



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

FACTORES ESTRESANTES Y FOBIA SOCIAL EN UNA ADOLESCENTE

AUTORA:

MIRIAN SOBEIDA VILLAMAR CONTRERAS

TUTORA:

DRA. GINA ESMERALDA BELTRÁN BAQUERIZO. MGS T.F.

BABAHOYO

SEPTIEMBRE

2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

Este estudio de caso tiene por tema: Factores Estresantes y fobia social en una Adolescente y como objetivo establecer si existe relación entre estos y como afectan en el estado de ánimo, el rendimiento académico, el entrenamiento, las relaciones familiares y sociales. Para realizar el diagnóstico se recurrió al uso de varios instrumentos de valoración psicodiagnóstica, historia clínica, guía de observación, el Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend y la Escala de Ansiedad Social de Liewobitz. El análisis de los mismos confirmó la presencia del trastorno indicado en la variable dependiente.

Las áreas afectadas detectadas fueron la afectiva y la socio-comportamental, por lo que las estrategias terapéuticas empleadas fueron técnicas cognitivas conductuales y estuvieron encaminadas a la recuperación de la paciente en estos aspectos. Una vez culminado el tratamiento las metas planteadas se cumplieron parcialmente, a pesar de esto se obtuvieron mejorías significativas en el estado emocional, reducción de ansiedad patógena ante el estímulo fóbico y mejoramiento en las relaciones interpersonales.

Palabras clave: estresor, fobia, cognitivo, conductual



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



ABSTRACT

Old age is certainly a stage in which we are exposed to losses more frequently and these are not only affective, but they can also be associated with a series of stressful psychosocial factors such as: the appearance of chronic diseases, deterioration physical, loss of sensory abilities, etc. The instruments used in the investigation fully fulfilled their purposes, contributing to the diagnosis of the disorder that was affecting the elderly.

The stressful factor detected has been the loss and decrease of physical abilities in addition to the loss of their partner and the separation of their family environment causing emotional deterioration and functional disability, so it was derived that they receive psychological attention to overcome this condition. To overcome geriatric depression as a result of stressful psychosocial factors, the treatment of the cognitive approach was very useful for the elderly patient to overcome this disorder.

Keywords: stressors, geriatric depression

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	ii
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	1
JUSTIFICACIÓN	2
SUSTENTOS TEÓRICOS	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	10
RESULTADOS OBTENIDOS.....	11
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	1
ANEXO 1: FOTOGRAFIAS.....	2
ANEXO 2. FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA	3
ANEXOS 3.- HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA	5
ANEXO 4.- TEST DE ESCALA DE EVITACIÓN Y ANGUSTIA SOCIAL DE WATSON Y FRIEND.....	1
ANEXO 5.- ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ.....	2

Introducción

El trabajo presentado, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico, en la modalidad de examen complejo, es un estudio de caso práctico, en la línea de investigación correspondiente a asesoramiento psicológico, sublínea de asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional, teniendo como tema: Factores estresantes y su incidencia en la Fobia Social en una Adolescente Atendida en el Departamento Psicológico de la Federación Deportiva de Los Ríos.

Para conseguir el objetivo planteado en el estudio realizado se implementó una metodología que tuvo la finalidad de valorar; primero los niveles de ansiedad patológica y segundo en que situaciones se presentan estos síntomas mediante el uso de técnicas psicológicas como son la entrevista estructurada, la Ficha de Observación, reactivos psicológicos, como la fueron escala de evitación y angustia social de Watson y Friend.y la escala de ansiedad social de Liewobitz.

De los resultados obtenidos de todas estas herramientas de valoración psicodiagnósticas se pudo establecer que la usuaria se encontraba padeciendo altos niveles de ansiedad situacional, por lo antes indicado se recomendó realizar un esquema terapéutica de corte cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad mediante técnicas de relajación, mejorar habilidades de interacción social, y a su vez ampliar su perspectiva sobre cómo podría desenvolverse auto funcionalmente.

El presente documento cuenta con la siguiente distribución en las páginas subsiguientes; justificación, objetivo general, sustento teórico, técnicas aplicadas para la recolección de información, resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones, posteriormente bibliografía y anexos.

Desarrollo

Justificación

Es de trascendencia realizar esta investigación debido a que los jóvenes que presentan trastorno de ansiedad o fobia social, por su actitud presentan grandes dificultades para integrarse a la sociedad, esto afecta a quien lo padece, por ende, redundará en las actividades productivas y funcionales de la adolescente objeto del presente estudio de caso.

Este estudio de caso es importante ya que además de ser uno de los principales trastornos que afecta a los jóvenes en la actualidad, es una de las problemáticas que recepta el Departamento Psicológico de la Federación Deportiva de Los Ríos, sitio al cual se presentan a diario un gran número de situaciones que requieren la atención del profesional en salud mental, pero existen carencias relativas a las estrategias metodológicas a seguir en estos casos, por lo que se hizo fundamental realizar el presente trabajo investigativo para conocer más a fondo que podemos hacer como profesionales de la Salud Mental para solucionar esta problemática.

La principal beneficiada de este estudio de caso es la estudiante atendida en el Departamento Psicológico de la Federación Deportiva de Los Ríos, porque recibió la atención psicológica oportuna y eficaz y gracias a esta mejoró tanto en su desempeño académico como social, además se benefició la Institución porque se aportó con directrices de intervención terapéutica para este trastorno.

Además fue factible de realizar debido al respaldo que se obtuvo de las autoridades de la Institución, de la estudiante y de sus familiares, además se contó con los recursos y materiales logísticos necesarios para la consecución de todas las actividades inmersas en los alcances del objetivo formulados.

La temática abordada resulta de impacto pues expone un desorden comporta mental - emocional bastante común y que muchas veces permanece en la invisibilidad social, por esto es significativo el análisis de las conclusiones que de ésta resulten y así obtener una visión más amplia de su etiología, consecuencias que ocasiona este trastorno mental y por ende de su respectivo tratamiento en el orden psicoterapéutico.

Objetivo

Establecer los Factores Estresantes que inciden en la fobia social en una Adolescente Atendida en el Departamento Psicológico de la Federación Deportiva de Los Ríos

Sustentos Teóricos

Factores estresantes

Son aquellas variables intrínsecas o externas que ocasionan estrés en el individuo, entre las principales asociado como factor estresante en adolescentes, según Sanz (2014) tenemos:

Habilidades sociales

Se considera que un mínimo desempeño en las habilidades sociales, causa estrés, este sería el resultado de que el niño no dispondría con modelos adecuados, habría una inadecuación en el proceso de la interacción social y condiciones deplorable en el aislamiento social que le dificultan socializar o exponerse a circunstancias sociales o no disponer de consecuencias positivas por sus conductas prosociales. La actitud tímida del niño puede manifestarse por un bajo autoconcepto de sí mismo, lo cual esto lo lleva a socializar menos con niños de su edad y así limitarse a desarrollar

adecuadamente habilidades sociales y así poder mejorar su adaptación en circunstancia de interactuar con los demás; ello haya que su angustia sea exageradamente elevada a la cada vez que se halla frente a esta circunstancias siendo no positivo su desempeño, llegando a utilizar como mecanismo de defensa la evitación y/o fugas para librarse de posibles mofa, restricción de grupos etc, lo cual hace que su fobia social persista.), El uso del internet es algo común en los adolescentes con este tipo de trastorno, en el cual se le felicita interactuar con personas donde solo se reduce el contacto cara a cara, en los peores casos los llevan a aislarse socialmente y peor ajuste psicológico. (Saenz, P, 2014)

Lo anterior mencionado continua el debate del significado de la fobia social se caracteriza o no por una desigualdad en las habilidades sociales o si la primordial desigualdad es que los sujetos con fobia social perciben sus acciones en las circunstancias sociales de forma más negativa esto se debe a la falta de habilidades sociales (p. ej. falta de asertividad, habilidades de conversaciones,) lo que desencadenaría el estrés. Los déficits en las habilidades sociales influyen significativamente en el tratamiento. La falta de habilidades sociales positivas, el entrenamiento en habilidades sociales será de gran importancia en el tratamiento. (Saenz, P, 2014)

- Situaciones sociales

Situaciones sociales autores como Pérez (2015), manifiestan que en cuanto a las conductas de evitación no únicamente consiste en no acudir sino de evitar participar en las circunstancias sociales, ser el centro de atención, de crítica o que otros observen su expresión de ansiedad. El autor indica que los individuo con fobia social, evitan sentir malestares que le provocan al exponerse en circunstancias que para ellos les parezcas incomodas, adoptando así una conductas de seguridad o conductas defensivas (por ejemplo, intentar pasar desapercibido, hacer muchas preguntas para evitar silencios o desviar la atención de sí mismo o por el contrario hablar poco, consumir alcohol o tranquilizantes, sobre preparar una exposición, escapar de

circunstancias (con excusas o directamente) y pedir disculpas para evitar escuchar las críticas de los otros. (Perez, S, 2015)

Si el miedo se asocia con síntomas fisiológicos como por ej., la ruborización, el individuo adoptará conductas como dejarse crecer el bigote, aplicarse producto de belleza excesivamente, ponerse gafas oscuras, taparse la cara con el cabello etc.; en el casos de sudoración, el individuo tiende a llevar ropa de colores oscuras, , etc. el autor sugiere que si el individuo con fobia social no puede evitar mantenerse en circunstancias o escapar de ella, puede llegar a manifestar comportamientos como silencios largos, tartamudeo, voz baja, sonrisa inadecuada, entre otros. (Rodriguez, H, 2017)

- Sucesos vitales negativos y adversidad social

Al igual que los trastornos de ansiedad, la fobia social están asociados con un alto índice de adversidades infantiles, a pesar que la relación no es tan intensa como se ha observado en otros trastornos de los estados ánimo, las experiencias vitales negativos o de aprendizaje más específicas llegan a contribuir a incrementar los riesgos de ansiedad social patológica para los sujetos con un “punto establecido” de alta ansiedad social genéticamente mediada. En el texto presente, estos incluyen que ciertos sucesos interpersonales adversos a los sujetos con fobia social han experimentan acontecimientos negativos que de alguna forma les afecto reforzando así su ansiedad social.(Peñarrosa, X, 2017)

Se ha hallado una conexión significativa entre los sucesos traumáticos en la niñez como el abuso sexual o físico de igual modo las adversidades infantiles como la carencia de la falta de confianza próxima con un adulto, el conflicto en la familia de origen, los frecuentes cambios de residencia, escapar de casa, reprobado cursos y equivalentes, y el incremento de riesgo de padecer trastornos de ansiedad, incluyendo la fobia social, en la edad adulta.(Peñarrosa, X, 2017)

- Factores Personológicos y neurobiológicos

De la misma manera existe la fragilidad en el temperamento como la inhibición conductual, estos se dan en los primeros años de vida donde el niño tiende a eludir circunstancias sociales novedosas, originado distintos Trastornos de ansiedad, incluida la fobia social. Estudios de Kagan (2014) señala a subgrupos de niños que tienen comportamientos de cohibición cuando se sienten incómodos en entornos no conocidos y desafiantes mostrándose temerosos a la hora de socializar o menos exploratorios y se notó un aumento en la frecuencia cardíaca.

Las estimaciones relativas a la herencia mencionan que el 30% de la posibilidad del trastorno en la fobia social se debe a circunstancias genéticas,). Kagan también manifiesta que los individuos que padecen de fobia social gran parte de ellos manifiestan temperamento ansioso y socialmente retraído los que le hace ser más perceptible a la crítica o rechazo; de esta manera, tienden a tener mayores inconvenientes en mostrarse enérgicos, poseen sentimientos de inferioridad y autoconcepto baja. (Graham, 2015)

Diversos estudios han evidenciado que las variables de la personalidad como un alto grado de neuroticismo e introversión están asociadas a la fobia social. En otro estudio de las misma dimensiones de extroversión y neuroticismo con sujetos con Fobia social generalizada, fobia social específica y un grupo control, se evidencio que los sujetos con fobia social generalizada vs grupo control mostraron puntuaciones más bajas en extraversión y altas en neuroticismo; a diferencia de los resultados en este mismo estudio en individuos con fobia especifica vs grupo control no se evidenciaron grandes diferencias considerables en extraversión, en cambio, si se evidencio un nivel mayor de neuroticismo en fobia social especifica. En resumen, entre fobia social generalizada vs fobia social especifica se obtuvo diferencia significativa ya que hubo un mayor grado de neuroticismo y un mínimo grado en extraversión que los de fobia social especifica. (Lorenz. S, 2016)

Los trastornos de ansiedad tienen un incremento del tono simpático, no se adaptan con facilidad a los estímulos repetidos y por el contrario, actúan excesivamente a los estímulos moderados. Por consiguiente hemos visualizado en el apartado anterior, la activación en el sistema nervioso autónomo en condiciones de ansiedades efectúa un rol significativo. En los casos de las Fobias sociales Generalizadas se tiende a vincularla con una hiperactividad simpática; a diferencia con las Fobias Sociales Específicas se las vinculan con altas reacciones autónomas como el aumento de la presión sanguínea, cardíaca, etc.; cuando el sujeto está frente a estímulo fóbico.(Graham, 2015)

Los aportes manifiestan que los diversos cambios psicofisiológicos y neuroendocrinos que se encuentran en correlación con la fobia social serían secundarios a alteraciones de los neurotransmisores del sistema nervioso central. De igual manera predomina el rol del neurotransmisor GABA (ácido gamma - amino butírico) responsable de controlar los miedos y las ansiedades. Belloch (Ramos, 2015) describe que la ansiedad tanto como la depresión se encuentran ligadas a la vía serotoninérgica, siendo la ansiedad un trastorno excesivo y la depresión por otra parte, un trastorno con déficit en la vía serotoninérgica.(Graham, 2015)

Fobia social

La fobia social trata de una ansiedad mostrando síntomas de temores acusados en que el sujeto se anticipa que en ciertas circunstancias sociales en que su comportamiento estaría siendo evaluado de manera negativa y esto le causa miedo extremo de actuar de modo que resulte bochornoso o degradante frente a los demás. Autor de un aprendizaje limitado donde el sujeto al encontrarse en circunstancias sociales y con alto grado de ansiedad tendrá como resultado escapar o rehuir de estas circunstancias con el propósito de reducir su malestar o incomodidad, viéndose esta conducta reforzada cuando se encuentre frente a las circunstancias temidas; pese a que el individuo está consciente de su temor es exagerada e irracional.(Diaz, R, 2016)

Las características anteriores indicadas que la fobia social llega a restringir a nivel personal, social y familiar; además, estos signos también se encuentran asociados al Trastorno evitativo de la personalidad y debido al curso del diagnóstico, los síntomas suelen generalizarse a distintos ámbitos manifestándose con altos niveles de comorbilidad con otros Trastornos neuróticos, como los trastornos de pánico la agorafobia o trastornos relacionados con el consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria o en algunas circunstancias con algunos trastornos relacionados con el humor como episodios depresivos. (Freire, Z, 2017)

La CIE-10 (Organización mundial de la salud [OMS], 2018) designa los siguientes criterios para el diagnóstico de la fobia social.

A. Miedo persistente por una o más circunstancias sociales o hablar en público en las que el individuo se ve expuesto a personas desconocidas que no pertenecen al ambiente familiar o a la posible valoración por parte de los demás. El sujeto se llena de ansiedad por miedo a actuar de un modo (o mostrar síntomas de angustia) que sea vergonzoso o bochornoso.

Nota: En los niños es importante estimular sus capacidades para relacionarse socialmente especialmente en el entorno familiar explicarle que la ansiedad social es algo normal que puede aparecer en las reuniones con niños de su misma edad y no sólo en cualquier interacción con un adulto.

B. La exposición en circunstancias sociales temerosa provoca casi frecuentemente una signo inmediata de ansiedad, que puede generar una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una circunstancia.

Nota: En los niños la ansiedad puede transformarse en lloriqueos, rabietas, inhibición o retraimiento en circunstancias sociales donde los sujetos no pertenecen al entorno familiar.

C. El sujeto es consciente que este miedo es exagerado o irracional.

Nota: En los niños se les dificulta este reconocimiento.

D. Las interacciones sociales o relacionarse en público en sujeto experimenta ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, el malestar que aparece en la(s) circunstancias (es) social(es) o en público obstaculizan con la rutina normal del sujeto, con sus relaciones laborales, académicas, sociales, produciendo malestares clínicamente significativo.

F. En los sujetos menores de 18 años la duración del cuadro sintomatología que debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El temor o la conducta de evitativa no se da a los efectos fisiológicos directos de una sustancia por ejemplo por las drogas, fármacos o de una enfermedad médica y no pueden explicar mejor por la asociación de otro trastorno mental por ejemplo el trastorno de angustia con o sin agorafobia, , trastorno dismórfico , un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si es por una enfermedad médica o por otro trastorno mental, el miedo descrito en el Criterio A no se vincula con estos procesos miedo el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores del Parkinson o a la manifestaciones de conductas alimentarias anormales en la anorexia o bulimia).

Teoría cognitiva de la fobia social

La teórica de la fobia social se debe de tener en consideración estrás tres características de este trastorno. La primera, que los sentimientos de timidez, sonrojo suelen ser síntomas emocióneles negativas prevalentes que se manifiesta en los encuentros sociales y no tanto la ansiedad misma.(Beck, A, 2014)

La segunda, que la ansiedad intensa se manifestada en situaciones sociales suele estimular conductas inhibitorias automáticas y esfuerzos para disimular dicha ansiedad.

Y la tercera, la ansiedad misma se transforma en amenaza secundaria a medida que los sujetos con fobia social se creen en que se deber de reducir los síntomas de la ansiedad para prevenir la opinión negativa de los demás. Este modelo está basado en la teoría cognitiva de las ansiedades evaluativas por Beck.

La siguiente descripción contempla tres fases de la fobia social:

- La fase anticipatoria
- La exposición a situaciones social
- y el procesamiento que se realiza a continuación del acontecimiento.

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

En este caso las técnicas que se consideraron más idóneas se presentan a continuación:

Ficha de observación

La ficha de observación es un instrumento que se basa en una lista de indicadores que pueden redactarse ya sea como afirmaciones o bien como pregunta y que ayuda a orientar por medio de la observación al sujeto, se utilizó para visualizar por medio de las observaciones los signos que presenta el usuario. (Ver guía de observación anexo N°2)

Historia clínica

La historia clínica es una herramienta de gran utilidad para el psicólogo clínico pues con ella se recaba información referente a la historia personal, los antecedentes de enfermedades médicas o de origen psicológico en el paciente o en sus familiares, la irrupción del cuadro psicopatológico, los diagnósticos diferenciales y estructurales así como las posibles alternativas de intervención terapéutica. (Ver historia clínica anexo N°3)

Pruebas psicológicas aplicadas

Para corroborar el diagnóstico estructural de la adolescente se utilizaron las siguientes escalas de ansiedad social:

Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend

Para determinar el nivel de evitación social de la paciente se empleó el test “Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend”, esta escala es una de las herramientas más utilizadas en investigaciones psicológicas sobre la evitación social, en el presente trabajo de investigación fue de enorme utilidad para medir rangos. Explora dos tipos de situaciones, las sociales y las de actuación, desde las vertientes de ansiedad y evitación. Consta de 28 ítems de respuesta dicotómica “verdadero-falso” que puntúan como 0-1 respectivamente. La puntuación total oscila entre 0-28 (0 representa ansiedad y evitación nulas, y 28 ansiedad y evitación máximas).(Se presenta el formato llenado en el presente caso en anexo N°4)

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

Su propósito es evaluar el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por la paciente para ayudar al diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Comúnmente se utiliza para estudiar resultados en ensayos clínicos y, más recientemente, para evaluar la efectividad de las terapias cognitivo conductuales. La escala presenta 24 ítems, divididos en dos subescalas: 13 relacionados con ansiedad por actuación y 11 concernientes a situaciones sociales. (Se presenta el formato llenado en el presente caso en anexo N°5)

Resultados Obtenidos

“María” (nombre protegido) paciente de 17 años de edad, entrena natación en la Federación Deportiva de Los Ríos, acude a consulta porque últimamente ha empeorado su desempeño académico porque le cuesta presentarse ante un público principalmente en las actividades estudiantiles además de las pruebas deportivas, habita en casa propia de cemento

de una planta comparte su habitación con su hermano menor , su familia compuesta por su madre, padre y un hermano menor, cursa tercero de bachillerato en una unidad educativa de la localidad.

Como motivo de consulta agrega, *“...porque el profesor dijo que para este año también habrá exposiciones finales y yo me pongo muy tensa para exponer no creo que pueda lograrlo; por ello, pensar en la ansiedad que siento, me pone triste la mayor parte del tiempo, pienso que soy menos capaz que otras personas lo cual me hace sentir desanimada, no tengo tantas ganas de hacer mis cosas, ni de salir con los pocos amigos que tengo, a veces me pongo a llorar porque pienso que el otro año postularé a la Universidad y ahí de todas maneras todos exponen; pese a ello, sigo yendo al colegio y ayudando a mi madre en el comedor; aunque aquí también me comunico poco”*. (María)

Para la evaluación psicodiagnóstica se realizaron seis entrevistas psicológicas detalladas de la siguiente manera:

En la Primera Entrevista realizada el día 19-11-2019 se llevó a cabo la entrevista clínica a la adolescente con la finalidad de recolectar información del motivo de consulta así como de la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico.

En la segunda sesión realizada el día 21-11-2019 se recogió información adicional sobre la historia personal de la adolescente.

En la tercera entrevista psicodiagnóstica realizada el día 23-11-2019 se procedió a aplicar a la adolescente el Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend.

En la cuarta entrevista psicodiagnóstica realizada el día 26-11-2019 se aplicó a la adolescente la Escala de Ansiedad Social de Liewobitz.

En la quinta entrevista realizada el día 29-11-2019, se procedió a la devolución en la cual se informó a la paciente información sobre su diagnóstico y tratamiento

En la sexta entrevista realizada el día 03-12-2019 se trabajó con la paciente la técnica de relajación muscular progresiva procurando la relajación y tensión alternada de grupos de músculos de todo el cuerpo, con la aplicación de esta técnica la paciente redujo la ansiedad fisiológica.

Situaciones detectadas

El Factor estresante identificado es dificultades relacionales, como lo podemos evidenciar en la siguiente narrativa de la paciente:

“Tengo dificultades para relacionarme con la gente, recuerdo que esto me ocurre desde segundo año de básica, pues al cambiarme de colegio conocí gente nueva y tuve una experiencia vergonzosa en este nuevo colegio; recuerdo que me tocaba exponer, era una exposición importante para la nota final, yo sabía el tema, pero en ese momento que estaba frente a todos empecé a sentir mucho calor, me ruborice, mi corazón me latía más rápido, sudaban mis manos y pies; así también, sentía tensión en mi cuerpo; tuve que empezar a leer mi papel pues no recordaba mi exposición, mis compañeros empezaron a burlarse de mí, se reían y hablaban entre ellos de lo sucedido, lo cual me hizo sentir muy incómoda y nerviosa”.

Continúa manifestando:

“A pesar que desde antes me ha costado iniciar la conversación con otros, pues suelo ser tranquila, lo que me sucedió ha hecho que sea más temerosa al relacionarme con gente nueva, hablarle a un chico que me gusta o recién conozco, decir mi propia opinión, entrar a un lugar cuando las personas ya están sentadas y sobretudo tener que exponer pues me da miedo que me critiquen o ser el centro de atención, por ello suelo no estar con gente que pueda opinar acerca de mí, recurro a evitar la mirada, alejarme por eso prefiero no salir

mucho o trato de irme rápido del lugar donde estoy cuando hay gente que no conozco; así también, cuando me invitan a una reunión o fiesta prefiero no ir porque me pongo a pensar que podrían pensar mal de mí -Me van a mirar raro-, -Les pareceré aburrida-, -Criticarán lo que digo-”(María)

Aparte de las situaciones sociales, otros factores que facilitaban los ataques y la ansiedad eran las expectativas negativas o preocupación por tener un ataque, o mostrar respuestas de ansiedad y ser evaluada negativamente; y la atención selectiva hacia las sensaciones corporales y las posibles reacciones de los otros. Para protegerse, “María” evitaba el trato con desconocidos, las comidas copiosas con otros y quedarse a dormir en casas ajenas. Asimismo, las reuniones con amigos o familiares le producían una gran ansiedad.

El contexto familiar se caracteriza por bajos niveles de comunicación, sus padres están dedicados a trabajar:

Vive con su madre, padre y un hermano menor que ella, la madre sale de casa a trabajar a las 6 am y regresa alrededor de 8 pm. En las ocasiones que pueden conversar lo hacen de temas como el trabajo, de la familia y del futuro de “María”; sin embargo, en la mayoría de oportunidades la conversación es corta, pues la madre suele llegar cansada del trabajo; así también, ocurre los fines de semana donde la madre desea quedarse en casa a descansar; aunque, “María” desea salir a pasear fuera de casa. Su padre trabaja como chofer en una Empresa de papel, donde pasa la mayor parte del día y llega tarde por la noche.

En cuanto a las pruebas psicológicas aplicadas encontramos un elevado nivel de evitación ansiedad social:

Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend: Las puntuaciones en la adolescente fueron 24/28 Evitación y Angustia Social lo que significa que tiene un elevado nivel de ansiedad social.

Escala de Ansiedad Social de Liewobitz: En esta prueba obtuvo una puntuación de 20/24 lo que refleja ansiedad social significativa.

Con respecto a la sindromología encontramos:

En el área de afectividad, la evaluada presenta un nivel leve de depresión que se encuentra en relación a la disfuncionalidad que le provoca los síntomas de ansiedad y rasgos de personalidad con tendencia auto derrotistas; por lo tanto, evidencia tristeza persistente al no emprender actividades sociales que espera realizar pero no puede; así también, se muestra pesimista al pensar que será muy difícil superar esta situación, viendo su futuro como incierto y cuando ve al pasado no le agrada del todo.

Hay ansiedad significativa puesto que, manifiesta sintomatología ansiosa como ritmo cardiaco acelerado, temblor de manos, sudoración en manos y pies, y una tensión muscular acompañada por preocupación y temor a los que la gente piensa sobre ella o ser el centro de atención; así como, preocupación por posibles desgracias futuras, donde pueda ser juzgada o criticada de manera vergonzosa por otros; por lo cual, exhibe pensamiento anticipatorio y catastrófico.

En el área social-comportamental la paciente presenta dificultades para relacionarse con la gente así como conductas evitativas y de escape, se siente incómoda y nerviosa cuando está en contacto con otras personas, tiene problemas a la hora de dar exposiciones porque entra en ansiedad y se obnubila completamente, los ataques de nervios le provocan más desesperación y angustia.

Se descartó el trastorno de pánico con agorafobia, por las razones ya expuestas, y se consideró que “María” cumplía los criterios de Fobia social F40.10 según el CIE - 10. En efecto, evitaba las situaciones sociales, pero no estar sola; le preocupaban sus reacciones corporales no por sí mismas, sino porque los demás pudieran verlas y evaluarle negativamente; los ataques de pánico estaban relacionados con ciertas interacciones sociales; y las reacciones más características en estas, aparte de las molestias estomacales, eran el rubor, las contracciones nerviosas y el temblor, respuestas más típicas de la fobia social que de otras fobias.

Soluciones planteadas

Se propone implementar un proceso psicoterapéutico con la finalidad de que la adolescente se recupere y vuelva al estado funcional, anterior al acontecimiento vital desencadenante de este trastorno, el mismo está estructurado de la siguiente manera y desde el enfoque cognitivo conductual. Ya que desde este enfoque se ayuda a cambiar la forma cómo piensa y cómo actúa y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. Centrándose en problemas y dificultades del “aquí y en el ahora”

Primero procedimos a intervenir en el área afectiva que tuvo como meta recobrar la confianza en sí misma y en los demás, para este efecto se utilizó la técnica Relajación-Psicoeducación, Reestructuración cognitiva y Estrategias de afrontamiento y resolución de problemas las cuales se prevee en el transcurso de cinco sesiones terapéuticas, el uso de estas técnicas busca mejorar el autoconcepto optimizando por consiguiente la autoestima.

En el área social-comportamental el objetivo estuvo encaminado a suprimir conductas evitativas o de escape y mejorar la interacción social para esto se utilizaron las técnicas de: exposición, entrenamiento en habilidades sociales, juego de roles en el transcurso de tres sesiones terapéuticas, con lo que la paciente aprendió a relacionarse, a perder el miedo a asistir a reuniones y actividades sociales.

Cabe indicar que en el caso desarrollado solo se alcanzó a hacer a una sesión de corte psicoterapéutico por cuanto la paciente no acudió a las subsiguientes, al hacerle una llamada telefónica de seguimiento, supo indicar que agradecía el interés, “que se sentía muy bien”, además que iba a viajar por encontrarse en sus vacaciones escolares, y que cuando regrese a clases si necesitaba me contactaba. Sin embargo de esta situación me mantuve en presentar este caso en virtud de considerarlo pertinente por lo que me aportaba en el trabajo metodológico.

A continuación expongo una matriz del esquema terapéutico descrito:

Esquema terapéutico

Categoría	Objetivo	Actividad	Técnica	Fechas	Numero de Sesiones	Resultados esperados
Afectivo	Enseñar a la paciente sobre la naturaleza de su condición, las causas y efectos y autorregulación de los efectos	Se facilitó conocimientos sobre la fobia social y las medidas que se llevan a cabo para disminuir las respuestas fóbicas a estímulos sociales	Psicoeducación Relajación	03-12-2018	1	La paciente responde con menor ansiedad ante estímulos fóbicos suprimiendo conductas erróneas ante estos
	Enseñar a la paciente a identificar pensamientos egodistónicos así como modificarlos por pensamientos egosintónicos	A través de ejemplos primero de parte del terapeuta y luego haciendo participe a la paciente, esta aprendió a reestructurar los pensamientos	Reestructuración cognitiva	06-12-2018	2	La paciente aprendió a sustituir los pensamientos negativos por positivos

		s disfuncional es				
	Instruir a la paciente en estrategias para acceder a la solución de problemas	Mediante la dialéctica se enseñará a la paciente a solucionar conflictos	Estrategias de afrontamiento y resolución de problemas		2	La paciente adquiere mayor fluidez de procesamiento cognitivo
Social-comportamental	Exponer a la paciente a situaciones fóbicas	Se ánima a la paciente a que realice tareas como subir a un bus, etc.	Exposición	10-12-2018	1	La paciente supera sus respuestas fóbicas ante las reacciones a estímulos sociales
	Entrenar a la paciente en habilidades sociales	Enseñar estrategias para mejorar la interacción social	Entrenamiento en Habilidades Sociales	14-12-2018	1	Que la paciente aprenda estrategias para interaccionar socialmente
	Servir de modelo e intercambiar roles con la paciente poniendo en práctica todo lo aprendido en las sesiones terapéuticas	Se intercambian los roles, mientras se interactúan diferentes situaciones que puedan ocasionar ansiedad.	Juego de roles	17-12-2018	1	La paciente reafirmar el uso de las técnicas que se le enseñan durante la intervención psicológica

Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso, hubo coherencia entre los factores teóricos buscados y la práctica clínica; en el ambiente que se desarrolló la paciente influyó en sus relaciones sociales, afectando directamente en su comportamiento, logrando establecer que los factores estresantes inciden principalmente en el estado de ánimo de la paciente así como en el rendimiento académico y en las relaciones interpersonales.

Para conseguir el diagnóstico estructural más acertado se recurrió al uso de varios instrumentos de valoración diagnóstica, el Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend y la Escala de Ansiedad Social de Liewobitz, cuyos resultados agregados a los datos recopilados en la guía de observación y la historia clínica, desestimaron otro trastorno.

Analizando el caso se logró determinar que los factores estresantes identificados fueron dos, intrínsecamente relacionados, el cambio de colegio y la vergüenza sufrida ante sus nuevos compañeros de aula al no haber podido dar una exposición, desde allí los ataques de pánico se presentaron en progresivo aumento ante todo tipo de situaciones sociales.

Las áreas afectadas, detectadas de la interpretación de los resultados obtenidos en la escrutación psicológica realizada a la paciente, fueron la afectiva y la socio-comportamental, por lo que las estrategias terapéuticas estuvieron direccionadas a su tratamiento.

La estrategia psicoterapéutica ejecutada cumple parcialmente con las metas y actividades planteadas en los objetivos asignados a cada una de ellas, se hubiese obtenido un mayor alcance, de no ser por la falta de colaboración de la paciente que incumplió con la asistencia a las últimas sesiones terapéuticas. Esto nos lleva a una reflexión en torno a nuestro rol como futuro profesional en el ejercicio de nuestro rol como un acompañante respetando la autonomía y ritmo del paciente.

Recomendaciones

Los hallazgos obtenidos son de gran beneficio en cuanto aporte a la profesional que evaluó, fue la adquisición de conocimientos de un tema de relevancia social, y afianzando las destrezas en la psicología clínica., desde el pragmatismo, importantes en diagnóstico e intervención psicoterapéutica, además de la experiencia de ayudar a otro ser humano, de aportar información de carácter exploratorio de primera mano para otros investigadores interesados en esta problemática.

Cabe indicar que en el caso desarrollado solo se alcanzó a hacer a una sesión de corte psicoterapéutico por cuanto la paciente no acudió a las subsiguientes, al hacerle una llamada telefónica de seguimiento, supo indicar que agradecía el interés, “que se sentía muy bien”, además que iba a viajar por encontrarse en sus vacaciones escolares, y que cuando regrese a clases si necesitaba me contactaba. Sin embargo de esta situación me mantuve en presentar este caso en virtud de considerarlo pertinente por lo que me aportaba en el trabajo metodológico.

Se recomienda realizar un seguimiento a la paciente y que continúe asistiendo a terapias de seguimiento, para continuar disminuyendo la ansiedad fóbica situacional y experiencial, así continuará mejorando en sus relaciones interpersonales y la confianza en sí misma.

Los familiares deberían ser más participativos e integrarse en las sesiones que tienen como objeto mejorar sus relaciones intrafamiliares y afectivas, en donde se los guíe con habilidades asertivas para que prevalezca el respeto y la armonía en cada uno de sus miembros, y que los entrenadores reciban asesoramiento de cómo orientar y motivar a los deportistas, así como mantener el dialogo entrenador - psicólogo.

Bibliografía

- Armendariz, R. R. (2011). *Ayudando A Amar Amando: Como Vivir Tu Relacion de Pareja Con Madurez y Crecimiento Continuo Con Pnl y Psicologia Transpersonal*. EDIT PAX MEXICO (1 de junio de 2011).
- Beck, A. (2014). *Terapia cognitiva*. buenos Aires: Gedisa.
- Branden, N. (2010). *La autoestima de la mujer* . España : Paidos Iberica .
- Ceberio, M. R. (2018). *Los juegos del mal amor: El amor: la comunicación y las interacciones que destruyen parejas*. Barcelona : EDICIONES B.
- citado por Cardona Jaramillo, A. M. (2016). Revisión documental sobre el tema de la elección de pareja en la literatura académica, científica y no científica en español entre los años 2005-2015. (*Doctoral dissertation, Psicología*).
- citado por Rojas, Q. (2017). *Repositorio Institucional - UCV*. Obtenido de UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22594>
- Congost, S. (2015). *autoestima automática. Cree en ti y alcanza tus metas*. Barcelona (España): Editorial Planeta, S. A., 2015.
- Cortina, M. (2018). Avances clínicos de teoría del vínculo de apego en los últimos 25 años. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (59), 2., 12.
- Diaz, R. (2016). *Fobia, angustia y panico, que son?* Guadalajara: Hilanda.
- Estrada, M. R. (2015). Autoestima: clave del éxito personal (Vol. 4). En M. Estrada, *Autoestima: clave del éxito personal (Vol. 4)*. Editorial El Manual Moderno.
- Freire, Z. (2017). *Transtornos de la personalidad*. La Paz: Potosi.
- Garcia, A. (2015). *Fobia Social*. Barcelona: Paidos.
- Graham. (2015). *Epidemiologia de trastornos en niños y adolescentes*. San Francisco: Widehouse.
- Illouz, E. (2012). *Por qué duele el amor. Una explicación sociológica Why love hurts (Spanish Edition)*. Capital Intelectual S A (30 de octubre de 2012).
- Lorenz. S. (2016). *Trastornos psiquiátricos*. Dallas: Wall.
- Nezu, Harris . (2015). *Terapia cognitiva* . Boston : Nuevo mundo.
- Nicolás, J. J. (2012). *¿De verdad tienes una alta autoestima? Compruébalo* . Editorial Club Universitario.
- Organizacion mundial de la salud [OMS]. (2018). *Clasificacion internacional de enfermedades*. New York: Naciones Unidas.

- Peñarrosa, X. (2017). *Fobias*. Santiago: Lucero.
- Perez, S. (2015). *Transtornos psiquiatricos*. Buenos aires: Segada.
- Robinson, L. (2016). *Trastornos psiquiatricoa*. Dallas: Hanson.
- Roca, E. (2014). *UNA VISIÒN ACTUAL, BASADA EN LA INVESTIGACIÒN*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Rodriguez, H. (2017). *Timidez y adolescencia*. Mexico: La Palma.
- Saenz, P. (2014). *Estres, causas y efectos*. Madrid: Buenaventura.
- Young , J., & Klosko , J. (2012). *Reinventar tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo (Divulgación-Autoayuda)*. Barcelona, España: Paidòs.

ANEXOS

Anexo 1: fotografías

Imagen 1

La autora del estudio de caso Mirian Sobeida Villamar Contreras en compañía de la tutora del proyecto MSC. Gina Esmeralda Beltrán Baquerizo durante la primera sesión de tutoría.



Imagen 2

Aplicando la entrevista clínica a la paciente para recabar información desde sus antecedentes hasta la actualidad.



Anexo 2. Ficha de observación psicológica

FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

Tiempo de observación: minutos _____ hora de inicio _____ hora final _____

Tipo de observación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIO

Anexos 3.- Historia Clínica Psicológica

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS,
SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA PRÁCTICAS PRE-
PROFESIONALES

CASO N°

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES:

.....

EDAD:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

INSTRUCCIÓN:

.....

OCUPACIÓN:

.....

ESTADO CIVIL:

.....

DIRECCIÓN:

.....

TELÈFONO:

REMITENTE:

2- MOTIVO DE CONSULTA: MANIFIESTO:

.....

.....

LATENTE:

3- SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

.....

4-IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

.....

5-TOPOLOGÍA FAMILIAR:

.....

6-TOPOGRAFÍA HABITACIONAL:

7-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:

.....

8-HISTORIA EVOLUTIVA:

.....

PARTO:

.....

LACTANCIA:

.....

LENGUAJE:

.....

CRISIS VITALES:

.....

CRISIS EXISTENCIALES:

.....

9-ESCOLARIDAD:

.....

16-HECHOS TRAUMATIZANTES:

.....

17-ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

.....

18-APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES:

.....

19-CONDUCTA SEXUAL:

.....

20-ACTIVIDAD ONÍRICA:

.....

21-ADAPTACIÓN SOCIAL:

.....

22-ADAPTACIÓN FAMILIAR:

.....

23-RELACIONES INTRAFAMILIARES:

.....

24-ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

.....

25-PENSAMIENTO:

.....

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

.....

CURSO DEL PENSAMIENTO:

.....

26-LENGUAJE:

.....

27-PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:

.....

Test Caracterológico:

.....

Test de inventario de ansiedad:

.....

28-DIAGNÓSTICOS:

FENOMÉNICO:

.....

DINÁMICO:

.....ESTR

UCTURAL:

.....

31-ESQUEMA TERAPÉUTICO

.....

EVALUACIÓN REALIZADA POR: _____

Anexo 4- Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend

Identificación Fecha

Indique si las afirmaciones siguientes reflejan o no sus reacciones.

	<u>Verdadero</u>	<u>Falso</u>
1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales no familiares		
2. Trato de evitar las situaciones en las que debo ser muy sociable.		
3. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con extraños.		
4. No tengo ningún deseo en especial de evitar a la gente.		
5. Normalmente los encuentros sociales me resultan incómodos.		
6. Normalmente me siento tranquilo y cómodo en los encuentros sociales.		
7. Normalmente estoy cómodo cuando hablo a alguien del sexo opuesto.		
8. Trato de evitar hablar con las personas, a no ser que las conozca.		
9. Si tengo la oportunidad de conocer gente, normalmente la aprovecho.		
10. Frecuentemente me siento nervioso en reuniones informales en las que están presentes personas de ambos sexos.		
11. Normalmente me pongo nervioso con las personas, a menos que las conozca.		
12. Normalmente estoy relajado cuando estoy con un grupo de personas.		
13. Frecuentemente deseo huir de la gente.		
14. Frecuentemente me siento incómodo cuando estoy con un grupo que no conozco		
15. Normalmente estoy relajado cuando estoy con alguien por primera vez.		
16. Ser presentado a alguien me pone tenso y nervioso.		
17. Aunque una habitación esté llena de personas no conocidas, puedo entrar sin ningún problema.		
18. Evitaría acercarme a un amplio grupo de personas y unirme a ellas.		
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago gustosamente.		
20. Frecuentemente me siento nervioso cuando estoy con un grupo de gente.		
21. Tiendo a huir de la gente.		
22. No me importa hablar con la gente en reuniones informales y encuentros sociales.		
23. Raras veces me siento cómodo con un amplio grupo de personas.		
24. Frecuentemente invento excusas para evitar compromisos sociales.		
25. Algunas veces tomo la responsabilidad de presentar a la gente.		
26. trato de evitar los encuentros sociales formales.		
27. Normalmente voy a cualquier compromiso social que tengo.		
28. Tengo facilidad para relajarme cuando estoy con otras personas.		

TOTAL:

Anexo 5.- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

Identificación Fecha

Indique si las afirmaciones siguientes reflejan o no sus reacciones.

	<u>Verdadero</u>	<u>Falso</u>
1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales no familiares		
2. Trato de evitar las situaciones en las que debo ser muy sociable.		
3. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con extraños.		
4. No tengo ningún deseo en especial de evitar a la gente.		
5. Normalmente los encuentros sociales me resultan incómodos.		
6. Normalmente me siento tranquilo y cómodo en los encuentros sociales.		
7. Normalmente estoy cómodo cuando hablo a alguien del sexo opuesto.		
8. Trato de evitar hablar con las personas, a no ser que las conozca.		
9. Si tengo la oportunidad de conocer gente, normalmente la aprovecho.		
10. Frecuentemente me siento nervioso en reuniones informales en las que están presentes personas de ambos sexos.		
11. Normalmente me pongo nervioso con las personas, a menos que las conozca.		
12. Normalmente estoy relajado cuando estoy con un grupo de personas.		
13. Frecuentemente deseo huir de la gente.		
14. Frecuentemente me siento incómodo cuando estoy con un grupo que no conozco		
15. Normalmente estoy relajado cuando estoy con alguien por primera vez.		
16. Ser presentado a alguien me pone tenso y nervioso.		
17. Aunque una habitación esté llena de personas no conocidas, puedo entrar sin ningún problema.		
18. Evitaría acercarme a un amplio grupo de personas y unirme a ellas.		
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago gustosamente.		
20. Frecuentemente me siento nervioso cuando estoy con un grupo de gente.		
21. Tiendo a huir de la gente.		
22. No me importa hablar con la gente en reuniones informales y encuentros sociales.		
23. Raras veces me siento cómodo con un amplio grupo de personas.		
24. Frecuentemente invento excusas para evitar compromisos sociales.		
25. Algunas veces tomo la responsabilidad de presentar a la gente.		
26. trato de evitar los encuentros sociales formales.		
27. Normalmente voy a cualquier compromiso social que tengo.		
28. Tengo facilidad para relajarme cuando estoy con otras personas.		

TOTAL: