

# EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN TRASTORNO DEPRESIVO CON ANSIEDAD SOCIAL

Francisco Javier Labrador<sup>1</sup>

Marta Rosillo

Gema Cantero

Facultad de Psicología, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

## RESUMEN

*La aparición conjunta de varios problemas en los pacientes que demandan ayuda psicológica es relativamente frecuente. Entre las comorbilidades más frecuentes está la de problemas de fobia social y depresión. Habitualmente las personas demandan más atención por la depresión que por la fobia social, que consideran en general secundaria a ésta, por lo que, con frecuencia, cuando acuden al psicólogo el problema de fobia social se ha cronificado. Se expone en este artículo la evaluación y tratamiento de una joven (22 años) con problemas de fobia social y episodio depresivo mayor (en ambos casos cumple criterios para el diagnóstico DSM-IV). Algunas características específicas, como la presencia de situaciones traumáticas especialmente intensas, permiten establecer con más*

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Francisco J. Labrador. Facultad de Psicología, U.C.M. Campus de Somosaguas s/n. Madrid 28223. Teléfono: 91 394-28-59, Fax: 91 394-31-89. Correo-e [psper30@sis.ucm.es](mailto:psper30@sis.ucm.es).

*precisión la importancia de las demandas ambientales para el desarrollo de estos problemas. El tratamiento fue completado con éxito tras 24 sesiones (5 de evaluación y 19 de tratamiento). En los anexos se recoge la dinámica del tratamiento sesión por sesión.*

**Palabras clave:** DEPRESIÓN, FOBIA SOCIAL, TRASTORNOS MIXTO ANSIEDAD-DEPRESIÓN, TRATAMIENTO

## SUMMARY

*The appearance of mixed problems in the patients asking for psychological help is relatively frequent. Social phobia and depression is among the most frequent comorbidities. Usually people request more attention for the depression than for the social phobia, so, frequently, when they arrive to the psychologist the problem of social phobia is a chronic disorder. In this article it is exposed the assessment and treatment of a young girl (22 years) with problems of social phobia and mayor depressive episode (in both cases the criteria for the diagnosis DSM-IV are reached). Some specific characteristics, as the presence of specially intense traumatic situations, allow to settle down precisely the importance of the environmental demands for the development of these problems. The treatment was successfully completed after 24 sessions (5 of assessment and 19 of treatment). The development of each treatment's session it is included in the annexes.*

**Key words:** DEPRESSION, SOCIAL PHOBIA, MIXED DISORDER ANXIETY-DEPRESSION, TREATMENT.

## 1.- INTRODUCCIÓN

### 1.1.- Episodio Depresivo Mayor

Según el DSM-IV (AP, 1994), la característica esencial de un *episodio depresivo mayor* es un periodo de al menos dos semanas

durante el que hay un estado de ánimo deprimido, o una pérdida de intereses o placer, en casi todas las actividades. Frecuentemente el estado de ánimo, en un episodio depresivo mayor, es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperado y desanimado, casi siempre se da una cierta pérdida de intereses o capacidad para el placer, y en algunas personas, una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Otros síntomas habituales son las alteraciones del apetito, que pueden llegar a ser graves y llevar a pérdidas o ganancias significativas de peso; alteraciones del sueño, siendo la más frecuente el insomnio. Los cambios psicomotores incluyen agitación o entretimiento, lo bastante graves como para ser observables por los demás, siendo habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Por último, entre los síntomas cognitivos, destacan el sentimiento de inutilidad y culpa, que suele implicar evaluaciones negativas no realistas de la propia valía, las preocupaciones y sentimientos de culpa referidos a pequeños errores pasados, y, en muchos casos, una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. También son frecuentes los pensamientos de muerte, ideación suicida o las tentativas suicidas.

Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más comunes, tanto en poblaciones clínicas como generales. Constituyen el conjunto de condiciones más frecuentes por el que los individuos buscan ayuda profesional, bien en los especialistas de la salud mental, o bien en los médicos generales (Blacker y Clare, 1987; Regier et al., 1993 Weissman et al., 1988a). La prevalencia de la sintomatología depresiva en la población general puede estimarse entre el 2 y el 4% para los hombres y en el 4 y 9% para las mujeres (Blacker y Clare, 1987). El riesgo para toda la vida es del 7 al 10% para los hombres y del 14 al 20% para las mujeres (Blacker y Clare, 1987; Weissman et al., 1988a). Existen en la literatura de la depresión datos consistentes que ponen de manifiesto que aproximadamente hay dos veces más mujeres que hombres que experimentan este trastorno (Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman et al., 1984). De igual modo, se ha constatado una mayor incidencia de sintomatología depresiva en los adultos jóvenes concretamente entre los 18 y 44 años. (Weissman, 1987).

## 1.2.- Fobia Social

Según el DSM-IV, *la fobia social* es un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales, en las que la persona se expone a ser observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o de comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o embarazosa. La fobia social se distingue de los otros trastornos por el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales. En algunos casos evitan comer, beber o escribir en público, por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben como les tiemblan las manos, aunque suelen reconocer que este temor resulta excesivo e irracional. Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (p.ej., palpitaciones, temblores, sudoración, enrojecimiento facial, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, confusión) en las situaciones sociales temidas. También suele aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de que la persona deba afrontar la situación social temida, lo que produce un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo en este tipo de situaciones. Entre las características comúnmente asociadas a la fobia social cabe citar la hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo, dificultad para autoafirmarse, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13% (APA, 1994). Pollard y Herderson (1988) sugieren que más del 20% de la población general puede padecer ansiedad social fóbica, pero que sólo el 2% considera su deterioro lo suficientemente grave para buscar tratamiento. Este porcentaje del 2% de sujetos con fobia social en la población general también se ha encontrado en otros estudios (p.ej., Myers et al., 1984; Robins et al., 1984). Diversos estudios apuntan que la fobia social es más frecuente en las mujeres, así Myers et al. (1984) encuentra una prevalencia de este trastorno durante un periodo de seis meses en la población general de 0,9-1,7% para los hombres y de 1,5-2,6% para las mujeres, aunque cuando se estudian poblaciones clínicas no aparecen diferencias en función del sexo. En cuanto al curso del trastorno se

suele iniciar en la adolescencia, apareciendo la mayoría de las fobias sociales antes de los 25 años. (Schneiner et al. 1.992)

### **1.3.- Comorbilidad**

Los sistemas de clasificación más recientes (DSM-IV y CIE-10), especifican que la fobia social aparece con frecuencia asociada a otro diagnóstico o está subsumida en él. En cualquier caso, el solapamiento de los cuadros de ansiedad, en general entre ellos y en particular con el resto de los trastornos clasificables en el eje I, así como la concurrencia entre dichos diagnósticos y los trastornos de personalidad, es un hecho clínico fácilmente contrastable en la práctica diaria (Turner et al., 1991a).

La fobia social con frecuencia aparece en diagnósticos de comorbilidad múltiple. El resumen de los trabajos publicados sugiere que el 60% de personas en tratamiento por fobia social tiene una historia clínica de depresión mayor o distimia (Sanderson et al., 1990). Por el contrario el 30% de quienes son asistidos por una patología afectiva presenta una comorbilidad con un cuadro de fobia social. Se ha discutido previamente que, en el terreno de la comorbilidad, una cuestión esencial radica en el orden de aparición cronológica de los cuadros clínicos. La mayor parte de los estudios que analizaron si había sido la fobia social o la patología comórbida la que había aparecido primero, definieron claramente que del primer trastorno detectado cronológicamente fue la fobia social. Cuando la depresión resultó ser el trastorno concomitante, en el 70,9% existía previamente fobia social. En un estudio europeo (Lepine, 1.995) realizado en Francia en 1995, en el 70% de los casos la fobia social aparecía de manera previa a la depresión mayor, el 15% durante el mismo año y tan solo un 14% irrumpía en la clínica con posterioridad a la sintomatología afectiva.

En el presente trabajo se expone un caso especial de comorbilidad de estos dos trastornos, pues la paciente cumple los criterios DSM-IV (A.P.A.,1994) para el diagnóstico de episodio depresivo mayor determinando un trastorno depresivo mayor (F33.X) y fobia social (F 40.1). Estas características específicas, y la importancia de las

situaciones traumáticas y de estrés de la paciente, hacen especialmente interesante el caso, cuya evaluación y tratamiento se expone a continuación.

## **2.- MÉTODO**

### **2.1.- Sujeto e historia del problema**

La paciente N.O. es una mujer de 22 años, soltera, diplomada en Audición y Lenguaje, vive con su hermana ( 20 años), su padre y la pareja de éste. Ha comenzado a estudiar Pedagogía en la UNED, y debido al tiempo que pasa en casa se ocupa de las tareas del hogar y de preparar la comida.

Acude a consulta por primera vez en Febrero de 1998 refiriendo dificultades en las relaciones sociales, retraimiento y mala relación familiar con discusiones frecuentes. Estos problemas se han intensificado en los últimos 5 meses (octubre de 1997) a raíz de haberse enterado de su condición de hija adoptada. Considera que la relación con su hermana y su padre desde entonces ha cambiado y le acompaña una sensación de aislamiento y tristeza cada vez más intensa. Tiene pensamientos recurrentes de soledad, infelicidad, retraimiento tanto a nivel social como familiar, sentimiento intenso de culpa y miedo a la evaluación negativa de los demás.

N.O. se considera desde siempre una persona retraída, con dificultades en las relaciones sociales; ha tenido cambios frecuentes de grupo de amigos mostrando siempre fuerte ansiedad y preocupación por la evaluación de los demás. En la actualidad mantiene relación con una pandilla de su urbanización, dos años menor que ella, y una estrecha amistad con un primo. También tiene alguna relación, cada vez más esporádica, con excompañeros de facultad.

Decide venir a consulta para vencer el miedo a hablar con la gente y ser más independiente de la opinión de los demás. El único recuerdo significativo del pasado, respecto al problema de relaciones sociales que presenta, se remonta a su infancia. Durante la EGB tuvo que realizar una exposición en clase se puso muy nerviosa y su actuación fue seguida de comentarios despectivos y risas de

profesores y compañeros de clase. Aunque este problema lo tiene desde siempre, considera que en la actualidad se ha intensificado y empieza a plantear dificultades para su desarrollo profesional.

Desde los trece años N.O. ha vivido en un ambiente familiar enrarecido, caracterizado por fuertes discusiones de sus padres, referidas en especial a las relaciones extramatrimoniales del padre, que habitualmente se llevan a cabo en presencia de las hijas. Estas discusiones se van haciendo cada vez más fuertes, llegando incluso al contacto físico y a amenazas reiteradas de divorcio, hasta que el padre abandonó el domicilio familiar cuando N.O. tenía 14 años.

Con esta edad, la madre que se caracterizaba por su comportamiento depresivo, tiene un primer intento de suicidio, siendo encontrada por la paciente y su hermana en la cama después de haber ingerido un elevado número de pastillas. Un año más tarde, cuando N.O. tiene quince años se produce un segundo y definitivo intento de suicidio de la madre, que resulta muy traumático para N.O., tanto por la muerte de la madre, como por las "notas" que había dejado por toda la casa y por la carta personal de despedida que la dejó. Tras la muerte de la madre, el padre vuelve al domicilio familiar y, sin previa consulta de las hijas, un año después lleva a vivir con ellos a su pareja. .

N.O describe al padre en esta época como una persona a la que no conocía y que no quería estar con ellas. En la actualidad le considera una persona crítica, moralista y castigadora. Desde la vuelta del padre las discusiones y críticas continúan casi a diario, agravándose especialmente a partir de octubre de 1997, tras descubrir N.O su condición de hija adoptada al rebuscar en papeles de su padre. Por estas fechas acaba de terminar su periodo de formación (deja de ir a la universidad), y se produce un aumento gradual de la sintomatología depresiva (disminuye el placer en las actividades habituales, aumento de peso, hipersomnia, sentimientos de culpa, dificultad de concentrarse, apatía ...)

En el momento de acudir a la sesión, la paciente afirma sentirse triste, infeliz, con pensamientos recurrentes de soledad, aislamiento y retraimiento, tanto a nivel social como, especialmente, familiar, sentimiento intenso de culpa y miedo a la evaluación negativa de los demás. Evita en la medida de lo posible todo tipo de relaciones

interpersonales, reduciendo en consecuencia el abanico de actividades potencialmente gratificantes, mientras que se incrementan los niveles de crítica y hostilidad en su ambiente familiar.

## 2.2 evaluación conductual

El proceso de evaluación se lleva a cabo a lo largo de cuatro entrevistas de evaluación, conjuntamente con la utilización de autoregistros que permitieran determinar la secuencia de conductas con respecto al estado de ánimo actual y la ansiedad que presenta ante situaciones de interacción social (ver Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1.- Autorregistro evaluación estado de ánimo

DÍA	SITUACIÓN	EMOCIÓN	PENSAMIENTO	SITUACIÓN DESPUÉS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dónde estas</li> <li>- Qué estas haciendo</li> <li>- Qué ocurre</li> <li>- Con quién estas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especifica cual: Ej.: tristeza, ira, ansiedad, irritabilidad.....</li> <li>- Intensidad de la emoción (0-100)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especifica lo que te pase por la cabeza, incluidas imágenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué hago.</li> </ul>

Tabla 2.- Autorregistro de Evaluación Tipo A-B-C

DÍA	NIVEL DE ANSIEDAD	SITUACIÓN	ANTES DEL SUCESO	MOMENTO DEL SUCESO	DESPUÉS DEL SUCESO
Hora De Inicio Y Fin Del Suceso	(0-10)	Donde Estas Que Estas Haciendo Que Ocurre Con Quien Estas	Que Haces Que Piensas Que Sientes	Que Haces Que Piensas Que Sientes	Que Haces Que Piensas Que Sientes

Desde la primera entrevista se utilizó un diario de pensamientos debido a las dificultades que desde un principio mostró N.O. a la hora de verbalizar los mismos. Se consideró que este procedimiento posibilitaría un mejor acceso a la información que al comienzo parecía ocultar y negar en consulta. Durante la 3ª entrevista se llevaron a cabo, para la obtención de información convergente, los siguientes cuestionarios:

- Para evaluar el estado de ánimo:
  - Inventario de Depresión de Beck (BDI ) (Beck, 1.961),
  - Cuestionario de pensamientos automáticos (A.T. Q.) (Hallon y Kendal, 1.980)
- Para evaluar la ansiedad social:
  - Escala de estrés y evitación social (SAD) (Watson y Friend, 1969)
  - Escala de miedo a la evaluación Negativa (FNE) (Watson y Friend, 1969)

Estas pruebas y sus sucesivas aplicaciones se utilizaron como medidas de evaluación posibilitando el seguimiento de la evolución terapéutica de la paciente. Las puntuaciones obtenidas en dichos Test en el pre-tratamiento pueden encontrarse en la Tabla 3.

**Tabla 3.- Resultados Obtenidos En Las Cuestionarios Pre-Tratamiento**

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACIONES	RANGO DE PUNTUACIONES
ario de Depresión de Beck (BDI )	16	16-23 (Depresión Moderada)
ionario de pensamientos automáticos (A.T. Q.) *	90	X= 71,08 (Población Depresiva)
1 de estrés y evitación social (SAD)	24	18-20
1 de miedo a la evaluación Negativa (FNE)	28	22-24

Con el objetivo de recoger el grado de actividad pre-tratamiento de N.O. y como medidas finales de evaluación se utilizó un registro de actividades realizadas durante el día, desde que se levantaba hasta la hora de acostarse, con valoración del estado de ánimo al final del mismo (a lo largo de una semana) y se confeccionó una lista de actividades agradables en tres categorías, pasadas, presentes y futuras que permitió en un primer momento explorar el nivel de actividad de la paciente y posteriormente se utilizó de cara a las primeras fases del tratamiento. (Ver tablas 4 y 5).

**Tabla 4.- Autorregistro Diario de Actividad**

HORA	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIE.	SÁB.
Tº Estado De Animo Final De Día (0-10)							

**Tabla 5.- Autorregistro de Actividades Placenteras**

	COSTO CONDUCTUAL (0-10)	NIVEL DE REFUERZO (0-10)
ADES AGRADABLES PASADAS		
ADES AGRADABLES PRESENTES		
ADES AGRADABLES FUTURAS		

### **2.2.1.- Delimitación / importancia del problema**

Según los datos obtenidos durante el periodo de evaluación se considera que N.O. presenta dos tipos de problema, por un lado y como problema principal, o más acuciante, el episodio depresivo

Tabla 6.- Análisis funcional del episodio depresivo mayor

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENTE
<p><b>ESTIMULO INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensar en el suicidio de la madre</li> <li>- Pensar en su pasado</li> <li>- Pensamientos recurrentes tema adopción</li> <li>- Recordar conversaciones con la madre</li> <li>- Anticipación de consecuencias (-)</li> </ul> <p><b>ESTIMULOS EXTERNOS:</b></p> <p><u>Remotos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discusiones de pareja (padres)</li> <li>- Relaciones extra matrimoniales del padre</li> <li>- Suicidio de la madre</li> <li>- Vuelta al hogar del padre acompañado</li> </ul> <p><u>Próximos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Papeles de la adopción</li> <li>- Presencia de su padre y hermana en casa</li> <li>- Situaciones de cenas y comidas familiares</li> <li>- Comentarios críticos del padre</li> <li>- Discusiones familiares</li> <li>- Silencios a nivel familiar</li> <li>- Referencias del padre o hermana a su condición de adoptada</li> <li>- Hablar con amigos de su estado actual</li> <li>- Fin de su formación</li> <li>- Abandono de actividades placenteras</li> </ul>	<p><b>CONDUCTUAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subirse a su cuarto</li> <li>- Leer cartas de amigo</li> <li>- Mirar fotos de su familia</li> <li>- Leer la carta de su madre</li> <li>- Ordenar el cuarto</li> <li>- Tumbarse en la cama</li> <li>- Jugar al padel</li> <li>- Quedar con el primo y amigos</li> <li>- Enlentecimiento motor</li> <li>- Descuido en su apariencia física</li> <li>.....</li> </ul> <p><b>FISIOLOGICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio de conciliación</li> <li>- Despertar tardío con sensación de sueño no reparador</li> <li>- Apatía y anhedonia</li> <li>- Aumento de peso</li> <li>- Fatiga, pérdida de energía</li> <li>- .....</li> </ul> <p><b>COGNITIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoverbalizaciones negativas sobre si misma</li> <li>- Expectativas negativas acerca del futuro</li> <li>- y su situación actual.</li> <li>- Sentimientos de culpa, autocrítica</li> <li>- Pensamientos de inutilidad</li> <li>- Dificultades en toma de decisiones</li> </ul> <p><b>EMOCIONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor a enfrentarse con el exterior</li> <li>- Estado de ánimo triste</li> </ul>	<p><b>A CORTO PLAZO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ref (-) Escape / Evitación ↳ Malestar.</li> <li>- Ref (+) Apoyo social</li> </ul> <p><b>A MEDIO PLAZO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Castigo(+) Autocrítica</li> <li>- Castigo(-) Retirada progresiva de refuerzos, por la privación de actividades que podrían resultar gratificantes</li> </ul> <p>Hay una pérdida del valor de los refuerzos Ej. Estudios, deportes...</p> <p>Hay Ref. positivo por conductas depresógenas y no por otras conductas.</p>

Tabla 7.- Análisis funcional Ansiedad Social

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENTE
<p><b>ESTÍMULOS INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticipación de consecuencias (-)</li> <li>- "No voy a saber que decir"</li> <li>- "Me pondré nerviosa"</li> <li>- "Haré el ridículo"</li> </ul> <p><b>ESTÍMULOS EXTERNOS:</b></p> <p><u>Remotos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia con actitud crítica y hostil</li> <li>- Episodios en clase de hablar en público</li> <li>- Cambios de relaciones sociales</li> </ul> <p><u>Próximos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de personas de autoridad</li> <li>- Presencia de más de dos personas</li> <li>- Presencia de miembros de su familia (no nuclear)</li> <li>- Autobús o calle cruzarse con gente conocida</li> <li>- Acudir a clases, hablar en público o participar</li> <li>- Iniciar y participar en conversaciones.</li> <li>- Que se dirijan a ella directamente</li> <li>- Acudir a fiestas, reuniones o citas</li> <li>- Comer en público en restaurantes</li> <li>- ..</li> </ul>	<p><b>CONDUCTUAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Motor:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No mantiene contacto ocular</li> <li>- Baja la cabeza</li> <li>- Se levanta con frecuencia al baño.</li> <li>- Manipula objetos con las manos</li> </ul> </li> <li>- <u>Verbal:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutismo</li> <li>- Habla rápida o entrecortada</li> <li>- Utilización de frases cortas, monosílabos</li> <li>- Tono y volumen bajo.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>FISIOLÓGICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceleración cardíaca</li> <li>- Rubor facial</li> <li>- Sudor en manos.</li> <li>- Respiración acelerada.</li> </ul> <p><b>COGNITIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloqueo cognitivo</li> <li>- Autoevaluaciones (-) de sí misma: "Soy una inútil", "una sosita" ..</li> <li>- Autoevaluaciones (-) de su actuación: " He hecho el ridículo".....</li> <li>- Sentimientos de culpa: "El problema es mío soy retraída"</li> <li>- Autoverbalizaciones acerca de la opinión de los demás: "Pensarán que soy una inútil, no les pareceré interesante" ..</li> </ul> <p><b>EMOCIONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo a la evaluación negativa de los demás.</li> </ul>	<p><b>A CORTO PLAZO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ref. (-) Evitaciones / Escapes parciales</li> <li>- Ref. (-) Evitación situación familiar</li> <li>- Ref. (+) Búsqueda de Aprobación social</li> </ul> <p><b>A MEDIO PLAZO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Castigo (+) Autocrítica</li> <li>↓ Estado de ánimo</li> <li>↓ Autoestima</li> </ul> <p><b>A LARGO PLAZO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Castigo (-) Abandono actividades, Abandono de Relaciones sociales, Retiradas de refuerzos potenciales .</li> <li>↓ ↓ Estado de ánimo</li> <li>↓ ↓ Autoestima</li> </ul>

mayor (cumple criterios DSM-IV), que se manifiesta en sentimientos de infelicidad desde la muerte de la madre, sensaciones de tristeza, soledad y apatía, incrementadas desde el conocimiento de su condición de hija adoptada. A lo largo del último año, previo a venir a consulta, se ha constatado una generalización de las respuestas depresógenas, así como de los estímulos desencadenantes de las mismas, delimitándose el problema de estado de ánimo depresivo según se recoge en la tabla 6.

Por otro lado presenta fobia social (cumple criterios DSM-IV) y dificultades interpersonales que la propia paciente define como "*Miedo al contacto social*", se manifiestas en un intenso miedo a la evaluación negativa de los demás e intensas respuestas de autocritica y sentimientos de culpabilidad en los diversos contextos sociales, ante los que N.O. no suele responder con evitación, afrontando las diversas situaciones que se le presentan, pero sin implicarse específicamente en ellas (Ej.: Cuando acude a fiestas o reuniones no habla ni se sienta al lado de desconocidos.....). El análisis funcional de este segundo problema queda descrito del siguiente modo en la tabla 7.

Ambas conductas problema se producen en la actualidad en un contexto de mala relación familiar caracterizado por discusiones frecuentes y elevada expresión emocional de crítica y hostilidad, que conducen a la paciente a un elevado temor a enfrentarse con el exterior.

### **2.2.2.- Parametros de las conductas problema**

#### **Estado de Animo Depresivo:**

*Duración:* La sintomatología depresiva esta presente casi todo el día

*Intensidad:* Valora en un termómetro de estado de ánimo (Escala de 0-10), durante el periodo de evaluación con una media de intensidad de 9 (10 = máxima tristeza), siendo esta más intensa por las mañanas.

*Frecuencia:* El estado de animo triste esta presente cada día.

***Ansiedad Social:***

*Duración:* La respuesta de ansiedad puede durar todo el tiempo que permanezca en la situación problema

*Intensidad:* Según la evaluación de la situación y la activación producida en momentos específicos (Ej.: Que la señalen para intervenir...)

*Frecuencia:* De 2 a 3 episodios semanales, coincidiendo sobre todo alta frecuencia en fines de semana.

**2.2.3.- Motivación y expectativas**

Alta motivación e implicación con el tratamiento desde las primeras entrevistas ya que considera que ha sido la única decisión autónoma que ha tomado y de la que no se siente culpable. N.O. espera conseguir con el tratamiento disminuir su sensación de tristeza y sentimientos de culpa, poder centrarse en los estudios y recuperar la motivación por hacer cosas. Además considera muy importante aprender a manejar situaciones sociales y poder enfrentarse a la gente sin miedo. No renuncia a la posibilidad de mejorar su relación familiar, poder enfrentarse sin miedo a su padre y motivarse para poder llegar a lo que quiere, (trabajar en el área del lenguaje con niños).

El buen enganche terapéutico ha posibilitado el adecuado cumplimiento de las prescripciones terapéuticas durante toda la terapia, generando desde un principio sensaciones de control sobre su situación actual.

**3.- MODELOS EXPLICATIVOS****3.1.- Hipotesis de origen**

*Ansiedad Social:* N.O. Se ha visto sometida a diferentes situaciones sociales sin habilidades para hacerlas frente y con consecuencias aversivas (como exposiciones en público en clase, trato con figuras de autoridad como el padre, ...), que han provocado el aprendizaje de respuestas emocionales negativas (REC-). La aparición de estas respuestas emocionales dificulta posteriormente la

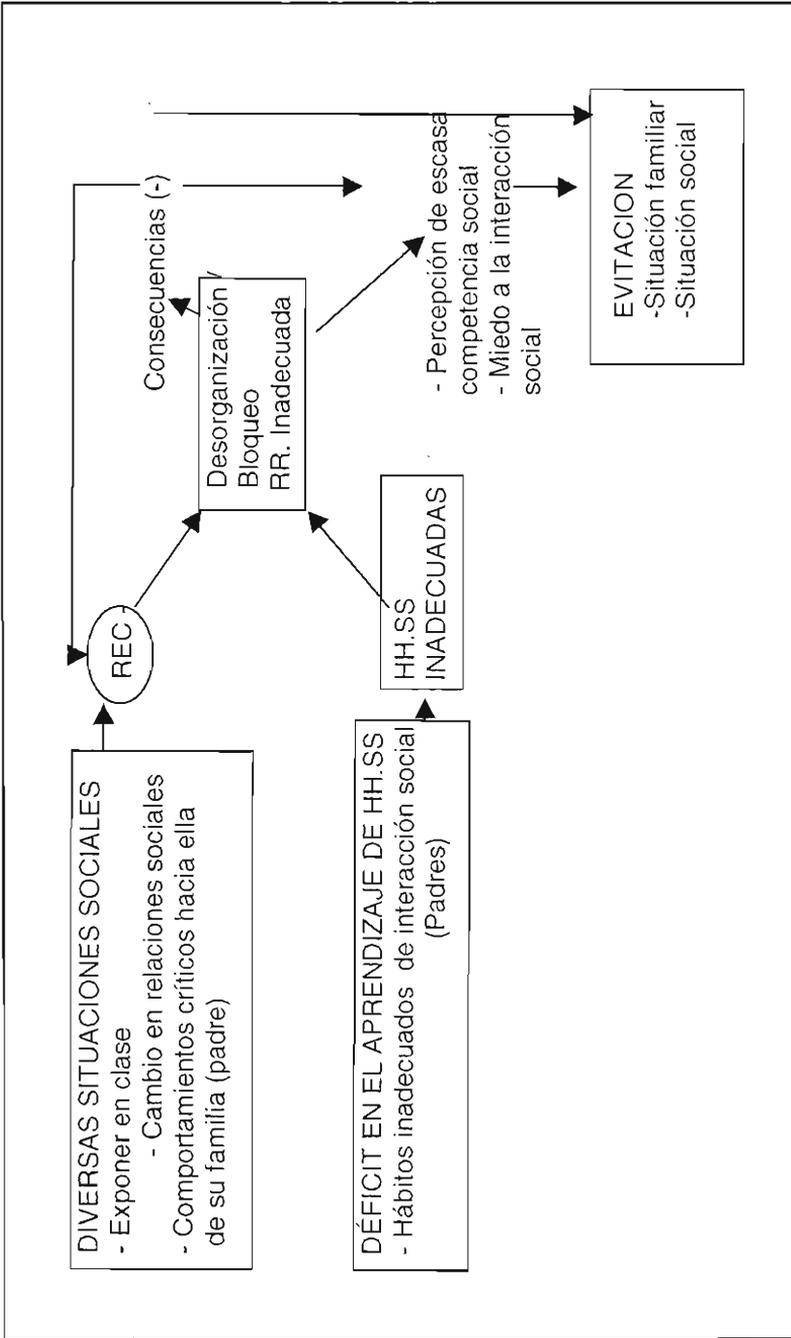


Figura 1.- Hipótesis de origen ansiedad social

puesta en marcha de conductas adecuadas a esas situaciones, que han aumentado su capacidad para generar REC(-). Esto ha provocado por un lado la percepción de una escasa competencia social y por otro la predicción de que su comportamiento en estas situaciones será inadecuado facilitando la aparición de miedo a la evaluación por las personas presentes en esas situaciones. La consecuencia es el desarrollo de conductas de escape o evitación de estas situaciones. Un resumen explicativo del origen del problema de ansiedad social puede encontrarse en la figura 1.

*Estado de ánimo depresivo:* Los problemas de N.O. desarrollados a partir de sus negativas experiencias familiares y sociales, están actuando como factores de predisposición sobre los que inciden las intensas situaciones vitales estresantes (separación de los padres, muerte de la madre, vuelta del padre con otra pareja, etc.). Sobre este estado de cosas se produce la aparición de una situación especialmente problemática, pues por un lado implicaba incremento en la inseguridad personal (descubre que es adoptada) a la que se añade un incremento adicional en la tensión familiar (discusiones al respecto) y por otro lado la reducción de las relaciones sociales alternativas (fin de estudio y corte con los compañeros, falta de objetivos profesionales), hace que sea más importante la vida familiar al no disponer de otras alternativas. La falta de conductas para controlar esta situación familiar y el bloqueo de nuevas relaciones sociales debido a sus problemas de ansiedad social, han facilitado la ruptura de las conductas habituales de N.O. y en consecuencia la pérdida de los reforzadores habituales. Esta ruptura de sus conductas habituales y pérdida de reforzadores junto con su percepción de incapacidad para controlar la situación (cada vez sus conductas producen más consecuencias negativas en la situación que ahora es más relevante, la familiar) ha facilitado el desarrollo de respuestas depresivas (aislamiento, tristeza, apatía..., junto con componentes fisiológicos y motores), incrementándose la aparición de pensamientos negativos (autodevaluantes) e incremento en la percepción de falta de control, lo que reduce más aún sus conductas y posibles refuerzos, a la vez que incrementa sus respuestas depresivas en una espiral progresiva. Un resumen explicativo del origen del problema de estado de ánimo depresivo puede encontrarse en la figura 2.

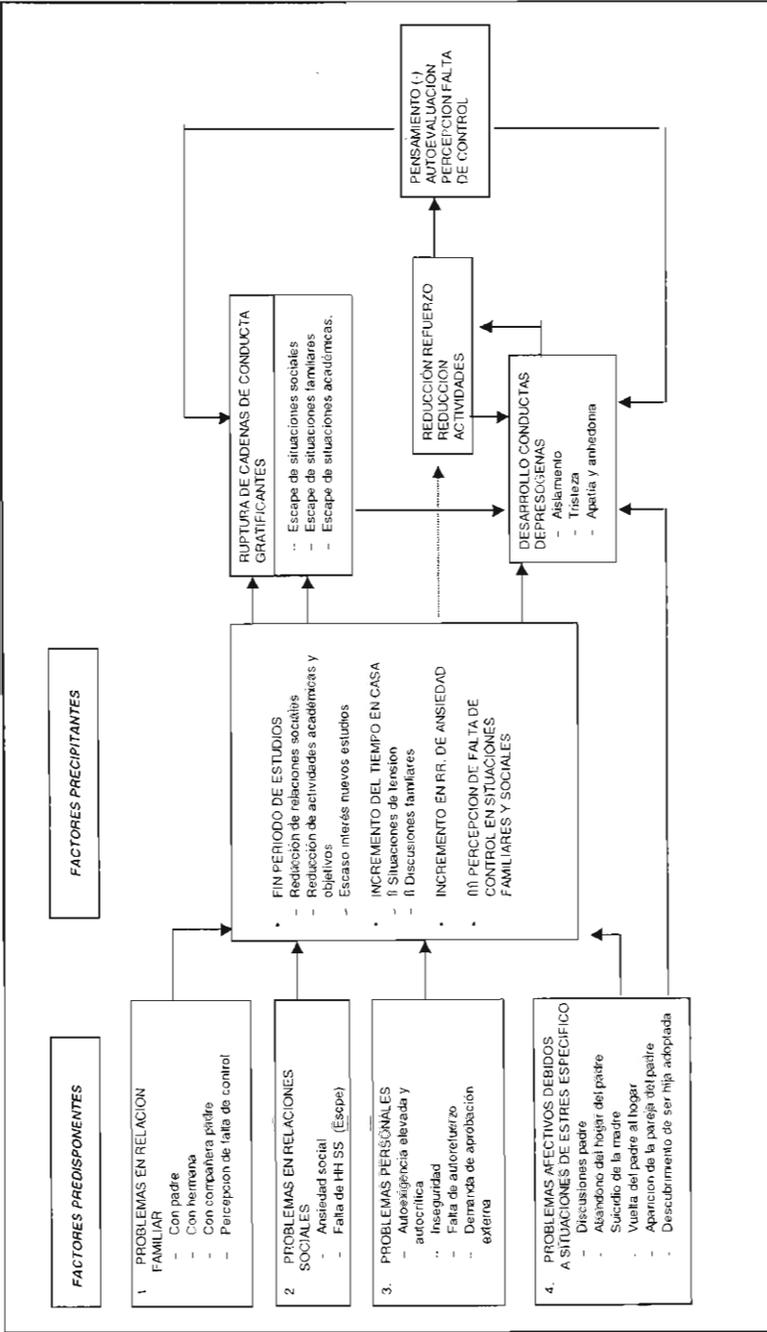


Figura 2.- Hipótesis de origen estado de ánimo depresivo

### 3.2.- Hipótesis de mantenimiento

A los factores predisponentes que facilitaban la aparición de un estado de ánimo depresivo, se ha unido la intensificación de los acontecimientos estresantes, pues por un lado ha aumentado la tensión en el ámbito familiar, y por otro se ha reducido el ámbito social al concluir sus estudios y perder contacto con sus compañeros y, quedar en casa en lugar de ir al centro de estudios. Este aislamiento en su casa consecuencia del final de sus estudios (lo que estudia en la actualidad no lo considera), junto con su descubrimiento de ser hija adoptada y el incremento de sus problemas con los restantes miembros de su familia ha hecho que por un lado se reduzcan sus conductas habituales y por otro, y como consecuencia, que se reduzca de forma importante el nivel de reforzadores que recibe, y se incremente la sensación de falta de control (no tiene conductas para hacer frente a las nuevas demandas). En estas condiciones vuelca su actividad hacia las situaciones sociales con el objetivo de obtener el reforzamiento que no consigue en el ámbito familiar ni académico, pero su falta de habilidades sociales, junto con su problema de fobia social hace que en lugar de gratificación lo que aparezcan sean más respuestas de ansiedad. La falta de habilidades de afrontamiento, junto con la percepción de falta de control y la presencia de estas respuestas de ansiedad facilitan la aparición de autocríticas negativas y verbalizaciones desvalorizadoras que provocan la disminución del propio autoconcepto y disminuyen la génesis de expectativas de futuro, lo que realimenta nuevamente las conductas depresivas y de ansiedad. Un resumen explicativo de la hipótesis de mantenimiento de los problemas presentados por N.O. puede encontrarse en la figura 3.

### 3.3.- Pruebas de hipótesis

La validación de las hipótesis se llevó a cabo con la información recogida a través de:

- Autorregistros de pensamiento: permitieron identificar la asociación de los pensamientos y emociones a situaciones específicas.

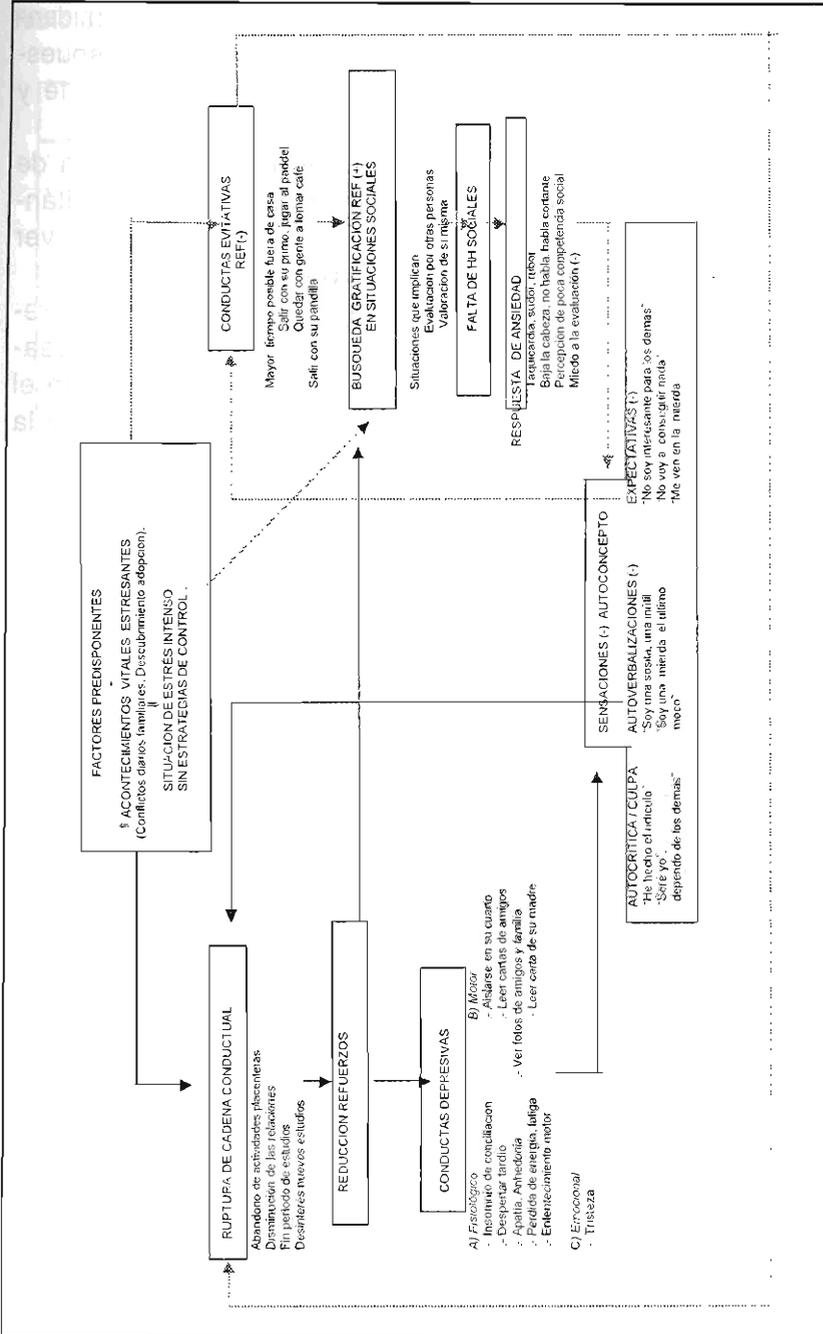


Figura 3.- Hipótesis de mantenimiento

- Autorregistros de situaciones problema: que permitieron identificar el grado de ansiedad que experimentaba y las respuestas a nivel cognitivo, fisiológico y motor, antes, durante y después de cada una de estas situaciones.
- Horario de actividades: permitió confirmar la reducción de las actividades de N.O. durante el pretratamiento, limitándose éstas a la recogida de la casa, hacer la comida, ver la televisión y estar en su habitación.
- Autorregistros de actividades placenteras: pusieron de relieve el decremento de las actividades placenteras que realizaba en el presente con respecto a la que realizaba en el pasado, así como el aumento del costo conductual y la disminución del nivel de refuerzo en la realización de las mismas.
- Termómetro del estado de ánimo: Las puntuaciones oscilaban entre el 0, estado de ánimo óptimo y 10, estado de ánimo depresivo. Durante la evaluación pretratamiento el estado de ánimo de la paciente se encontraba en un nivel promedio de 7, con oscilaciones entre 5-9..
- Observación: En las primeras entrevistas pudimos constatar el aspecto físico que presentaba la paciente, ropa grande y oscura, cara inexpresiva, sin pintar ni perfumar. Tono de voz muy bajo, respondía con monosílabos, no mantenía contacto ocular, manipulaba objetos con las manos y la sudoración de las mismas era apreciable.

Estos resultados presentan información convergente con la formulación inicial del caso.

#### **4.- INTERVENCION Y RESULTADOS**

##### **4.1. Objetivos de tratamiento y programa de intervención**

Los objetivos del tratamiento y las técnicas utilizadas para su consecución quedan detalladas en la tabla 8.

Tabla 8.- Objetivos y plan de intervención

OBJETIVOS	TECNICAS DE INTERVENCIÓN
- Regulación del horario del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene del sueño</li> <li>- Control de estímulos</li> <li>- Parada de pensamiento.</li> <li>- Técnicas de respiración</li> </ul>
- Ruptura de apatía y anhedonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Programas de autogratificación</li> </ul>
- Reducción de estados de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio físico</li> <li>- Entrenamiento en respiración.</li> </ul>
- Mejora de la relación familiar, disminuir crítica y conflictos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de refuerzo (Padre)</li> <li>- Entrenamiento en pautas de comunicación</li> <li>- HH. Asertivas y expresión de emociones</li> <li>- Solución de problemas</li> </ul>
- Manejo de situaciones y toma de decisiones, Fomento de su capacidad de decisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solución de problemas.</li> <li>- Planificación de objetivos "Control sobre la Vida"</li> </ul>
- Disminución de pensamientos y autoverbalizaciones (-)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoinstrucciones positivas</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> </ul>
- Eliminación de la ansiedad a nivel social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensayos de conducta, exposición, y autoexposiciones</li> <li>- Autoinstrucciones</li> <li>- Entrenamiento en HH.SS., asertivas y expresión de emociones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificación de cogniciones : Reevaluación del autoconcepto.</li> <li>- Modificación del estilo atribucional externo basado en la aprobación de los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructuración cognitiva</li> </ul>

#### 4.2.- Descripción del tratamiento por sesiones

El programa de intervención se ha llevado a cabo en un periodo de 24 sesiones semanales de una hora aproximada de duración. Una relación detallada de las estrategias utilizadas durante las sesiones y las tareas asignadas para la práctica en casa durante el periodo intersesiones, puede encontrarse en el Anexo 1.

En una primera fase (Sesiones 1-4), se llevó a cabo el análisis conductual del problema, a lo largo de cuatro entrevistas de evaluación conjuntamente con la utilización de cuestionarios y autorregistros, ya ampliamente comentados, procediendo a la devolución de la información en la sesión 5ª, a través de esquemas aclarativos (Anexo 2).

Debido a que el problema más importante o acuciante que presentaba N.O. en un principio se refería a un estado de ánimo depresivo con intensa apatía y anhedonia, con sintomatología física de insomnio de conciliación y despertar tardío, produciendo un intenso malestar en la paciente, se propuso como primera línea de actuación la regulación en el horario del sueño y la elevación del estado de ánimo a través de la planificación de actividades placenteras.

Previamente se había entrenado a la paciente en una focalización sensorial de percepciones corporales agradables (Calor en el rostro mediante la luz del sol, calor en el cuerpo con agua caliente, olor a café durante el desayuno...) que se establecían durante la mañana, como mecanismo de activación e incremento de aspectos positivos que motivarán a un despertar más temprano. Estas estrategias se fueron combinado con higiene de sueño y control estimular con el objetivo de abordar el insomnio de conciliación. Todo ello conjuntamente posibilitó la regulación de su sueño en un breve periodo de tiempo y comenzar a percibir control sobre la situación previa de abandono y desesperanza.

Una vez en este punto a través de una adecuada planificación de actividades se trató de romper la inercia en la que progresivamente se iba viendo involucrada la paciente, a través del autorregistro de actividades placenteras, (Tabla 5), se eligieron aquellas actividades que realizaba en la actualidad y aquellas a incluir en la semana con menor costo conductual y mayor refuerzo, se programaron en el tiempo y se especificó la manera de llevarlas a cabo. Lo importante a corto plazo era conseguir dismantelar la apatía y que N.O. se pusiera en marcha percibiendo placer en las actividades establecidas, por ello se insistió en la importancia de completar la actividad durante el tiempo prescrito y no centrarse en si la realización de la misma era perfecta o la adecuada.

Se consiguió con ello el esperado aumento en el estado de ánimo, aunque no sin dificultades, ya que en un principio N.O. aumentó en exceso el optimismo llevando a cabo muchas más actividades de las programadas, sobre todo ocupando su tiempo libre con actividades sociales. Aunque esto podía considerarse un predictor de mejoría, cuando se llevó a cabo una evaluación más pormenorizada de sus cambios se descubrieron ganancias secundarias en este incremento de la actividad, en especial una evitación máxima de la situación familiar.

Se instó por ello a N.O. a que realizará solo las actividades programadas en la terapia ya que el objetivo no era sólo incrementar el estado de ánimo sino también estabilizar el mismo a lo largo del tiempo y aumentar la percepción de control consciente sobre sus emociones.

Alcanzado el primer objetivo, regulación del estado de ánimo, se paso a valorar objetivamente las mejorías a través de la evaluación mediante cuestionarios B.D.I. y A.T.Q., que corroboran la misma.

Con respecto a su situación familiar, ya que en este ambiente no disminuían las críticas ni discusiones, se intentó desde un primer momento una entrevista con el padre que sirviera, a) como contraste de información, b) para conocer por otra fuente la calidad de la relación de familia y las pautas de actuación de cada miembro del núcleo familiar, y c) para motivarle a actuar de co-terapeuta y darle pautas de comportamiento para abordar el problema. Esta entrevista, planificada desde las primeras sesiones, no pudo llevarse a cabo hasta avanzado el tratamiento en la sesión 7<sup>a</sup>, pero la actitud desafiante y negadora que mantuvo el padre durante la misma, hizo difícil la consecución de los objetivos en un principio propuestos.

Se inició en este punto una segunda fase en el tratamiento (Sesión 9-12) encaminada a mejorar la relación familiar y dotar a N.O. de las estrategias necesarias para hacer frente a los conflictos diarios. Dada la situación de confusión de la paciente, que exigía nuevas formas de afrontamiento y en especial toma de decisiones respecto a su actuación en la situación familiar, se consideró adecuado comenzar con entrenamiento en solución de problemas. Sin embargo a N.O. le resultó aversiva esta técnica, en especial cuando debía proceder a la selección de estrategias de acción, pues estas requie-

rían habilidades sociales que la paciente consideraba no tener. Se pospuso la aplicación de esta técnica y el tratamiento se centró en el entrenamiento de habilidades sociales básicas que consistieron en comunicación no verbal, manejo de hostilidad y crítica y en cómo realizar peticiones de forma adecuada sin engancharse en la curva del enfado del padre. Este entrenamiento fue más positivo para N.O., y su cambio de actitud con respecto al tipo de comunicación a establecer con el padre, permitió potenciar y aumentar las expectativas de autoeficacia que sobre su conducta iba creando la paciente.

Durante la sesión 13<sup>a</sup> se produce una recaída en su estado de ánimo con abandono de actividades y de nuevo presencia de tristeza, sentimientos de culpa e insomnio de conciliación durante la última semana. Las causas identificadas fueron las dificultades en afrontar problemas con su pandilla y la evitación de situaciones sociales por un incremento en su ansiedad percibida y en sus autoverbalizaciones negativas con respecto a la posibilidad de afrontar sus problemas, en especial en lo referente a habilidades sociales y situaciones de evaluación social. Se dedica una sesión a la prevención de recaída estableciendo un plan de actuación para utilizar las técnicas y estrategias que ha aprendido. Se la instruye en especial en afrontar y clarificar la toma de decisiones siguiendo la técnica denominada "*Como ejercer control sobre su vida*" (Davis, McKay y Eshelman, 1985). Se intenta establecer prioridades con respecto a las tareas y objetivos más importantes, para trabajar sobre ellos. Se definen cinco objetivos a corto y medio plazo, que se acompañan del desglose conductual que especifica como llevarlos a cabo. Los objetivos fueron los siguientes:

- Sacar el carnet de conducir
- Buscar trabajo
- Buscar un lugar de prácticas
- Comentar el cambio de carrera y el abandono de la UNED
- Mejorar las relaciones sociales.

Se comenzó así una tercera fase (Sesión 14-23) en el tratamiento encaminada a la reducción de la respuesta de ansiedad ante situaciones disparadoras de la misma y a un aprendizaje en habilidades sociales de expresión de emociones y asertividad. Se utilizan téc-



Los procedimientos cognitivos se mostraron de utilidad como complemento de los procedimientos basados en la exposición, tanto de cara a la realización de la terapia en sí como al fortalecimiento de la generalización y mantenimiento de los logros terapéuticos, consolidando los efectos a largo plazo. Igualmente el entrenamiento progresivo en habilidades sociales, permitió dotar a la paciente de estrategias de afrontamiento adecuadas que le posibilitaron un mejor y más gratificante manejo de las mismas.

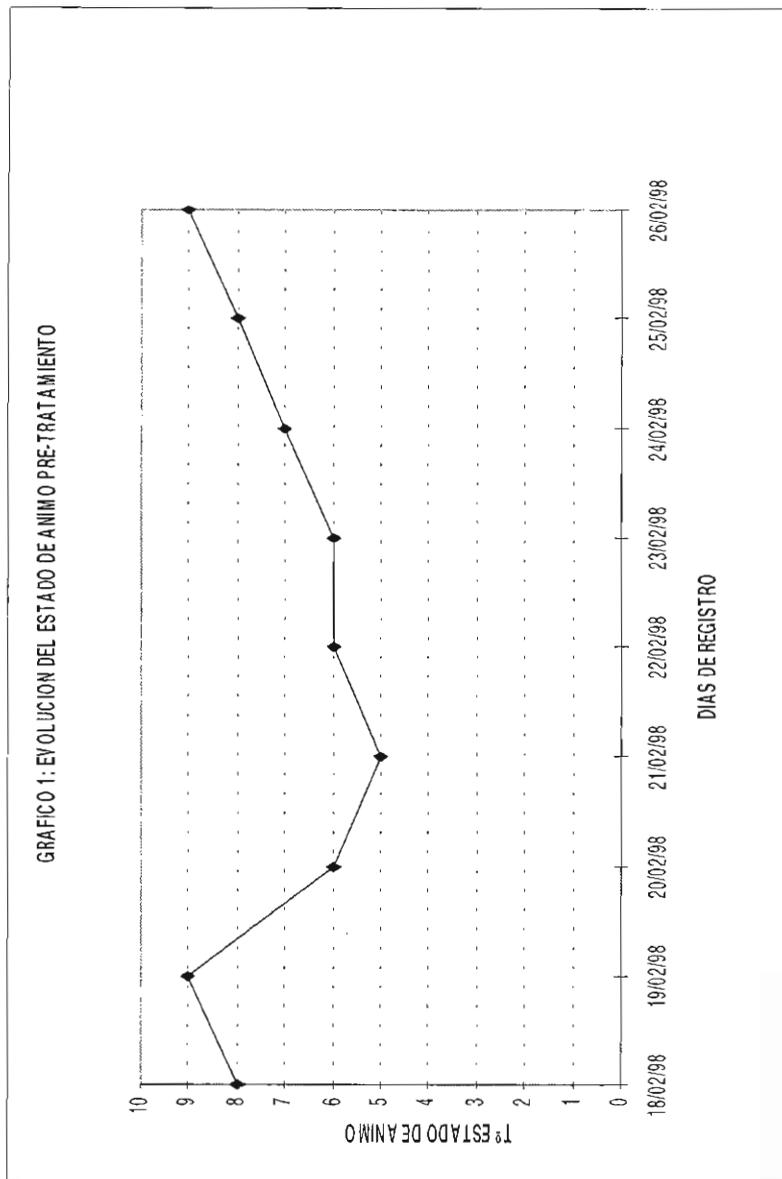
La terapia cognitiva sirvió también de ayuda para la consecución de los últimos objetivos, la reevaluación del autoconcepto en términos más positivos y realistas, la disminución de sentimientos de culpa y la modificación de un estilo atribucional externo basado en la aprobación de los demás.

Una cuarta y última fase se inició en la sesión 24<sup>ª</sup>, destinadas al mantenimiento de logros y prevención de recaídas. Esta sesión estuvo destinada a la identificación de situaciones de riesgo, practicar lo aprendido sobre las mismas y la realización de ensayos imaginados de afrontamiento. Se le comunicó a la paciente la necesidad de aprovechar cualquier ocasión social para exponerse y evocar de vez en cuando pensamientos que solían angustiarla, siendo conscientes de modificar los mismos según lo aprendido durante el tratamiento.

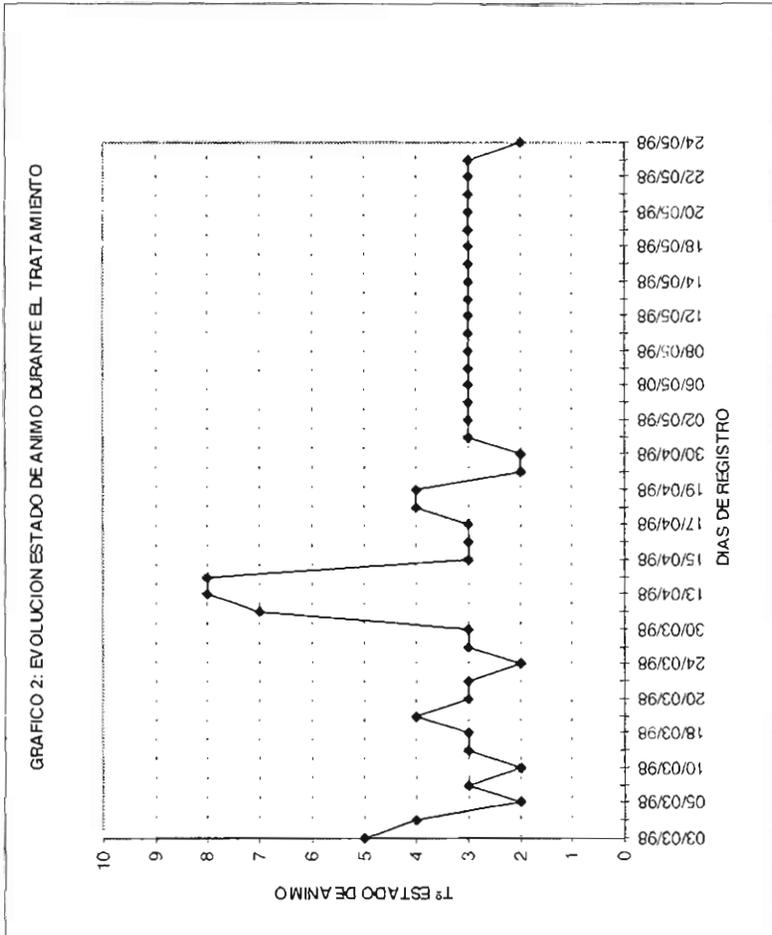
#### **4.3.- Resultados generales de la intervención**

Se han conseguido los siguientes objetivos, en primer lugar la regulación del horario del sueño, la ruptura de la apatía y anhedonia con el aumento en la realización de actividades placenteras y nivel de agrado alcanzado en las mismas, y la consecuente regulación en el estado de ánimo de la paciente,

En la Gráfica 1, se recoge la evolución del estado de ánimo pretratamiento (línea base), y en la Gráfica 2. Su evolución a lo largo del tratamiento. Puede apreciarse que el estado de ánimo depresivo ha ido disminuyendo de forma progresiva a lo largo del tratamiento. La elevación durante los días 12, 13 y 14 de Abril, corresponde a la recaída que sufrió la paciente ya comentada. Como puede apreciarse los valores se mantienen entre 2-3, frente al promedio de 7 del pretratamiento.



Gráfica 1.- Evolución del estado de ánimo pre-tratamiento



Grafica 2.- Evolución estado de ánimo durante el tratamiento

Como medidas cuantitativas postratamiento utilizadas para valorar la intensidad de su estado de ánimo se utilizaron los cuestionarios aplicados en la evaluación pre-tratamiento (Inventario de Depresión de Beck (BDI ), Beck, 1.961 y Cuestionario de pensamientos automáticos (A.T. Q.) Hollon y Kendal, (1.980), una vez concluida esta primera fase y después de un mes de tratamiento. Los resultados obtenidos en dicha evaluación y que pueden orientar en la confirmación del logro alcanzado pueden encontrarse en la tabla 12.

**Tabla 12.- Resultados Obtenidos En Las Cuestionarios Post-Tratamiento. Estado de ánimo depresivo**

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACIONES	RANGO DE PUNTUACIONES
Inventario de Depresión de Beck (BDI )	5	0-9 (No Depresión)
Cuestionario de pensamientos automáticos (A.T. Q.) *	42	X= 53,01 (Población No Depresiva)

La rapidez en la consecución de estos objetivos ha sido potenciada gracias a que en un principio aunque la duración del trastorno era prolongada, la intensidad de los síntomas con que llegó a consulta no era excesivamente elevada, unido a la alta motivación e implicación con el tratamiento que en todo momento a mostrado N.O.

Las mayores dificultades han surgido en el manejo de las relaciones familiares debido a las negativas del padre para colaborar en consulta, lo que impidió en un primer momento un entrenamiento en habilidades de comunicación por ambas partes y la puesta en marcha de un programa de refuerzo a nivel familiar, aunque de manera indirecta se percibió un cambio en la actitud del padre con respecto a la disminución de los niveles de expresión emocional negativo hacia N.O.

Se ha producido también una mejoría clínicamente significativa con respecto al manejo de la ansiedad social. Las sesiones de exposición en vivo potenciadas conjuntamente con técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales, han conseguido la reducción de los pensamientos negativos, antes,

durante y después de dichas situaciones, así como una habituación en las respuestas de ansiedad ante las mismas. De este modo, la importante disminución del nivel de ansiedad, la desaparición de pensamientos recurrentes relacionados con la auto evaluación negativa de si misma, de su actuación y la opinión de los demás y la consecución de objetivos concretos (preparar el carnet de conducir, comentar el cambio de carrera y el abandono de la UNED, buscar y encontrar trabajo..), han permitido normalizar el ritmo habitual de vida de la paciente tanto a nivel académico, laboral, de ocio y relación social.

Los resultados obtenidos con respecto a la ansiedad social, mediante la aplicación de medidas repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados en el pre-tratamiento (Escala de estrés y evitación social (SAD) Watson y Friend, 1969 y Escala de miedo a la evaluación Negativa (FNE) Watson y Friend, 1969) avalan la mejoría de los éxitos terapéuticos conseguidos tras la intervención.

**Tabla 13.- Resultados Obtenidos En Las Cuestionarios Post-Tratamiento. Ansiedad social**

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACIONES	RANGO DE PUNTUACIONES
Escala de estrés y evitación social (SAD)	15	18-20
Escala de miedo a la evaluación Negativa (FNE)	15	22-24

Por otra parte, el estilo de atribución externo basado en la aprobación de los demás, se sustituyen progresivamente por un mayor refuerzo personal en sus logros y a un aumento en sus niveles de autoestima. Al hilo de estos cambios, y desde una perspectiva subjetiva, la paciente se siente capaz de funcionar autónomamente y con independencia de la opinión externa y de redefinirse en términos positivos cualidades y valores personales.

## 5.- DISCUSIÓN

En primer lugar es de destacar, que a pesar de que la paciente lleva identificando, desde hace mucho tiempo, las dificultades en las relaciones sociales, y percibe este problema como incapacitante en muchos aspectos de su vida, no acude a consulta sin embargo hasta que no aparecen los síntomas depresivos y con el objetivo de aliviarlos. Esta situación confirma en cierta manera una tendencia, reiteradamente señalada, de que la fobia social, por más que sea un problema importante, frecuente e incapacitante, rara vez lleva a las personas que la padecen a buscar tratamiento psicológico. Quizá razones del estilo de que “ser tímido” o “retraído” es una “característica personal” que no puede cambiarse, y que debe aprender a vivirse con ella, provoque, más que el acudir en búsqueda de ayuda psicológica, el desarrollar habilidades o estrategias para adaptarse de alguna manera a vivir toda la vida con este problema. Es posible que también, las propias características psicopatológicas del problema (evitar el contacto personal, en especial con desconocidos), puedan estar subyaciendo a esta falta de demanda de tratamiento para la fobia social. De manera que, cuando aparece este tipo de problemas en la clínica psicológica, suelen estar o muy cronificados (se han desarrollado estrategias para convivir con el problema que se considera insuperable), o acompañados de otros trastornos a los que se confiere más importancia.

Este tipo de situación lleva, como en el presente caso, a que se de una importante interrelación entre los trastornos presentados. Por un lado la fobia social dificulta el desarrollo de actividades gratificantes y facilita la aparición de sentimientos de baja autoeficacia y falta de control (indefensión), facilitando el desarrollo de los síntomas depresivos. Por otro lado el bajo estado de ánimo dificulta el desarrollo de las relaciones sociales, en parte por la percepción de falta de habilidades para su afrontamiento, en parte por disminuir los niveles de motivación o atractivo, en especial en conductas de tipo social. Si no evita las relaciones sociales (componente nuclear de la fobia social), es porque éstas le sirven para escapar de una situación más aversiva como es la familiar.

Se comenzó el tratamiento centrándose en el episodio depresivo mayor y con técnicas conductuales dirigidas a aumentar su nivel de actuación para conseguir superar el bloqueo que se estaba produciendo en sus repertorios conductuales. Se consideró necesario, en primer lugar, conseguir que la paciente retomara actividades anteriores y desarrollara nuevas actividades para superar la reducción en los reforzadores que se estaba produciendo y así conseguir mejorar su estado de ánimo. Sólo cuando esto se produjera, sería útil tratar los problemas de falta de habilidades sociales y fobia social.

Es de destacar la importancia de los factores estresores ambientales en el desarrollo de los problemas depresivos. Diversas investigaciones han encontrado que en pacientes depresivos existen precedentes de acontecimiento vitales en los 6 meses previos al inicio de la depresión de forma más significativa que en la población general o en otros grupos de pacientes psiquiátricos (Parker, 1978). Su existencia no es necesaria pero puede ser considerada una causa suficiente para la puesta en marcha de la depresión (Hirschfeld y Cross, 1982; Lewinshon, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985). El significado de estos hechos sugiere que los efectos de acontecimientos vitales son importantes en el desarrollo de la depresión, si bien, dado que no siempre van seguidos por el desencadenamiento de patología depresiva, otros factores han de desempeñar un papel significativo. En el presente caso la paciente pasa por situaciones de estresantes de forma reiterada: discusiones y críticas familiares continuas, grave falta de entendimiento entre sus padres, abandono del hogar del padre, modelo depresivo de la madre y suicidio de ésta, descubrimiento de su condición de hija adoptada, convivencia impuesta con la nueva pareja del padre, fin de sus estudios y abandono del grupo de compañeros, etc., experiencias que sin duda determinan la peculiaridad de sus problemas. Es evidente la importancia de la falta de conductas eficaces de afrontamiento para estas situaciones en gran parte agravada por sus problemas de fobia social.

Algunos de estos factores presentes han sido reiteradamente resaltados como precipitantes de problemas depresivos. En especial se ha señalado que entre los factores ocurridos durante la infancia, y que pueden predisponer a la depresión en la edad adulta, se

destaca la pérdida parental (en este caso abandono del padre y suicidio de la madre). Parece que la pérdida parental en si misma no tiene porque provocar un episodio depresivo a no ser que otros elementos previamente aprendidos modulen el grado de autoestima. Se ha sugerido que factores ambientales concurrentes después de la pérdida (calidad de la relación con el padre superviviente y estilo de vida) serían de importancia para el posterior desarrollo del trastorno depresivo (Vallejo, 1999). De ahí la importancia que tiene el dirigirse a modificar la autoestima en los momentos iniciales del tratamiento.

Por otro lado, la familia es una fuente de aprendizaje vicario, entre otros aspectos, del equilibrio en el estilo de repartir atención y afecto por parte de los padres entre los distintos hermanos, del estilo atribucional y de estilo de afrontamiento a problemas interpersonales. En este caso, el comportamiento familiar es un mal modelo en estos tres aspectos. No obstante, a pesar del modelo que supone la madre con su pensamiento depresivo y sus intentos de suicidio, en la paciente no se dan pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, en contra de lo que suele ser habitual.

La contribución de la relación familiar al desarrollo de problemas depresivos en adolescentes se ha destacado con frecuencia, por ejemplo, el trabajo de Reiss y cols. (1995), señala que el 37% de varianza en sintomatología depresiva en adolescentes era debido a una efectividad negativa e inestable por parte de los padres, así como a una autoridad parental inconsistente. La importancia de este factor en el presente caso parece destacable, no sólo aparece una afectividad inestable en el seno de la propia familia, sino que la relación afectiva del padre con la paciente es muy negativa (el padre es descrito por ésta como una persona crítica, hostil y moralista).

A estas situaciones hay que sumar el modelo depresivo que supone la madre y sin duda ha colaborado al desarrollo de los síntomas depresivos. Pero quizá la experiencia de la muerte de ésta, aunque haya sido muy traumática, parece que ha podido servir como señal de alarma. Por eso al poco de aparecer los síntomas depresivos la paciente acude en busca de ayuda, en parte alarmada ante las consecuencias tan negativas que síntomas parecidos tuvieron para su madre.

El hecho de que la paciente haya acudido con prontitud en busca de tratamiento, antes de que los síntomas depresivos se hubieran agravado, probablemente haya tenido un efecto positivo de cara al tratamiento. En concreto la paciente no presentaba un deterioro comportamental importante, pues en parte seguía manejando de forma adecuada su ocio y tiempo libre, contaba con aficiones y un más que aceptable apoyo social, que permitía contrarrestar y compensar en parte la falta de apoyo familiar, y contaba con unas buenas habilidades en el terreno académico y profesional.

Probablemente estos aspectos, junto con la alta motivación de la paciente y un elevado nivel de inteligencia, han sido aspectos relevantes para la obtención de unos resultados rápidos y muy positivos, a pesar de la falta de apoyo existente en el seno familiar. De hecho el padre acudió una vez a la cita de los terapeutas, pero no sólo se negó a colaborar en el tratamiento, sino que negaba que la paciente tuviera un problema o que en su casa se diera una situación conflictiva. También la hermana menor trataba de negar la existencia del problema. La paciente manifestó su deseo de que no se la implicara en el tratamiento, pero por otro lado tampoco la hermana parecía muy dispuesta a colaborar. Por último, la pareja del padre (la paciente siempre se refirió a ella como "la compañera sentimental de su padre"), no tenía prácticamente relación con ella. La paciente la consideraba como una pareja provisional, y además una extraña en la casa de su madre.

A pesar de estas condiciones, y de la forma y momento en que tuvo conocimiento de que era una hija adoptada, que se convirtió en un problema adicional por la reacción en contra del padre, el tratamiento ha sido relativamente breve. A este logro ha colaborado en especial la relación terapéutica establecida, en especial en lo referente al reconocimiento de su problema y el derecho a manifestarlo. En casa no podía hacerlo por el rechazo familiar al respecto, y tampoco en su ámbito social por la fobia social a la que se ha hecho referencia. Quizá esta relación, tan positiva en los primeros momentos, pues supuso un apoyo emocional importante para la paciente, estuvo en parte facilitada por la proximidad en edad y sexo de las terapeutas, y facilitó el inicio de sus actuaciones para establecer nuevas relaciones. Un aspecto muy importante en esta

dirección ha sido el ir dando información y refuerzo de forma constante a la paciente por sus logros. En todas las sesiones se ha dedicado un tiempo especial a esta tarea, que en parte ha podido compensar la falta de refuerzos de su medio familiar, y ha facilitado el mantenimiento y desarrollo de las nuevas habilidades y conductas de la paciente. En algún momento se consideró la posibilidad de que esta relación pudiera suponer una dependencia importante de la paciente con respecto a las terapeutas. Tras los primeros momentos se trabajó en la dirección de fomentar de manera importante la autonomía personal a fin de evitar este problema, a lo que además colaboró el desarrollo posterior de una relación sentimental con un chico.

También colaboró a esta rapidez en el tratamiento el hecho de que, ni su entorno social, ni su propio comportamiento estaban muy deteriorados: contaba con una padilla de amigos en su urbanización, tenía una estrecha relación con un familiar (su primo) a modo de "confidente", fue fácil mantener conductas de actividad, en concreto la realización de deporte. Conviene señalar que aunque la paciente acude por problemas de ansiedad social, se comenzó a tratar sus problemas depresivos y en especial se comenzó a intervenir con técnicas conductuales que implicaran incremento en su actividad, para superar el "bloqueo" de la actuación que se facilitaban tanto por el problema depresivo como por la ansiedad social. Quizá la paciente fue "demasiado" modélica, hacía todo lo que se le pedía, debido en parte a la disposición de tiempo, de manera que bastó diseñar la planificación de actividades para que realmente cambiara su vida.

Conviene destacar como a partir de su tratamiento la paciente desarrolló habilidades para manejar su medio familiar. En primer lugar aprendió a manejar las críticas y recriminaciones de su padre y a evitar enfadarse ante las provocaciones de éste. La extinción a que sometió estas formas de comportamiento acabaron reduciendo la frecuencia de su aparición. Por otro lado, este éxito en la modificación del entorno familiar ayudó a la paciente a confiar en sus habilidades a la hora de pasar a entrenar las habilidades sociales. Por último se evitó rápidamente el desarrollo de sentimientos de culpa dentro del ámbito familiar.

Por último, conviene señalar que, una de las características más habituales de la fobia social es que, las situaciones sociales acaban convirtiéndose en motivo de evitación. En este caso la paciente no evita estas situaciones tan temidas puesto que el implicarse en ellas supone evitar momentáneamente la situación familiar, que es mucho más aversiva, y buscar fuentes de reforzamiento que en el ambiente familiar no encuentra. Esto facilitó también la exposición a las situaciones fóbicas y en consecuencia una mayor facilitación del desarrollo del tratamiento.

## 6.- BIBLIOGRAFÍA

- A.P.A. (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Edic.) (DSM-IV)*. Washington: A.P.A. (Traducción española, Barcelona, Masson, 1995).
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). "An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blacker, C.V.R. y Clare, A.W. (1987), "Depressive disorder in primary care", *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 737-751.
- Brown, G.W.; Harris, T.O., y Hepworth, C. (1994), "Life events and endogenous depression", *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 525-534.
- Castanyer, O. (1996): *La asertividad la expresión de una sana autoestima*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Davis, M.; McKay, M. y Eshelmn, E. (1998). *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid, Ed. Martínez Roca.
- Dyer, W. y Wayne, D. (1990): *Tus Zonas erróneas*. Ed. Grijalbo
- Hollon, S.D. y Kendall, P. (1980), "Cognitive self-statements in depression: Developing of an automatic thoughts questionnaire". *Cognitive Therapy and Research*, 4, pp. 383-395.
- Hirschfeld, R.M., Cross, C.K. (1982), "Epidemiology of affective disorders: Psychosocial risk factors". *Archives of General Psychiatry*, 39 (1), pp. 35-46.
- Lepine, J.P. (1995), "Comorbidity between anxiety and affective disorders: Epidemiologic perspectives", *Encephale, Vol 20 (Spec Issues 4)*, pp. 683-692.

- Lewinsohn, P.M.; Hoberman, H.; Teri, L. y Hautzinger, M. (1985) An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (eds.) *Theoretical issues in Behavior Therapy*. N.York: Academic.
- Llavona, L. (1993); "La Entrevista Conductual", en F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, Madrid, Ed. Pirámide.
- Myers, J.K.; Weissman, M.M.; Tischler, G.L.; Holzer, C.E.; Leaf, P.J.; Orvaschel, H.; Canthony, J.C.; Boyd, J.H.; Burke, J.D.; Kramer, M., y Stoltzman, R. (1984), "Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities", *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 959-967.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990), "Sex differences in unipolar depression: evidence and theory", *Psychological Bulletin*, 101, pp.259-282.
- Parker, G. (1979), "Parental characteristics in relation to depressive disorders". *British Journal of Psychiatry*, vol 134, pp. 138-147.
- Pollard, C. A. y Herderson, J.G. (1988), "Four types of social phobia in a community sample", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, pp.440-445.
- Regier, D.A.; Narrow, W.E.; Rae, D.S.; Manderscheid, R.W.; Locke, B.Z., y Goodwin, F.K. (1993), "The de facto U.S. mental and addictive disorders service system", *Archives of General Psychiatry*, 50, pp. 85-94.
- Reiss, D., Hetherington, M., Plomin, R., Howe, G.W., (1995), "Genetic questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence." *Archives of General Psychiatry*; Vol 52 11), pp. 925-936.
- Sanderson, W.C.; Di Nardo, P.A.; Rapee, R.M., y Barlow, D.H. (1990), "Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, 99, pp. 308-312.
- Schneier, F.R.; Johnson, J.; Horning, C.D.; Liebowitz, M.R., y Weissman, M.M. (1992), "Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample", *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 282-288
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1989), "Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity", *Clinical Psychology Review*, 9, pp. 3-18.
- Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Borden, J.W.; Stanley, M.A., y Jacob, R.G. (1991a), "Social phobia: Axis I and II correlates", *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp.102-106.
- Vallejo, M.A. (1998) "Depresión". En M.A. Vallejo (Ed). *Manual de Terapia de Conducta. Vol 1*. Madrid: Dykinson.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). "Measurement of Social-Evaluative Anxiety". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33. pp. 448-457.

- Weissman, M.M.** (1987), "Advances in psychiatric epidemiology: rate and risks for major depression", *American Journal of Public Health*, 77, pp.445-451.
- Weissman, M.M., Leaf, P.J., Holzer, C.E., Myers, J.K. y Tischler, G.L.** (1984). The epidemiology of depression: An update on sex differences in rates. *Journal of Affective Disorders*, 7, 179-188
- Weissman, M.M.; Leaf, P.J.; Tischler, G.L.; Blazer, D.G.; Karno, M.; Bruce, M.L., y Florio, L.P.** (1988a), "Affective disorders in five United States communities", *Psychological Medicine*, 18, pp. 141-153.

## ANEXOS

## Anexo 1. Esquema de sesiones

SESION Nº Y FECHA	ESTRATEGIAS UTILIZADAS	TAREAS ASIGNADAS
Nº 1: 6/2/1998	- Entrevista de evaluación	- Diario de pensamientos
Nº 2: 11/2/1998	- Entrevista de evaluación - Autorregistro evaluación estado de ánimo (Tabla 1) - Autorregistro Diario de Actividad. (Tabla 4)	- Rellenar autorregistros - Termómetro del estado de ánimo
Nº 3: 16/2/1998	- Entrevista de evaluación - Autorregistro evaluación estado de ánimo (Tabla 1) - Autorregistro de Evaluación Tipo A-B-C. - (Tabla 2) - Aplicación de test - Autorregistro de actividades placenteras (Tabla 5)	- Rellenar autorregistros - Termómetro del estado de ánimo
Nº 4: 18/2/1998	- Entrevista de evaluación - Contraste de hipótesis - Percepción corporal de sensaciones agradables.	- Rellenar autorregistros - Termómetro de estado de ánimo
Nº 5: 27/2/1998	- Devolución de información (Anexo 1)	- Focalización sensorial y percepciones corporales agradables
Nº 6: 2/3/1998	- Revisión de estado de ánimo actual - Planificación de actividades - Regulación del horario de sueño: - Higiene de sueño - Entrenamiento en control estimular	- Puesta en marcha de planificación de actividades - Termómetro de estado de ánimo - Puesta en marcha del Control estimular e Higiene del sueño
Nº 7: 6/3/1998	- Revisión de planificación de actividades - Refuerzo por la puesta en marcha y cambios percibidos (Ruptura de la inercia) - Revisión del estado de ánimo actual - Regulación del horario de sueño: - Entrenamiento en parada de pensamiento	- Planificación de actividades - Termómetro del estado de ánimo - Control estimular - Higiene del sueño - Práctica de parada de pensamiento
Nº 7: 6/3/1998	- Entrevista con el padre - Contraste de información	
Nº 8: 12/3/1998	- Devolver información entrevista con el padre - Revisión de la semana: - Higiene del sueño y control estimular - Planificación de actividades - Termómetro del estado de ánimo - Refuerzo por cambios percibidos - Programa de autorrefuerzo	- Planificación de actividades - Termómetro del estado de ánimo - Control estimular - Higiene del sueño - Puesta en marcha del programa de Auto-refuerzo - Biblioterapia: Cap 3 Tus zonas erróneas "Tú no necesitas la aprobación de los demás".

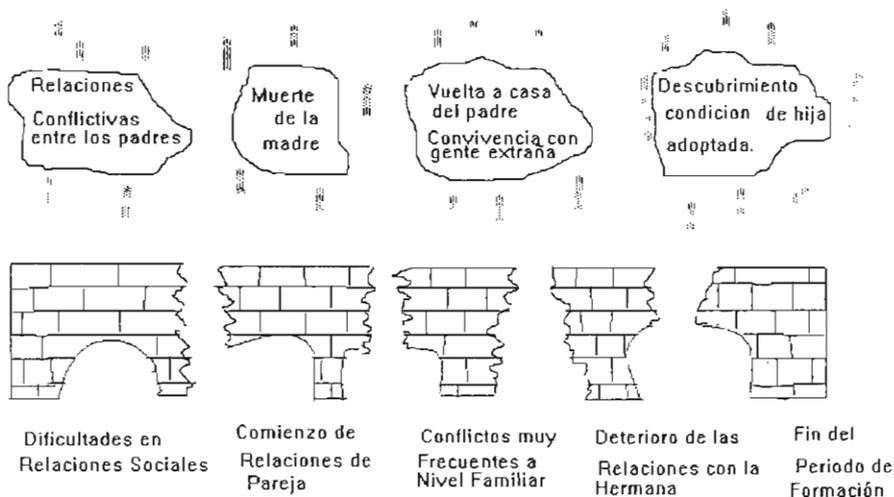
Nº 9: 17/3/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana</li> <li>- Higiene del sueño y control estimular</li> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Refuerzo por cambios percibidos</li> <li>- Evaluación de situaciones conflictivas a nivel familiar</li> <li>- Entrenamiento en respiración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Control estimular</li> <li>- Higiene del sueño</li> <li>- Programa de autorrefuerzo</li> <li>- Biblioterapia: Cap 1 Tus zonas erróneas "Haciéndote cargo de ti mismo"</li> <li>- Práctica de respiración diaria</li> </ul>
Nº 10: 26/3/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:</li> <li>- Higiene del sueño y control estimular</li> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Refuerzo y feedback (devolución de información objetivos alcanzados) (Anexo 3)</li> <li>- Medidas post-tratamiento con respecto al estado de ánimo BDI, ATQ</li> <li>- Entrenamiento en solución de problemas (Situación familiar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Control estimular</li> <li>- Higiene del sueño</li> <li>- Programa de autorrefuerzo</li> <li>- Práctica de respiración diaria</li> <li>- Solución de problemas</li> </ul>
Nº 11: 31/3/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:</li> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Refuerzo por los cambios percibidos</li> <li>- Solución de problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Programa de autorrefuerzo</li> <li>- Práctica de respiración diaria</li> <li>- Solución de problemas</li> </ul>
Nº 12: 3/4/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana</li> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Evaluación de situaciones conflictivas a nivel familiar</li> <li>- Entrenamiento en habilidades sociales básico:</li> <li>- Afrontar crítica y hostilidad,</li> <li>- Hacer peticiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Programa de autorrefuerzo</li> <li>- Puesta en práctica del contacto no verbal</li> <li>- Puesta en práctica del manejo de la hostilidad</li> <li>- Hacer peticiones concretas</li> </ul>
Nº 13: 14/4/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:</li> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Recaída en el estado de ánimo y abandono de actividades</li> <li>- Valoración de la recaída</li> <li>- Técnicas conductuales para restablecer estado de ánimo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Focalización sensorial, percepción corporales agradables.</li> <li>- Solución de problemas (Situación social)</li> </ul>
Nº 14: 21/4/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:</li> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Solución de problemas</li> <li>- Matriz de consecuencias y Tomas de decisiones respecto al abandono de estudios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro de estado de ánimo</li> <li>- Toma de decisiones respecto a su situación académica</li> <li>- Exponer su decisión a la familia.</li> </ul>

Nº 15: 28/4/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro de estado de ánimo</li> </ul> </li> <li>- Técnicas de "Como ejercer control sobre su vida", planificación de objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Redefinición conductual de los objetivos a corto, medio y largo plazo establecidos en sesión.</li> </ul>
Nº 16: 5/5/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> </ul> </li> <li>- Aclarar toma de decisiones sobre el control de su vida</li> <li>- Generar lista graduada de situaciones sociales conflictivas</li> <li>- Entrenamiento en exposición</li> <li>- Autorregistros de pensamientos (Tabla 10)</li> <li>- Autorregistro de exposición (Tabla 9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Comunicación al padre del abandono de estudios</li> <li>- Tareas de exposición graduada</li> <li>- Rellenar autoregistros</li> </ul>
Nº 17: 12/5/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> </ul> </li> <li>- Revisión de la exposición               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de situaciones de exposición nuevas</li> <li>- Autorregistros de pensamientos</li> <li>- Autorregistro de exposición (Tabla 9 y 10)</li> </ul> </li> <li>- Valoración de objetivos alcanzados sobre la técnica de "Control sobre su vida"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Tareas de exposición graduada</li> <li>- Rellenar autoregistros</li> </ul>
Nº 18: 19/5/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> </ul> </li> <li>- Revisión de la exposición               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de situaciones de exposición nuevas</li> </ul> </li> <li>- Introducción de la técnica de reestructuración cognitiva</li> <li>- Presentación de la lista de errores cognitivos.</li> <li>- Autorregistro de reestructuración (Tabla 11)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Tareas de exposición graduada</li> <li>- Rellenar autoregistros</li> </ul>
Nº 19: 26/5/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> </ul> </li> <li>- Revisión de la exposición y Planificación de situaciones de exposición nuevas</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Entrenamiento en Autoinstrucciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Tareas de exposición graduadas</li> <li>- Lista de autoinstrucciones</li> <li>- Reestructuración de dos pensamientos para casa con ayuda del Autorregistro de reestructuración (Tabla 11)</li> </ul>

Nº 20: 9/6/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> </ul> </li> <li>- Revisión de la exposición y Planificación de situaciones de exposición nuevas</li> <li>- Revisión del autorregistro de cogniciones</li> <li>- Entrenamiento en HH.SS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en estilo de comunicación asertivo</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> <li>- Tareas de exposición graduadas</li> <li>- Reestructuración de dos pensamientos para casa con el Autorregistro de reestructuración</li> <li>- Biblioterapia: <i>"La asertividad, la expresión de una sana autoestima"</i></li> <li>- Ensayo conductual en su ambiente natural del entrenamiento en HHSS</li> </ul>
Nº 21: 1/7/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renovación del compromiso</li> <li>- Revisar estado actual desde la última sesión</li> <li>- Remarcar de nuevo la secuencia Pensamiento-emoción-conducta, reestructurando en sesión pensamientos distorsionados previamente registrados.</li> <li>- Pautar nuevas exposiciones sociales</li> <li>- Valoración de objetivos a alcanzar sobre la técnica de "Control sobre su vida"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tareas de exposición graduadas</li> <li>- Reestructuración de dos pensamientos para casa con el Autorregistro de reestructuración.</li> <li>- Ensayo conductual en su ambiente natural del entrenamiento en HHSS</li> </ul>
Nº 22: 6/7/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Termómetro del estado de ánimo</li> </ul> </li> <li>- Revisión de la exposición social</li> <li>- Reestructuración de pensamientos distorsionados a nivel social con ayuda del autorregistro de cogniciones</li> <li>- Entrenamiento en HH.SS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar/mantener/finalizar conversaciones</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tareas de exposición graduadas</li> <li>- Reestructuración de dos pensamientos para casa con el Autorregistro de reestructuración</li> <li>- Ensayo conductual en su ambiente natural del entrenamiento en HHSS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentarse a una persona desconocida en la autoescuela</li> <li>- Invitar a alguien a acompañarle al autobús, mantener una pequeña conversación, otras.....</li> </ul> </li> </ul>
Nº 23: 13/7/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la semana:</li> <li>- Revisión de la exposición social</li> <li>- Reestructuración de pensamientos distorsionados a nivel social</li> <li>- Entrenamiento en HH.SS :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión de emociones.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensayo conductual en su ambiente natural del entrenamiento en HHSS</li> </ul>
Nº 24: 16/7/1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Devolución de los objetivos alcanzados al comienzo de terapia, finalización de la misma</li> <li>- Medidas post-tratamiento con respecto a la ansiedad social: FNE y SAD</li> <li>- Sesión dedicada a la prevención de recaídas y al mantenimiento de logros y progresos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pauta con la paciente sesiones de seguimiento mensuales.</li> </ul>

## Anexo 2. Devolución de información

### ¿POR QUÉ SE ORIGINÓ EL PROBLEMA?



Existen factores situacionales desencadenantes de mi situación actual

Algunos de ellos son acontecimientos vitales estresantes más agudos pero puntuales en el tiempo.

Otros son acontecimientos vitales estresantes menos intensos pero más constantes en el tiempo.

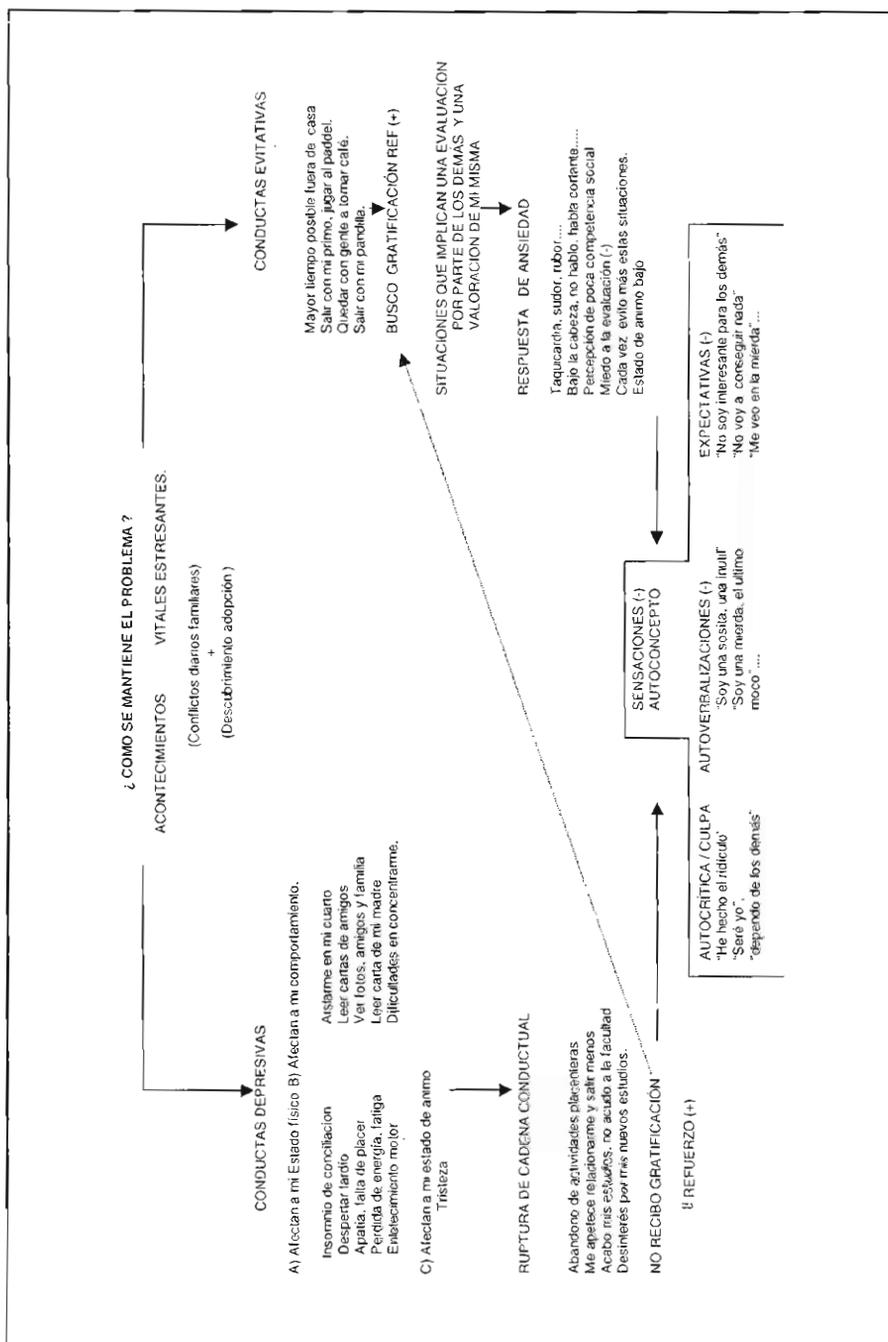
**SITUACIONES AVERSIVAS**  
Experiencia (-) en la infancia  
Familia crítica y hostil  
Cambios de grupos de amigos.

**R. ANSIEDAD**  
Rubor, taquicardia  
Sudor, .....

**R. INADECUADAS**  
Bajar la cabeza,  
No contacto ocular  
Frases directas y escasas  
.....

**INIBICION DE RESPUESTA**  
No percibo competencia  
Social.

MIEDO A LA EVALUACION NEGATIVA DE LOS DEMAS



### ¿ QUÉ ME PREDISPONE A ESTE PROBLEMA ?

- ⇒ Dificultad en expresar emociones, en ser asertiva, petición de cambios....
- ⇒ Factores relacionados con la expresión emocional familiar, hostilidad y crítica.
- ⇒ Estilo de atribución externo ¿Demasiada importancia a lo que opinan los demás?
- ⇒ Déficit en el autorefuerto, ¿ Si no me lo dicen los demás no confío en mis decisiones?
- ⇒ Dificultad para afrontar y solucionar problemas, "Mañana lo pensaré".
- ⇒ Modelo materno depresivo: Aprendemos por imitación de las personas más significativas para nosotros.
- ⇒ Autofocalización en aspectos negativos de mi conducta y de lo que me rodea, ; Soy especialmente sensible a errores y situaciones negativas ( aversivas)
- ⇒ Dependencia de los demás.

### ¿ COMO PUEDO SOLUCIONAR MI PROBLEMA?

- ⇒ Fomentar mis factores de resistencia y protección
- ⇒ Aprender habilidades de expresión de emociones y asertivas
- ⇒ Desarrollar habilidades de afrontamiento y autocontrol emocional.
- ⇒ Soluciona problemas, no evites
- ⇒ Disfruta de nuevo de las actividades agradables que realizas y añade las que has abandonado
- ⇒ Enfrentate a las situaciones de manera más realista, con pensamientos positivos
- ⇒ Valora tus capacidades, autográtificate.

## Anexo 3: Devolución de Progresos

PUNTO DE PARTIDA	PASOS QUE ESTOY ALCANZANDO	COMO LO ESTOY CONSIGUIENDO
<p>-* <u>DISMINUIR TRISTEZA</u></p> <p>- QUE DESAPAREZCA SENSACIÓN DE CULPA</p> <p>-* <u>PODER CENTRARME EN LOS ESTUDIOS</u></p> <p>- QUE DISMINUYAN LAS DIFICULTADES SOCIALES</p> <p>- * <u>MOTIVACIÓN PARA PODER LLEGAR A LO QUE QUIERO</u></p> <p>- MEJORAR SITUACIÓN FAMILIAR  <i>" Con un cambio en mi actitud puede mejorar mi problema familiar"</i></p>	<p>- REGULACIÓN DEL HORARIO DEL SUEÑO</p> <p>- REGULACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO</p> <p>- AUMENTO DE LA CONCENTRACIÓN E IMPLICACIÓN EN TAREAS DE ESTUDIO</p> <p>- MOTIVACIÓN EN REALIZAR ACTIVIDADES Y TOMAR DECISIONES</p>	<p>- CONTROL DE ESTIMULOS</p> <p>- HIGIENE DE SUEÑO</p> <p>- PARADA DE PENSAMIENTO</p> <p>- PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES  * Elimina Confusión Mental  * Facilita Toma De Decisiones  * Facilita Hacer Cosas  * Facilita Sensación De Control</p> <p>- REGISTRO DEL NIVEL DE AGRADO Y PLACER EXPERIMENTADO EN LAS ACTIVIDADES</p> <p>- APRENDIENDO A AUTOGRATIFICARME  * Frases Positivas  * Regalos Materiales  * Aumento En Confianza Personal</p> <p>- CUIDADO DE MI IMAGEN PERSONAL</p> <p>-DISFRUTE DE SENSACIONES CORPORALES AGRADABLES.  * Deporte  * Focalización Sensorial.</p>