de soluciones.
— Ha de ser activo y directivo.
— Ha de ser capaz de ayudar al paciente a generar alternativas, sin prejuzgar las opiniones, creencias y pensamientos de éste.

SITUACIÓN 8

El paciente se encuentra al inicio de una relación sentimental y comenta al terapeuta que su pareja, con quien lleva saliendo un mes, le ha presionado para tener relaciones sexuales sin precaución.

Objetivo

1. Dotar al paciente de habilidades de asertividad para decir NO.

Técnicas

— Asertividad.
— Técnicas cognitivas.
— Técnicas de información.

Estrategias terapéuticas

— Entrenamiento en habilidades de asertividad para defender sus derechos y rehusar la petición.
— El terapeuta evaluará junto con el paciente sus sentimientos, así como posibles creencias erróneas sobre el sexo.
— También evaluará si el paciente tiene miedo a perder la pareja si dice que no. Hay que tener en cuenta que las

personas con ansiedad social tienen menos amigos y salen menos, lo que lleva a que tengan menos posibilidades de conocer a gente e implicarse en relaciones sexuales de riesgo. Aunque la presencia de ansiedad social previene las conductas sexuales de riesgo cuando no se encuentran en pareja, incrementa la probabilidad de estas conductas debido a problemas de asertividad, especialmente si es la primera pareja (por el temor a ser rechazado y que finalice la relación sentimental).

Habilidades del terapeuta

- El terapeuta ha de mostrar empatía, ya que las personas con TAS son muy reacias a hablar de sus sentimientos y sus relaciones íntimas.
- El terapeuta puede agradecer al paciente el haber confiado en él para ayudarle en este tema.
- El terapeuta debe tener un dominio en las técnicas cognitivas.
- Ha de exponer ejemplos que ilustren la estrategia que el paciente ha de utilizar, y ensayarla en la sesión.

SITUACIÓN 9

El paciente informa que una de sus mayores dificultades es expresar sus sentimientos y decir a su familia y/o amigos que es homosexual.

Objetivo

1. Dotar al paciente de habilidades para expresar sentimientos y reducir su nivel de ansiedad.

Técnicas

— Asertividad.
— Técnicas cognitivas.
— Entrenamiento en inoculación al estrés.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta evaluará los sentimientos y posibles miedos que el paciente pueda tener sobre el hecho de revelar su orientación sexual a su familia y/o amigos. No es inusual que el paciente tema defraudarles o herirles, tenga miedo a recibir una agresión verbal o física, o bien tema que la relación se deteriore. Las personas que no hacen pública su orientación sufren de mayor tasa de homofobia internalizada (sentimientos negativos acerca de la homose-

xualidad), la cual está asociada con la presencia de ansiedad. De ahí la importancia de ayudar al paciente a afrontar el paso.

— El terapeuta dotará al paciente de estrategias para el afrontamiento de esta situación que le es especialmente ansiógena, y que incluirá una fase de adquisición y práctica de habilidades, tales como el entrenamiento en habilidades de expresión de sentimientos. Adicionalmente, el paciente puede beneficiarse de alguna estrategia de relajación.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de mostrar empatía, ya que las personas con TAS son muy reacias a hablar de sus sentimientos.
— El terapeuta puede agradecer al paciente el haber confiado en él para ayudarle en este tema.
— El terapeuta debe tener un dominio en las técnicas cognitivas y las técnicas dirigidas al afrontamiento del estrés.
— El terapeuta debe ser sensible a las características específicas de la situación, pero manteniendo un estilo directivo.
— Transmitir calidez y aceptación incondicional hacia el paciente.

SITUACIÓN 10

El paciente indica que tiene respuestas psicofisiológicas intensas (sudoración, tartamudeo, temblores) cuando está con otras personas y cree que son percibidas y evaluadas negativamente por los demás.

Objetivo

1. Modificar las creencias acerca de las consecuencias de tener síntomas psicofisiológicos.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de las respuestas psicofisiológicas, junto con las cognitivas y conductuales, dentro del triple sistema de respuesta.
— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre lo que es la ansiedad.
— El terapeuta ha de tener en cuenta que los pacientes con TAS usan la información interoceptiva para asumir que sus respuestas psicofisiológicas siempre son visibles exter-

namente y percibidas por otros. A través de la reestructuración cognitiva, el terapeuta puede ayudar al paciente a que comprenda que sentir la ansiedad no es lo mismo que ésta sea visible por otros. En caso de que sí lo fuera, aún habría que determinar si ello necesariamente provoca una respuesta negativa de la gente que le rodea. Se puede realizar una prueba de realidad con *videofeedback* para testar sus creencias. Mediante el diálogo socrático, el terapeuta puede conducir a que el paciente sea consciente de que el problema no es que experimente esos síntomas, sino sus creencias acerca de las consecuencias de tenerlos.

— Alternativamente, el terapeuta puede utilizar la técnica de intención paradójica con el fin de ejemplificar la relación entre cogniciones, respuestas psicofisiológicas, información interoceptiva y focalización atencional. Como ejemplo, el terapeuta puede elevar la voz (casi gritar) mientras pide vehementemente al paciente que se ponga rojo. Tras unos instantes, el paciente no puede mantener el rubor a la vez que tener que prestar atención a un estímulo auditivo alto.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivas y de reducción de la ansiedad.
— Ha de informar al paciente de forma clara acerca del papel de las tareas que le solicita y asegurarse de que el paciente las comprende.
— El terapeuta debe elaborar el contenido de las tareas terapéuticas de la manera más sencilla y operativa posible para ser llevadas a cabo por el paciente con una alta probabilidad de éxito.

SITUACIÓN 11

El paciente reconoce que abusa del alcohol u otras sustancias ocasionalmente cuando tiene que afrontar situaciones de actuación social.

Objetivo

1. Eliminar las conductas de abuso de sustancias como estrategias de evitación.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta solicita información al paciente sobre las situaciones en las que abusa de las sustancias tóxicas, su frecuencia, etc., para poder modificar o diseñar el plan de trabajo teniendo en cuenta este dato.
— Se revisa con el paciente el modelo explicativo del TAS, así como el círculo vicioso de la ansiedad. El terapeuta puede ayudar al paciente a reconceptualizar el abuso de sustancias como respuesta de evitación/conducta de se-

guridad, lo cual contribuye al mantenimiento del problema. Ello está en sintonía con la hipótesis de la automedicación.
— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre lo que es la ansiedad y el abuso de sustancias.
— Adicionalmente, el paciente puede beneficiarse del entrenamiento en alguna estrategia de relajación en vez del empleo de sustancias tóxicas.
— Realizar una prueba de realidad con el uso de vídeo para comprobar cómo se siente haciendo cosas delante de otros. El terapeuta puede posteriormente utilizar *videofeedback* para testar sus ideas con la grabación del vídeo.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica y clara.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivas.
— El terapeuta ha de tener un conocimiento de la relación entre ansiedad y el campo del abuso de sustancias.
— Debe tener capacidad de observación y dominio de variables relevantes para la habilidad en que entrena al paciente.

SITUACIÓN 12

El paciente reconoce que abusa del alcohol u otras sustancias para afrontar las situaciones de interacción social.

Objetivo

1. Eliminar las conductas de abuso de sustancias como estrategias de evitación.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas para el entrenamiento de las habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta solicita información al paciente sobre las situaciones en las que abusa de las sustancias tóxicas, su frecuencia, etc., para poder modificar o diseñar el plan de trabajo teniendo en cuenta este dato.
— Se revisa con el paciente el modelo explicativo del TAS, así como el círculo vicioso de la ansiedad. El terapeuta puede ayudar al paciente a reconceptualizar el abuso de sustancias como respuesta de evitación/conducta de se-

guridad, lo cual contribuye al mantenimiento del problema. Ello está en sintonía con la hipótesis de la automedicación.

— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre lo que es la ansiedad y el abuso de sustancias.
— El terapeuta dotará al paciente de habilidades sociales para situaciones de interacción social (iniciar y mantener conversaciones, hacer y recibir cumplidos, asertividad, etcétera). El objetivo es que el paciente disponga de estrategias que le permitan afrontar situaciones sociales de forma exitosa sin necesidad de recurrir a conductas de seguridad, como puede ser el abuso de sustancias tóxicas.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica y clara.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas cognitivas.
— El terapeuta ha de tener un conocimiento de la relación entre ansiedad y el campo del abuso de sustancias.
— El terapeuta ha de mostrar un dominio de las técnicas de habilidades sociales. En concreto, ha de poseer habilidades terapéuticas para poder diseñar e implementar un juego de roles. Es decir, saber dar instrucciones claras y concisas, actuar como modelo y acorde al personaje representado, reforzar y dar *feedback* al paciente sobre su actuación.

SITUACIÓN 13

El paciente muestra conductas inusuales mientras se está llevando a cabo el entrenamiento en habilidades sociales, tales como hablar sobre un tema sin tener en cuenta si el contexto o la situación son adecuados o no, o bien si la persona puede estar interesada. Además, muestra poca empatía o interés por las intenciones de los demás y exhibe conductas no apropiadas para la edad.

Objetivo

1. Realizar un diagnóstico diferencial para evaluar la posibilidad de comorbilidad con un trastorno del espectro autista (TEA), o bien que se haya realizado un diagnóstico incorrecto y que el TAS no sea el trastorno principal.

Técnicas

— Técnicas de información.

Estrategias terapéuticas

— Administración de una entrevista y cuestionarios para reevaluar el diagnóstico principal del paciente.
— En el caso de que el TAS sea el diagnóstico principal, con comorbilidad con TEA, y dado que a menudo los

pacientes se enfrentan a una evaluación negativa cuando se relacionan con los demás debido a su falta de habilidades sociales, es importante que el tratamiento incorpore estrategias para incrementar la competencia social (por ejemplo, modelado, *feedback*) en la línea de los tratamientos disponibles.

Habilidades del terapeuta

- El terapeuta debe conocer los criterios diagnósticos tanto de TAS como de otros trastornos comórbidos, o en los que es necesario hacer un diagnóstico diferencial por la similaridad en alguna sintomatología.
- El terapeuta ha de solicitar la información de manera cordial y ha de ser flexible para hacer cambios en el plan de trabajo, si fuera necesario.
- El terapeuta ha de saber dirigir al paciente a otro especialista, si se descubre que el TEA es el trastorno principal y no es experto en ese tipo de trastornos.

SITUACIÓN 14

Al principio de la terapia, el paciente (que es un menor) muestra resistencia al cambio y argumenta que es tímido, que eso es parte de su personalidad y que no quiere que el terapeuta «le cambie».

Objetivo

1. Reducir el nivel de resistencia del paciente a la terapia.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas cognitivas.
— Solución de problemas.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de reconocer que es posible que ésa sea su personalidad, para a continuación revisar el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en las interferencias que su problema le está ocasionando en su vida.
— Evaluar y debatir posibles ideas irracionales sobre el entrenamiento en habilidades sociales, el cual no se centra en cambiar la personalidad del paciente, sino en dotarle

de nuevas estrategias que pueden facilitarle su vida social. Evaluar posibles miedos ante el hecho de perder su «identidad», posibles temores subyacentes acerca de su capacidad/competencia para afrontar sus miedos, así como su motivación al cambio. El terapeuta puede indagar mediante la formulación de preguntas como: ¿Qué tiene miedo de afrontar si sigue en terapia? ¿Tiene miedo a permitirse tener respuestas psicofisiológicas? ¿Qué creencias tiene sobre la terapia cognitivo-conductual? ¿Se considera una persona que intenta controlar? ¿Cree que las situaciones sociales son peligrosas y no se siente competente para manejarlas, aunque esté en terapia? El terapeuta también puede evaluar si el paciente tiene una visión rígida sobre las cosas y si le da miedo lo desconocido y la incertidumbre. Esta información también puede contrastarla a través de los progenitores (o responsables legales), así como evaluar si éstos desempeñan algún papel en el origen y/o mantenimiento de estas distorsiones cognitivas.

— Llevar a cabo un listado de beneficios e inconvenientes de la terapia cognitivo-conductual. En caso de ganar la segunda opción, evaluar la posibilidad con el paciente de suspender la terapia cognitivo-conductual y adoptar un modelo de aceptación y compromiso, *mindfulness*, etcétera. En caso de que la terapia cognitivo-conductual sea la opción más beneficiosa, el terapeuta trabajará en incrementar la motivación del paciente.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar una actitud cálida ante las preocupaciones del paciente sobre «ser cambiado».

— Flexibilidad para atender y adaptar el tratamiento a las necesidades individuales del paciente.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.
— El terapeuta tiene que tener un amplio conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas, sus objetivos y sus pasos de ejecución.

6

Problemas relacionados con el entorno y la aplicación de la terapia en contextos no clínicos (por ejemplo, escuela)

No es inusual que el avance del paciente en la terapia se manifieste en más salidas, hacer más amigos, ser asertivo y defender sus derechos, incluyendo entre las personas de su entorno (por ejemplo, padres, pareja). Desafortunadamente, a veces ello es percibido por las personas cercanas como un peligro potencial en su relación con ellos y pueden boicotear la terapia. Por ello es esencial que el terapeuta compruebe que no interfieren con el progreso terapéutico del paciente (por ejemplo, enviando mensajes descalificatorios de sus progresos, o sobreprotegiéndole), especialmente porque las personas con TAS son muy sensibles a la crítica u opiniones de las personas cercanas a ellas. En este sentido, el terapeuta ha de atender al concepto que he denominado «amigo sombra». Es decir, aquella persona con TAS que precisa de un amigo o persona cercana para que ésta actúe como agente activo en las situaciones sociales que el paciente no se atreve a afrontar o a exponerse por sí mismo. De este modo, la persona con TAS se convierte en el amigo sombra de un individuo que le sirve como conducta de seguridad en dichas situaciones.

En un aspecto positivo, la actuación de los padres, la pareja o amigos cercanos como coterapeutas puede ser de gran utilidad, pues pueden servir como un bastón de apoyo en las primeras exposiciones del sujeto ante situaciones sociales que le ponen nervioso. En ese caso, el terapeuta debe asegurarse de que el coterapeuta refuerza las conductas de aproximación y exposición y no así las de evitación, ni realiza las tareas para casa en vez del paciente. Dado que el trabajo del coterapeuta

conlleva un tiempo y un esfuerzo, el terapeuta ha de reforzarle para mantener su motivación para ayudar al paciente durante la terapia.

Además de la colaboración de familiares, pareja o amigos en la terapia, el terapeuta también puede recurrir al personal escolar para su colaboración en las exposiciones en el contexto escolar, o si se produce *bullying*. De ese modo, el paciente puede practicar en contextos reales y ante diversos tipos de personas (iguales, personal escolar, etc.), facilitando la exposición a las situaciones más temidas por los niños y adolescentes, las cuales suelen darse en la escuela. Seguidamente, presentamos algunos ejemplos de situaciones que cubren los problemas que se encuentra el terapeuta más frecuentemente.

SITUACIÓN 1

El paciente, que es un menor, empieza a hacer nuevos amigos, sale más y muestra cambios externos, tanto en su estilo de ropa como en su peinado. La familia expresa una conducta negativa ante dichos cambios.

Objetivos

1. Reforzar y consolidar las manifestaciones conductuales del progreso terapéutico del paciente.
2. Afrontar el uso de mensajes críticos, hostiles o sobreprotectores por parte de los miembros de la familia.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas dirigidas al aumento de conductas.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Refuerzo positivo ante los progresos del paciente y revisión del cumplimiento de los objetivos.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta ha de ayudar a que el paciente se sienta cómodo con los cambios.

— Ha de ser capaz de detectar los avances del paciente y reforzarle por ello.
— Ha de transmitir calidez hacia el paciente.

Técnicas para el objetivo 2

— Sondeos cognitivos.
— Sesión familiar.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— El terapeuta evalúa si el paciente muestra la creencia de que su familia ha tenido algún papel en el desarrollo o mantenimiento actual del trastorno. Durante la terapia, la familia puede ver estos cambios positivos como una posible fuente de peligro e interpretar que el menor puede verse inmerso en supuestas situaciones de riesgo. Por ejemplo, si es una chica, los padres pueden estar preocupados porque al salir más o quedar con nuevos amigos, pueda iniciarse en el consumo de alcohol o relaciones sexuales tempranas. Las personas con TAS suelen ser muy sensibles a las opiniones y comentarios de gente de su entorno, por lo que un comentario crítico o negativo puede afectar al progreso terapéutico del paciente.
— Mediante diálogo socrático, debatir las creencias comunes del paciente acerca de los motivos por los cuales las personas del entorno están boicoteando su progreso, y sus sentimientos sobre ello. En ese punto, se puede tener una sesión con la familia para entrenarles en habilidades de comunicación destinada a reducir su alto nivel de emoción expresada (sobreimplicación emocional, crítica, hostilidad). Además, se pide al paciente que exprese y reelabore sus sentimientos ante su progreso.

— Pedir a los familiares que refuercen las conductas de aproximación a los objetivos del paciente y eviten realizar la llamada «trampa de la protección», es decir, ser ellos quienes hagan la conducta temida por el paciente para aliviarle de la ansiedad. Esta sobreprotección emocional de los familiares implica un reforzamiento hacia la conducta de evitación del paciente y contribuye al mantenimiento del problema.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta ha de estar familiarizado con las técnicas cognitivas y las habilidades de comunicación.
— Ha de saber exponer de manera convincente la relevancia del papel del coterapeuta en el progreso terapéutico.
— Tiene que saber exponer sus argumentos con claridad, concreción y convicción para alentar a que el paciente se exponga a la situación sin que los familiares refuercen conductas de seguridad.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.

SITUACIÓN 2

El paciente, que es un menor, informa que no ha reducido su nivel de ansiedad tras la exposición, colaborando sus padres como coterapeutas. Tras evaluar qué puede haber sucedido, el paciente admite que sus padres han hecho cosas por él, en vez de hacerlas con él.

Objetivo

1. Evaluar el posible papel de los padres como coterapeutas del progreso terapéutico.

Técnicas

— Sesión familiar.
— Técnicas de información.
— Sondeos cognitivos.

Estrategias terapéuticas

— Revisión del cumplimiento de los objetivos.
— Revisión del modelo explicativo del TAS y debate con el paciente y su familia sobre las conductas de seguridad, que puede incluir que los familiares hagan las cosas por el paciente, reforzando en él sin querer la percepción de

baja autoestima («no soy capaz de hacer las cosas por mí mismo; siempre necesitaré a alguien», en consonancia con el concepto expuesto de «amigo sombra», véase página 139).
— Entrenamiento a los padres para reforzar las conductas de aproximación y evitar la sobreprotección.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de estar familiarizado con las técnicas cognitivas y el modelo teórico del TAS.
— El terapeuta tiene que tener un amplio conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas, sus objetivos y sus pasos de ejecución.
— Debe mostrar un estilo directivo a la vez que mantener la empatía con el paciente y sus familiares.
— Tiene que saber exponer sus argumentos con claridad, concreción y convicción para alentar a que el paciente se exponga a la situación.
— El terapeuta ha de mostrar firmeza, a la vez que calidez, con los padres para solicitarles que no realicen conductas por su hijo ya que la evitación de situaciones sociales por su hijo mantiene el problema y no ayuda a la consecución de los objetivos.

SITUACIÓN 3

Tras el entrenamiento en habilidades sociales, el paciente empieza a expresar sus sentimientos a su pareja y a ser asertivo. Tras esto, el paciente siente que su pareja no refuerza sus progresos, sino todo lo contrario.

Objetivos

1. Afrontar la falta de apoyo o el uso de mensajes críticos u hostiles por parte de la pareja.

Técnicas

— Sondeos cognitivos.
— Sesión de pareja.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta pide al paciente que exprese y reelabore sus sentimientos ante su progreso. No es inusual que la pareja pueda interpretar los progresos del paciente como una posible fuente de peligro (por ejemplo, creer que el paciente puede abandonar o sustituir a la pareja). Las personas con TAS suelen ser muy sensibles a las opiniones y comentarios de gente de su entorno, por lo que un

comentario crítico o negativo puede afectar al progreso terapéutico.
— Mediante diálogo socrático, debatir las creencias comunes del paciente relativas a los motivos por los cuales la pareja puede querer boicotear su progreso, y sus sentimientos sobre ello. En ese punto, se puede tener una sesión individual con la pareja para entrenarles en habilidades de comunicación destinada a reducir su alto nivel de emoción expresada (sobreimplicación emocional, crítica, hostilidad), si fuera el caso.
— Pedir a la pareja que refuerce las conductas de aproximación a los objetivos del paciente.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de estar familiarizado con las técnicas cognitivas y las habilidades de comunicación.
— Ha de ser capaz de detectar los avances del paciente y reforzarle por ello.
— Ha de ser capaz de detectar los avances del paciente y compartirlo con las personas de su entorno para que ellos también puedan vislumbrar los progresos.
— Ha de saber exponer de manera convincente la relevancia del papel del coterapeuta en la consecución de objetivos.

SITUACIÓN 4

El paciente es un menor, y sus padres preguntan en sesión individual si es culpa de ellos que su hijo/a sea así, no habiendo razones que indiquen que hayan tenido un papel en el desarrollo del trastorno.

Objetivos

1. Aclarar dudas de las personas del entorno sobre el trastorno.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Sesión familiar.

Estrategias terapéuticas

— Revisión del modelo explicativo del TAS, centrando la información en explicar a los padres del menor que el estilo de los padres es un factor predisponente, pero no precipitante (de un modo que se evite toda crítica o juicio sobre ellos). Además, la explicación tiene como meta adicional que los padres puedan comprender a su hijo, y ser conscientes del papel de las respuestas de evitación y escape como estrategias que mantienen el problema.

— El terapeuta pide a los padres su colaboración como coterapeutas, animándoles a ser un punto de apoyo para su hijo, reforzándoles ante conductas de aproximación y exposición, y no en las de evitación. Si los padres se sienten culpables, orientarles sobre el hecho de que era normal que hasta ahora pudieran haber reforzado algunas conductas de evitación, ya que es un instinto natural de los padres retirar a sus hijos de sitios en donde lo pasan mal, o incluso sobreprotegerles y hacer las cosas por ellos cuando ven que lo están pasando mal. En otras palabras, el terapeuta les instruye para que animen a sus hijos a que sean independientes, les proporcionen refuerzo ante conductas de exposición, impidan las de evitación y, finalmente, sean un modelo de afrontamiento ante situaciones sociales de manera no ansiosa.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de estar familiarizado con las técnicas cognitivas y el modelo teórico del TAS.
— Ha de saber exponer de manera convincente la relevancia del papel del coterapeuta en la consecución de objetivos.
— Ha de ser claro en sus explicaciones.
— Ha de saber organizar el tiempo de la sesión.

SITUACIÓN 5

El paciente es un menor y tiene problemas de actuación social. Ha de exponer un trabajo en clase y tanto los padres como el paciente están de acuerdo en contar con la colaboración de la maestra para que lo lea delante de sus compañeros de clase.

Objetivo

1. Establecer colaboración con el personal escolar para asistir al paciente en la exposición gradual a hablar delante de sus compañeros.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Planificación ambiental.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta puede mantener una reunión con el personal escolar en contacto con el menor con el objetivo inicial de adquirir información adicional sobre las áreas en las que el paciente exhibe más dificultad, y especialmente las relacionadas con hablar delante de sus compañe-

ros. Específicamente, el terapeuta puede pedir al personal escolar que identifique situaciones potenciales de exposición que pueden ocurrir en clase y cualquier información adicional sobre los estímulos desencadenantes de mayor ansiedad y las consecuencias que tienen para el menor, según el punto de vista del personal escolar.

— El terapeuta puede solicitar la colaboración del personal escolar y educarle brevemente en el modelo explicativo del TAS, centrando la información en el papel negativo de las respuestas de evitación y escape (no hablar delante de compañeros, contestar con monosílabos ante la pregunta del profesor, etc.), así como estrategias que mantienen el problema. Además, se educará al personal escolar en el papel terapéutico de la exposición. Normalmente, los maestros suelen estar abiertos a conocer información acerca de cómo ayudar a sus alumnos que tienen necesidades especiales, como, en este caso, presentan un trastorno de ansiedad social.
— El terapeuta puede compartir con el personal escolar la jerarquía de situaciones sociales de exposición y contar con su colaboración como coterapeuta. Por ejemplo, si un estudiante teme responder a preguntas en clase, el terapeuta puede trabajar junto con el maestro para que al principio éste pueda proporcionar la respuesta a la pregunta al estudiante antes de la clase; posteriormente, proporcionar al alumno la pregunta pero no la respuesta, y, finalmente, que pueda responder a las preguntas sin tener ningún dato sobre ellas.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de estar familiarizado con el modelo teórico del TAS.

— El terapeuta debe ser directivo, pero ha de mostrar un estilo colaborador y escuchar las sugerencias y recomendaciones del personal escolar en la implantación de las situaciones de exposición relativas a hablar en clase.
— El terapeuta ha de asegurarse de que el menor y sus padres no muestran reticencias o dudas en la colaboración con el personal escolar, y debe contar con un consentimiento específico y por escrito que le permita contactar con el personal escolar.
— Ha de saber exponer de manera convincente al maestro la relevancia de su papel como coterapeuta para la consecución de los objetivos con el paciente.

SITUACIÓN 6

El paciente reconoce que de niño sufrió abuso psicológico en la escuela *(bullying)* y ello le ha llevado a desconfiar y no poder tener relaciones con otras personas.

Objetivo

1. Explicar el modelo relacional entre victimización y ansiedad social para elevar la compresión del problema, y eliminar cualquier percepción de culpa.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— Recoger información sobre la historia del acoso escolar, así como si el paciente contó con el apoyo escolar y familiar, o bien ocultó esta información.
— Examinar el estado emocional del paciente en el pasado y, especialmente, en el presente, para determinar el grado de impacto que ha tenido en su vida. Evaluar la presencia de depresión pasada o presente, ya que es común entre personas que han pasado por esta situación.
— El terapeuta ha de explicar el modelo relacional entre victimización y ansiedad social al paciente para elevar la

compresión del problema. De esa manera, puede reinterpretarse el evento pasado como un factor interpersonal que afecta al establecimiento de relaciones cercanas con otras personas. Ello implica una evitación o inhibición en la relación con otras personas.

— El terapeuta cuestionará y pondrá a prueba las distorsiones cognitivas que presenta en torno a su posible percepción de culpa o su temor a que algo similar ocurrirá. También se puede entregar al paciente material sobre los tipos de distorsiones cognitivas de Beck, para que aprenda a identificarlas.
— El terapeuta tendrá en cuenta esta información a la hora de elaborar la jerarquía de situaciones que teme el paciente. Especialmente, cuando las situaciones actuales impliquen una situación abusiva o similar a la que vivió en el pasado, y puedan ser el reflejo de otras situaciones que ha vivido el paciente y que nos relata en su historia de aprendizaje. Se puede precisar entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe mostrar calidez por el estado emocional en el que se encuentra el paciente para, a continuación, centrarse en adquirir información relevante para evaluar la situación y elaborar un plan de trabajo.
— El terapeuta ha de estar familiarizado con el modelo teórico del TAS.
— El terapeuta ha de poseer las habilidades para sondear las creencias del paciente con respecto a la situación y poder implementar las técnicas cognitivas que sean precisas.
— El terapeuta ha de poseer y aplicar su capacidad de escucha activa para entender las necesidades del paciente.

SITUACIÓN 7

El paciente, que es un menor, reconoce que está sufriendo abuso psicológico en la escuela *(bullying)* y, por eso, siente mucha ansiedad cuando está con gente de su edad.

Objetivos

1. Explicar el modelo relacional entre victimización y ansiedad social para elevar la compresión del problema, y eliminar cualquier percepción de culpa.
2. Apoyar al menor para que sea él mismo quien informe a sus padres y, entonces, proporcionar información a los padres para establecer un plan conjunto con la escuela.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Técnicas para el entrenamiento en las habilidades sociales.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— Recoger información sobre la historia del acoso escolar y examinar el estado emocional del paciente. Evaluar la

presencia de comorbilidad con un trastorno del estado de ánimo.

— El terapeuta ha de explicar el modelo relacional entre victimización y ansiedad social al paciente para elevar la compresión del problema. De esa manera, puede reinterpretarse el evento pasado como un factor interpersonal que afecta al establecimiento de relaciones cercanas con otras personas. Ello implica una evitación o inhibición en la relación del paciente con otras personas.

— El terapeuta cuestionará y pondrá a prueba las distorsiones cognitivas que el paciente presenta en torno a una posible percepción de culpa o un temor a ser de nuevo agredido por gente desconocida porque «tiene algo raro». Tristemente, los niños con ansiedad social suelen mostrar conductas que les hacen susceptibles de ser objetivo de los agresores (suelen ser reservados, poco asertivos y tienen pocos amigos). Mediante el método de diálogo socrático, el terapeuta debatirá con el paciente sobre las cosas que le dicen con el fin de conducirle a que sea consciente de que los mensajes negativos que emiten los agresores no son necesariamente ciertos y que, por tanto, el agresor esté equivocado.

— Si el menor aún está expuesto a la situación, el terapeuta realizará un entrenamiento en habilidades sociales encaminado a dotarle de asertividad y pautas de actuación básicas si se encuentra con los agresores durante todo este proceso. Por ejemplo, mostrar una conducta diferente a la que el paciente suele exhibir cuando se produce el acoso. Los agresores están acostumbrados a que el agredido reaccione mostrando respuestas emocionales intensas (enfado, lloro, etc.). Al expresar otra emoción, se detiene la agresión (al menos temporalmente) y se proporciona un tiempo que le permita salir de la situación.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta debe mostrar calidez hacia el paciente por el estado emocional en que se encuentra, para, a continuación, centrarse en adquirir información relevante para evaluar la situación y elaborar un plan de trabajo.
— El terapeuta ha de estar familiarizado con el modelo teórico del TAS y de victimización.
— El terapeuta ha de poseer las habilidades para sondear las creencias del paciente con respecto a la situación y poder implementar las técnicas cognitivas que sean precisas.

Técnicas para el objetivo 2

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones.
— Sesión familiar.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— El terapeuta ha de animar al paciente a que sea él mismo quien cuente a sus padres la situación que está sucediendo. El terapeuta ha de permanecer con el paciente mientras lo expresa a su familia, para poder mediar en la expresión de emociones que pueden aparecer.
— El terapeuta ha de explicar también a los padres el modelo relacional entre victimización y ansiedad social para elevar la compresión del problema. De esa manera, puede reinterpretarse el evento pasado como un factor interpersonal que afecta al establecimiento de relaciones cercanas con otras personas.

— El terapeuta cuestionará y pondrá a prueba las distorsiones cognitivas que los padres pueden presentar acerca de su hijo o posibles sentimientos de culpa por no haberse dado cuenta de la agresión que estaba sufriendo su hijo/a.
— Si el menor aún está expuesto a la situación, el terapeuta excusará al niño de la sesión para indicar a los padres algunas pautas de actuación, como:

1. Mostrar preocupación por su hijo, pero no expresar ningún deseo de hacer nada en contra de los agresores en este momento, para permitir al menor hablar y que exprese todo lo que ha pasado y cómo se siente.
2. Animarles a contactar con el centro escolar para establecer un plan de actuación conjunto.

Asimismo, se les entregará y debatirá en la terapia las pautas de conducta de intervención frente al *bullying* y el *cyberbullying* desde el contexto familiar, como se recogen en la ficha 2 del documento titulado «Bullying y cyberbullying: programas y estrategias de prevención e intervención desde el contexto escolar y familiar» elaborado por la doctora Maite Garaigordobil y publicado por el Colegio Oficial de Psicólogos en su Plan de formación continuada a distancia (ISBN: 1989-3906).

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta debe mostrar calidez por el estado emocional en el que se encuentra la familia.
— El terapeuta ha de estar familiarizado con el modelo teórico del TAS y de victimización.

— El terapeuta ha de poseer las habilidades para sondear las creencias de la familia con respecto a la situación.
— El terapeuta ha de tener la habilidad para animar al paciente a que sea él mismo quien cuente a sus padres la situación por la que está pasando.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.

7

Problemas con la aplicación de las técnicas terapéuticas

Es crucial que el terapeuta conozca y domine las distintas técnicas existentes, así como los marcos teóricos que las sustentan, para la correcta aplicación de éstas. En este capítulo se enumeran algunos de los problemas más frecuentes cuando el terapeuta trabaja junto con el paciente en el entrenamiento en habilidades sociales, o bien cuando aplica las técnicas cognitivas o de exposición. Por ejemplo, un número significativo de pacientes con TAS presentan un elevado nivel de exigencia debido a su perfeccionismo, lo que les lleva a establecerse metas excesivamente elevadas y rígidas ante las situaciones de exposición. El terapeuta debe controlar este aspecto para prevenir que el paciente fracase en su exposición o sienta que no lo ha hecho «suficientemente bien», a pesar de tener éxito en la terapia. En este sentido, el terapeuta debe conocer que es importante el procesamiento que el paciente hace tanto antes como durante y después de la exposición, ya que frecuentemente los pensamientos negativos distorsionan el nivel de ejecución real del paciente. Junto a esto, no es infrecuente que el terapeuta haya de afrontar problemas en el uso de las técnicas que componen el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición. Éstas requieren que el terapeuta verifique que el paciente ha comprendido exactamente los pasos y el objetivo de las tareas para casa, antes de que éste abandone la sesión. Estos aspectos son cubiertos a continuación.

SITUACIÓN 1

El paciente reconoce que no se siente satisfecho pese a haber realizado la exposición y cumplir los objetivos.

Objetivos

1. Definir los objetivos de la exposición.
2. Reforzar y consolidar las manifestaciones conductuales del progreso terapéutico.

Técnicas para el objetivo 1

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 1

— El terapeuta ha de definir claramente el objetivo de la exposición, como, por ejemplo, permanecer el tiempo fijado en la situación ansiógena aunque inicialmente el paciente lo pase mal debido a los elevados niveles de ansiedad, a fin de que se produzca el proceso de habituación. El terapeuta puede aprovechar este momento para revisar con el paciente el círculo vicioso de la ansiedad y reforzarle por el hecho de afrontar la situación, independientemente de la presencia inicial de respuestas psicofisiológicas elevadas.

— El terapeuta ha de prestar atención a los niveles de perfeccionismo que puede presentar el paciente. Cuando el paciente muestra problemas porque establece metas excesivamente elevadas y rígidas ante la exposición a situaciones ansiógenas, puede realizar un procesamiento post-evento de la situación y descalificar su afrontamiento positivo ante la situación ansiógena. Si es así, el terapeuta debe trabajar con el paciente este aspecto mediante el método de diálogo socrático para modificar pensamientos dicotómicos tales como «si no lo hago perfectamente, lo he hecho mal».

Habilidades del terapeuta para el objetivo 1

— El terapeuta ha de conocer el modelo teórico del TAS y exponerlo de forma didáctica al paciente.
— Debe tener capacidad de observación y dominio de variables relevantes para la habilidad en que se entrena el paciente.
— Debe elaborar el contenido de las tareas terapéuticas de la manera más sencilla y operativa posible para ser llevadas a cabo por el paciente con alta probabilidad de éxito.
— Ha de mostrar un estilo activo y directivo.

Técnicas para el objetivo 2

— Técnicas dirigidas al aumento de conductas.

Estrategias terapéuticas para el objetivo 2

— El terapeuta ha de asegurarse de que el paciente se refuerza positivamente tras la consecución de los objetivos.

En caso de que existan problemas o falta de autorreforzamiento ante sus progresos, será necesario un entrenamiento en habilidades de hacer y recibir cumplidos.

Habilidades del terapeuta para el objetivo 2

— El terapeuta ha de ayudar a que el paciente pueda expresar sentimientos positivos acerca de su persona por el hecho de afrontar una situación temida, independientemente del resultado de la exposición.
— Ha de ser capaz de detectar los avances del paciente y reforzarle por ello.
— Debe mostrar empatía a la par que un estilo activo y directivo.

SITUACIÓN 2

El paciente tiene problemas para exponerse.

Objetivo

1. Revisar posibles elementos que puedan estar afectando a la eficacia de la exposición.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de revisar con el paciente la jerarquía de exposición para confirmar que los niveles de ansiedad en la situación a exponerse fueron correctos o que las situaciones fueran correctamente jerarquizadas. Si es necesario, el terapeuta puede descomponer una situación para hacerla más realista, concreta o relevante, o incluir ítems adicionales siguiendo una jerarquía espaciotemporal, temática o mixta. Por ejemplo, ir a comprar el pan a una hora en la que va poca gente, o ir a comprar el pan con su hermano, etc.).
— El terapeuta ha de evaluar el papel de las distorsiones negativas, las conductas de seguridad y las respuestas psi-

cofisiológicas en la falta de eficacia de la técnica. Se recuerda al paciente el círculo vicioso de la ansiedad, y el triple sistema de respuesta para evaluar dónde exhibe el paciente el problema. Posibles estrategias de afrontamiento ante esos problemas pueden ser el reto del pensamiento, cambio en el foco atencional, prevención de las respuestas de evitación y/o escape, entrenamiento en relajación/respiración (manejo conductual de la ansiedad).

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de conocer el modelo teórico del TAS y exponerlo de forma didáctica al paciente.
— Debe elaborar el contenido de las tareas terapéuticas de la manera más sencilla y operativa posible para ser llevadas a cabo por el paciente con alta probabilidad de éxito.
— Tiene que mostrarse sereno, no reforzando los comentarios sobre una posible manifestación de ansiedad tan intensa que no le permita beneficiarse de la exposición.
— Tiene que establecer estrategias, como la escucha activa o pedir *feedback* al final de la sesión, para asegurarse de que el paciente ha comprendido el contenido de la sesión.

SITUACIÓN 3

En su primera sesión de exposición en vivo a hablar en público, el paciente informa que antes de empezar se sintió muy nervioso y, por ello, cree que la charla le salió fatal.

Objetivo

1. Revisar y modificar los antecedentes que han afectado a la eficacia de la exposición.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de revisar la jerarquía de exposición con el paciente para confirmar que se empezó con una situación de un nivel de ansiedad adecuado.
— Atendiendo al modelo explicativo del TAS, el terapeuta ha de evaluar el papel de las creencias y expectativas negativas del paciente acerca de su capacidad para afrontar, por una parte, la situación y, por otra parte, examinar su miedo a la evaluación negativa y a las consecuencias de una mala ejecución. Asimismo, el terapeuta ha de com-

probar la presencia de una autopercepción negativa que puede influir en una baja autoeficacia que genere un elevado nivel de ansiedad antes de entrar en la situación («no soy capaz», «no voy a poder»).
— Se recoge información acerca de la intensidad de las respuestas psicofisiológicas y se recuerda el círculo vicioso de la ansiedad, así como el triple sistema de respuesta para determinar dónde exhibe el paciente el problema.
— El terapeuta ha de modificar creencias y miedos que pueda tener el paciente con el fin de disminuir el nivel de ansiedad antes de entrar en la situación, así como dotarle de estrategias de manejo de la ansiedad, como las técnicas de relajación o respiración. Alternativamente, el terapeuta puede considerar la opción de no utilizar técnicas dirigidas directamente al cambio de las cogniciones, sino otras como el *mindfulness* o la aceptación de las emociones implícitas de la exposición a la situación ansiógena.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de conocer el modelo teórico del TAS y exponerlo de forma didáctica al paciente.
— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo las técnicas cognitivas.
— Debe elaborar el contenido de las tareas terapéuticas de la manera más sencilla y operativa posible para ser llevadas a cabo por el paciente con alta probabilidad de éxito.
— Tiene que mostrarse sereno, no reforzando los comentarios sobre una posible manifestación de ansiedad tan intensa que no le permita beneficiarse de la exposición.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.

SITUACIÓN 4

El paciente informa que se pone especialmente nervioso cuando está en medio de la charla y teme bloquearse.

Objetivo

1. Revisar y modificar los antecedentes que están implicados en la presencia de ansiedad durante la situación de hablar en público y que afectan a la eficacia de la exposición.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— Atendiendo al modelo explicativo del TAS, el terapeuta ha de evaluar si el paciente muestra sesgos atencionales hacia información percibida como amenazante (por ejemplo, hipervigilancia y excesiva atención al *feedback* no verbal del público). Hay que tener en cuenta que las personas con TAS son especialmente sensibles a la crítica negativa y muestran sesgos a la

hora de interpretar un estímulo neutro como negativo. Esto, junto con la hipervigilancia, incrementa la probabilidad de que el paciente perciba un estímulo como amenazante (aunque no lo sea). En ese caso, ese estímulo actúa como un desencadenante que activa su auto-percepción negativa, que a la vez confirma su baja autoeficacia, lo que finalmente incrementa sus respuestas de ansiedad psicofisiológicas. Además, aquellos pacientes que muestran el pico de ansiedad durante la exposición suelen presentar una atención excesiva hacia elementos no verbales de la audiencia o interlocutor. Esto es debido a que el paciente atribuye su éxito o fracaso al *feedback* no verbal que recibe por parte de la audiencia o interlocutor, lo que a su vez consume recursos atencionales que podrían dirigirse hacia la consecución del objetivo. En esta línea, en los pacientes que muestran ansiedad ante hablar por teléfono suele producirse una activación psicofisiológica de las respuestas de ansiedad al no poder contar con el *feedback* no verbal del interlocutor y, por tanto, sentirse «a ciegas» ante la interacción social.

— El terapeuta ha de proporcionar información acerca del papel de estas cogniciones, en primer lugar, para a continuación modificar dichas creencias y, finalmente, entrenar al paciente en el cambio del foco atencional hacia elementos ambientales o personas que él perciba como menos amenazantes. Además, puede utilizar el método de diálogo socrático para desconfirmar sus temores. Alternativamente, el terapeuta puede considerar la opción de no utilizar técnicas dirigidas directamente al cambio de las cogniciones, y en vez de ello, entrenar al paciente en *mindfulness* o la aceptación de las emociones que se producen durante la exposición a la situación ansiógena.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de conocer el modelo teórico del TAS y exponerlo de forma didáctica al paciente.
— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo las técnicas cognitivas.
— Debe elaborar el contenido de las tareas terapéuticas de la manera más sencilla y operativa posible para ser llevadas a cabo por el paciente con alta probabilidad de éxito.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.
— El terapeuta tiene que tener un amplio conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas, sus objetivos y sus pasos de ejecución.

SITUACIÓN 5

El paciente se expone a una situación de actuación social (por ejemplo, hablar en público) de manera exitosa, pero durante la siguiente sesión, comenta al terapeuta que la exposición fue horrible y que lo hizo fatal.

Objetivo

1. Examinar y modificar los factores implicados en la ansiedad después de la situación.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— Atendiendo al modelo explicativo del TAS, el terapeuta ha de evaluar la presencia de sesgos atencionales. Hay que tener en cuenta que las personas con TAS pueden no procesar la información durante la exposición. Ante la falta de ésta, usan su autopercepción negativa y sus propias creencias sobre su inadecuación social cuando reelaboran la situación. Todo ello resulta en una interpretación negativa y catastrofista por el paciente, descalificando

incluso elementos positivos de su actuación. Junto con esto, las personas con TAS presentan problemas de memoria, y específicamente en el olvido selectivo de la información. De este modo, no pueden dejar de procesar información irrelevante y neutra por considerar que posteriormente pueden necesitarla. Como resultado, las personas con TAS pueden saturar su capacidad de procesamiento de información, que sería necesaria para poder interpretar realistamente los resultados de su exposición.

— En el caso de que el punto máximo de ansiedad se produjera tras el fin de la charla, el terapeuta ha de examinar si el miedo principal del paciente se centra en el temor a las posibles preguntas del público que se pueden dar posteriormente a la disertación.

— El terapeuta ha de proporcionar información acerca del papel de estas cogniciones en primer lugar, para a continuación modificar dichas creencias y, finalmente, entrenar al paciente para implicarse en la situación en vez de utilizar conductas de seguridad destinadas a evitar sentir ansiedad durante la exposición, como no mirar al público, mirar a un punto fijo, etc. Alternativamente, el terapeuta puede considerar la opción de no utilizar técnicas dirigidas directamente al cambio de las cogniciones, sino otras estrategias como *mindfulness* y en la aceptación de las emociones que se producen durante la exposición a la situación ansiógena. Además, puede utilizar el método de diálogo socrático para desconfirmar sus temores.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de conocer el modelo teórico del TAS y exponerlo de forma didáctica al paciente.

— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo las técnicas cognitivas.
— El terapeuta ha de tener capacidad para presentar alternativas viables para solucionar el problema.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.
— El terapeuta tiene que tener un amplio conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas, sus objetivos y sus pasos de ejecución.

SITUACIÓN 6

Tras el entrenamiento en asertividad, el paciente aprovecha para practicar las recién adquiridas habilidades sociales en una situación en la que desea defender sus derechos ante su hermano, Sin embargo, después de utilizar la estrategia de asertividad, su hermano le pregunta por qué habla tan raro y el paciente se queda bloqueado y abandona la habitación sin resolver la situación.

Objetivo

1. Examinar y modificar los factores que han generado la respuesta inusual del hermano ante el ejercicio de asertividad del paciente.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas para el entrenamiento en las habilidades sociales.
— Refuerzo.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de recabar información sobre la actuación del paciente fuera del contexto de la terapia. Usualmente, las personas con TAS suelen tener un pensamien-

to rígido que a veces interfiere en terapia. El terapeuta evaluará tanto el contenido de la frase que el paciente dijo a su hermano como las habilidades no verbales.
— El terapeuta entrenará al paciente en las habilidades correctas, como, por ejemplo, el uso de expresiones y palabras que sean frecuentes en el vocabulario del paciente para reducir la sensación de artificialidad tanto en el emisor como en el receptor de la comunicación.
— En todo momento el terapeuta reforzará al paciente por haber afrontado una situación que le causaba mucho malestar.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de usar un lenguaje claro y acorde con la capacidad de comprensión del paciente.
— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo las técnicas del entrenamiento en habilidades sociales.
— Ha de poseer las habilidades terapéuticas para poder diseñar e implementar un juego de roles. Es decir, saber dar instrucciones claras y concisas, actuar como modelo y acorde al personaje representado, así como reforzar y dar *feedback* al paciente sobre su actuación.
— Tiene que establecer estrategias, como la escucha activa o pedir *feedback* al final de la sesión, para asegurarse de que el paciente ha comprendido el contenido de la sesión.

SITUACIÓN 7

El paciente muestra ansiedad ante una situación social que es difícil crear o controlar en una sesión de exposición en vivo.

Objetivo

1. Modificar el formato para permitir al paciente exponerse a la situación temida.

Técnicas

— Solución de problemas.
— Técnicas de información.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de orientar al paciente sobre los beneficios y desventajas de la exposición en vivo y de la exposición en imaginación.
— Comprobar que el paciente no muestra déficits en su capacidad de imaginación. En ese caso, debatir con él la posibilidad de hacer exposición en imaginación o utilizar la telepsicología (por ejemplo, para superar el miedo a hablar en público: véase http://www.previsl.com/es/ntecno/hablame.asp).

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta ha de usar un lenguaje claro y acorde con la capacidad de comprensión del paciente.
— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo la técnica de solución de problemas.
— El terapeuta ha de estar al día de las publicaciones sobre el trastorno y nuevos tratamientos eficaces que hayan podido surgir.
— El terapeuta ha de tener capacidad para presentar alternativas viables para solucionar el problema.

SITUACIÓN 8

El paciente (varón) dice al terapeuta que no es capaz de entrar relajadamente en unos aseos públicos e ir a un urinario sin antes tener la conducta de seguridad de echar un vistazo para ver cuáles están libres y cuáles ocupados.

Objetivo

1. Modificar creencias erróneas.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el modelo explicativo del TAS con el paciente, centrando la atención de éste en el papel de las conductas de seguridad en el mantenimiento de la ansiedad.
— Analizar si el paciente está llevando a cabo estrategias distractoras o bien es simplemente una estrategia usual. En varones, es adaptativo no ir a un urinario si el adyacente está ocupado, mientras hay otros libres.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar un estilo cálido hacia el paciente para que éste no se sienta avergonzado por el uso de posibles conductas de seguridad, o bien por haber interpretado algo usual como una falta de cumplimiento del objetivo terapéutico.
— Ha de exponer ejemplos que ilustren la estrategia que el paciente ha de utilizar y, si es preciso, hacer ensayos simulados en la sesión.

SITUACIÓN 9

El paciente expresa la creencia de que la exposición no le va a beneficiar («exponerme no es lo mío»).

Objetivo

1. Modificar creencias erróneas sobre la exposición.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— El terapeuta ha de revisar la jerarquía de exposición con el paciente y empezar con una situación escasamente ansiógena, en donde la no consecución del objetivo no sea esencial. Es decir, empezar con algo con lo que el paciente no tenga nada que perder, pero que le permita comprobar la eficacia de la exposición.
— El terapeuta ha de revisar el círculo vicioso de la ansiedad y el triple sistema de respuesta para evaluar cuál puede ser la causa de la reticencia del paciente para exponerse. El terapeuta debe indagar si se trata de una baja percepción de la capacidad del paciente para afron-

tar retos (distorsión cognitiva), o si alguna vez se ha expuesto (condicionamiento clásico), pero no le funcionó (si es así, evaluar si en esa ocasión realizó conductas de seguridad), o si es porque alguien ha dicho o él ha leído algo negativo sobre la exposición (transmisión de información), o si es que él ha visto a alguien que se ha expuesto y lo ha pasado mal (aprendizaje vicario).

— Si el paciente muestra resistencia a exponerse en vivo al principio del tratamiento, el terapeuta puede examinar con él los beneficios y desventajas de la exposición en imaginación (como una opción que es menos potente terapéuticamente, pero con un riesgo más controlado mientras afronta una situación social) antes de empezar con la exposición en vivo.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo las técnicas cognitivas.
— Ha de ser claro y cálido en su interacción con el paciente para que éste se sienta entendido y aceptado.
— Tiene que saber exponer sus argumentos con claridad, concreción y convicción para alentar a que el paciente se exponga a la situación, pero sin que sea percibida como una imposición.
— El terapeuta ha de tener capacidad para presentar alternativas viables para solucionar el problema.
— Tiene que establecer estrategias, como la escucha activa o pedir *feedback* al final de la sesión, para asegurarse de que el paciente ha comprendido el contenido de la sesión.

SITUACIÓN 10

El paciente indica que su nivel de ansiedad no desaparece después de la exposición.

Objetivo

1. Generar posibles explicaciones o hipótesis que estén interfiriendo en el proceso de habituación, y modificar los elementos distorsionadores.

Técnicas

— Técnicas de información.
— Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Estrategias terapéuticas

— Se revisa el círculo vicioso de la ansiedad.
— El terapeuta ha de asegurarse de que el paciente permanece en la situación social ansiógena el tiempo suficiente para que se produzca la habituación.
— Si las situaciones sociales son breves, el terapeuta indicará al paciente que ha de incrementar el número de éstas para poder contrastar sus temores irracionales.
— El terapeuta ha de comprobar que el paciente no está utilizando conductas de seguridad, como, por ejemplo, mediante una prueba de realidad.

— El terapeuta examinará si la presencia de un elevado e intrusivo número de pensamientos negativos están interfiriendo en la disminución de la ansiedad. Si es así, el terapeuta puede poner en práctica técnicas dirigidas al cambio de cogniciones.

Habilidades del terapeuta

— El terapeuta debe saber explicar el modelo teórico del TAS al paciente de manera didáctica.
— El terapeuta ha de mostrar un estilo directivo.
— El terapeuta ha de conocer y saber llevar a cabo las técnicas cognitivas.
— El terapeuta ha de tener capacidad para presentar alternativas viables para solucionar el problema.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amorós, M. (2006). *Efectos de la eliminación de los componentes de reestructuración cognitiva y focalización de la atención en la eficacia de la intervención en adolescentes con fobia social (IAFS)*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.

Caballo, V. E., Salazar, I., García-López, L. J. e Irurtia, M. J. (2011). Fobia social: características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. Salazar y J. A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 172-199). Madrid: Pirámide.

García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.

García-López, L. J. (2007). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones. Disponible a través de http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/118/1/GarciaLopez.pdf

Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review, 28,* 592-612.

Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.

Palomares, A. (2006). *Efectos de la tutoría en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada mediante el programa IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.

Ramos, V. (2004). *Efectos de la retroalimentación audiovisual en un programa para el tratamiento para la fobia social en adolescentes (IAFS)*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.