

Ansiedad de evaluación e interpersonal.

J. Niño Triviño

Máster en Intervención en la Ansiedad y el Estrés.

Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia:

E-mail: masterans@psi.ucm.es

CASO CLÍNICO

- ▶ 1. Motivo de consulta y comportamiento durante la sesión.
- ▶ 2. Breve historia personal.
- ▶ 3. Evaluación. Instrumentos aplicados.
- ▶ 4. Principales conductas problema.
- ▶ 5. Hipótesis explicativa.
- ▶ 6. Diagnóstico.
- ▶ 7. Objetivos terapéuticos.
- ▶ 8. Plan de tratamiento. Técnicas empleadas.
- ▶ 9. Desarrollo y diario del tratamiento.
- ▶ 10. Resultados.

Datos del paciente

Nombre: R.

Sexo: mujer.

Edad: 19 años.

Estado civil: soltera.

Profesión: estudiante.

1. Motivo de consulta y comportamiento durante la sesión.

La paciente viene a consulta porque cree necesitar ayuda en ciertos aspectos sociales y emocionales.

Relata dificultades en las relaciones interpersonales. Se pone muy nerviosa si tiene que hablar en público y si, a pesar de todo, consigue hablar, su activación continúa aumentando.

Otra de sus quejas iniciales es que se preocupa por cosas que no considera importantes. Durante la exploración está colaboradora, respondiendo a todas las preguntas de forma participativa.

2. Breve historia personal.

Es la pequeña de 4 hermanos, los 3 mayores están casados y ella vive con sus padres. Su padre es pensionista a causa de una lesión en la espalda y su madre está de baja debido a una reciente operación.

Vivió su infancia en un pueblo, trasladándose a la capital posteriormente.

Sus padres se casaron muy jóvenes. Su madre tuvo su primer hijo a los 16 años.

La situación económica familiar es difícil.

Durante dos años de su vida, cuando estaba en el Instituto, vivió con una de sus hermanas. Este periodo de su vida fue bastante problemático.

3. Evaluación. Instrumentos aplicados.

Los métodos de evaluación utilizados han sido los siguientes:

1. Entrevista.
2. Observación.
3. Cuestionario biográfico.
4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. - ISRA.- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986).
5. Test de Automanifestaciones en la Interacción Social. - S.I.S.S.T.- (Glass, Merluzzi, Biever, y Larsen, 1982).
6. Autoinforme sobre la Seguridad de Hablar en público. - P.R.C.S.- (Paul, 1966).
7. Autorregistros.

3.1. ENTREVISTA

Las entrevistas, de 55 minutos de duración, están dirigidas a la obtención de información relevante para comprender más adecuadamente el problema y conseguir un Análisis Funcional.

3.2. OBSERVACIÓN

La observación como método de Evaluación es muy útil, puesto que se recoge información

directamente de la paciente sin la mediación de ningún tipo de instrumento.

3.3. CUESTIONARIO BIOGRÁFICO

A) Datos clínicos

No tiene demasiado claras sus demandas. Estas se reparten entre dificultades en las relaciones sociales y excesivo nerviosismo cuando habla en clase, además de preocupación por aspectos poco relevantes de su vida. Ella reconoce que se preocupa, a veces, por cosas que no tienen ninguna trascendencia.

B) Aspectos biopsicosociales

| ANTECEDENTES

- Desarrollo intelectual adecuado.
- Sin dificultades en las relaciones sociales en la infancia. Este ha sido un problema posterior.
- Baja de hierro durante una época de su vida en la que perdió varios kilos en poco espacio de tiempo.

| EN LA ACTUALIDAD

- Cursa primero de Psicología lo cual no le agrada demasiado. Si tuviera un trabajo dejaría de estudiar, debido sobre todo a las dificultades económicas de su familia. Trabaja esporádicamente y durante breves periodos de tiempo.
- Sale con un chico desde hace algo más de un año. Los amigos de éste son un problema para ella, puesto que le invitan a hacer ciertas cosas que ella no acepta.
- Realiza ejercicio siempre que puede. Le gusta el fútbol y el deporte en general.
- La gusta leer, salir y estar con la familia.
- Entre los síntomas físicos más comunes que manifiesta: Dolores de cabeza, palpitaciones, pesadillas, dificultad para relajarse y timidez frente a otras persona.
- No fuma y no bebe.
- No padece enfermedades importantes.

C) Aspectos familiares

La relación con sus padres es buena, según sus propias palabras. Con la hermana que más se relacionó y se relaciona en la actualidad es con la que le precede en orden de nacimiento.

Esta hermana, 6 años mayor que la paciente, le llevó, cuando R. sólo tenía 5 años a un culto gitano, donde una persona sacaba al demonio del intestino de otro sujeto, lo que le produjo una etapa de pesadillas frecuentes. Dice haberlo superado.

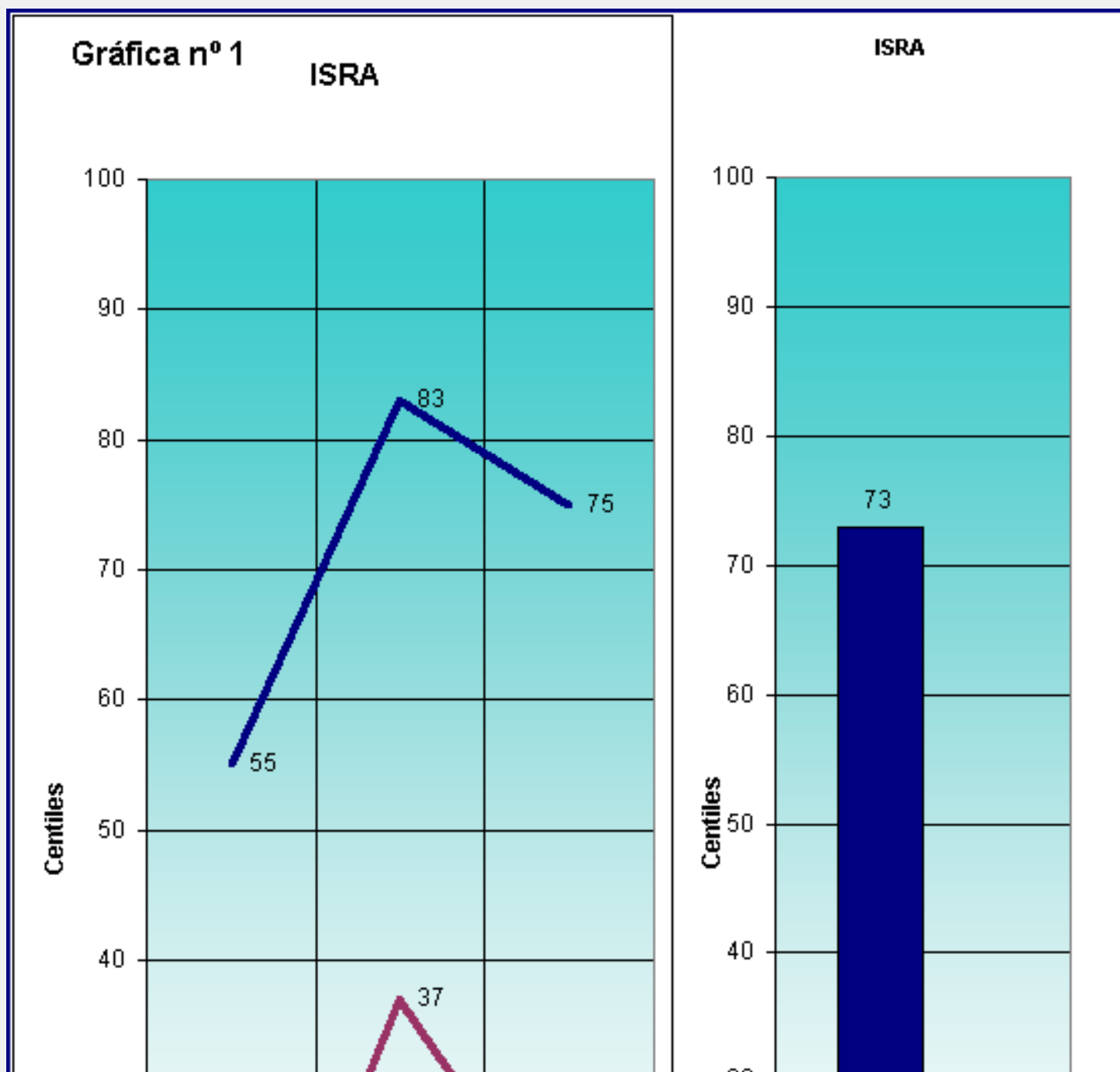
A los 15 años se va a vivir durante 18 meses con esta hermana, la cual ya está casada. Al comienzo de esta etapa perdió 10 kilos en un intervalo pequeño de tiempo.

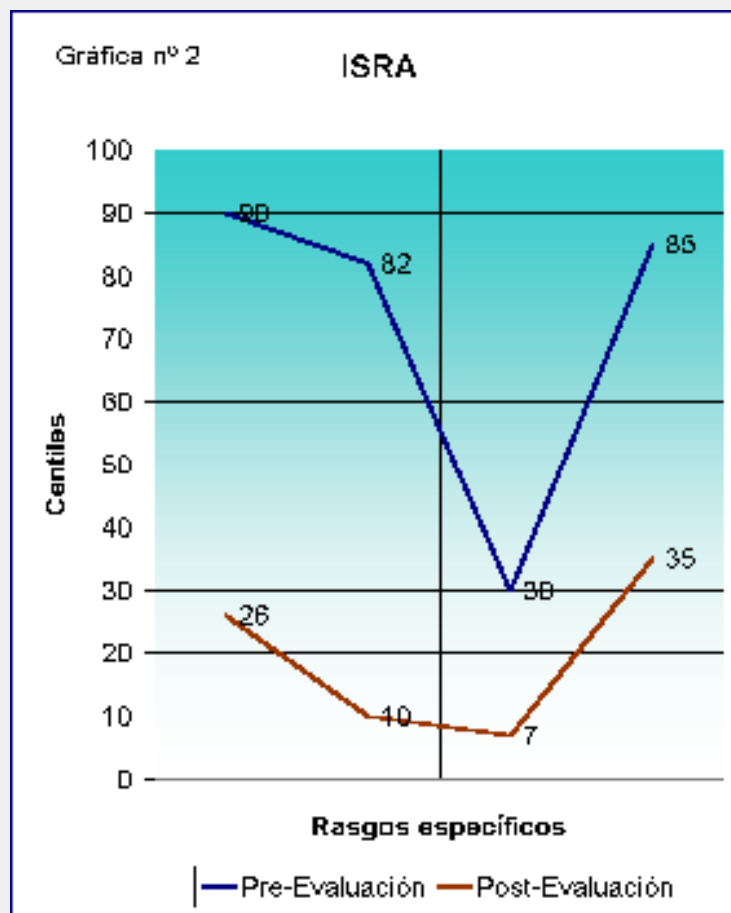
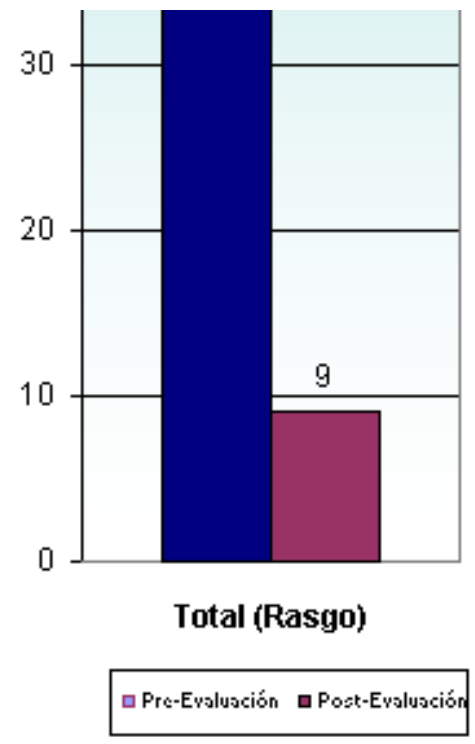
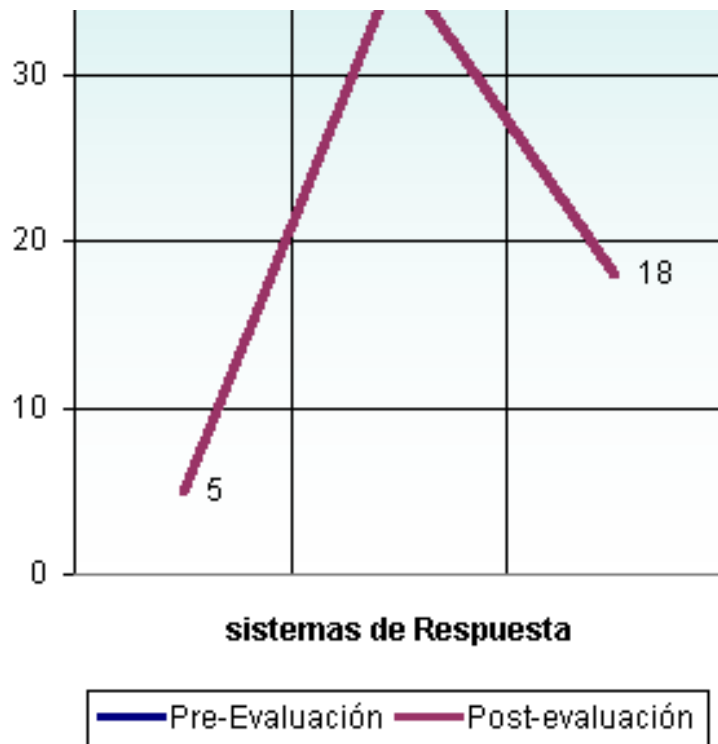
3.4. INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD. - ISRA.- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986).

Las puntuaciones en centiles que nos aporta el ISRA son las siguientes:

Presenta una centil de 75 en la puntuación Total de Rasgo. Esta centil viene dada por los siguientes centiles: 55 en el Sistema Cognitivo, 85 en el Sistema Fisiológico y 75 en el Motor.

Por lo que se refiere a los Rasgos Específicos (en centiles): 90 en Ansiedad de Evaluación, 85 en Evaluación Interpersonal, 30 en Ansiedad Fóbica y 85 en Ansiedad de la Vida Cotidiana. (Ver gráficas [1](#) y [2](#))

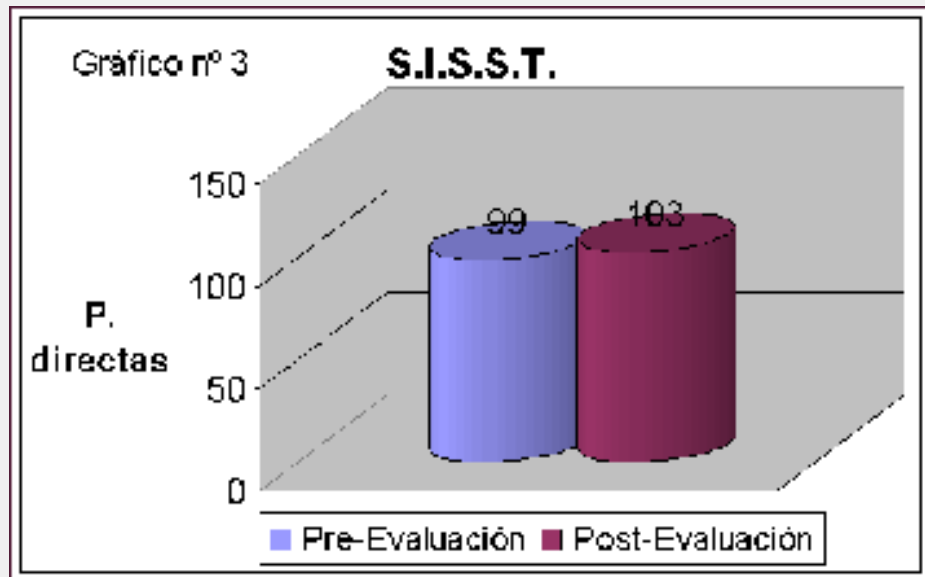




3.5. TEST DE AUTOMANIFESTACIONES EN LA INTERACCIÓN SOCIAL. - S.I. S.S.T.- (Glass, Merluzzi, Biever, y Larsen, 1982) .

Esta prueba no está baremada y es utilizada como comparación entre resultados Pre-tratamiento y Post-tratamiento.

Como su propio nombre indica la prueba nos muestra resultados de las manifestaciones o autoinstrucciones durante la interacción social.



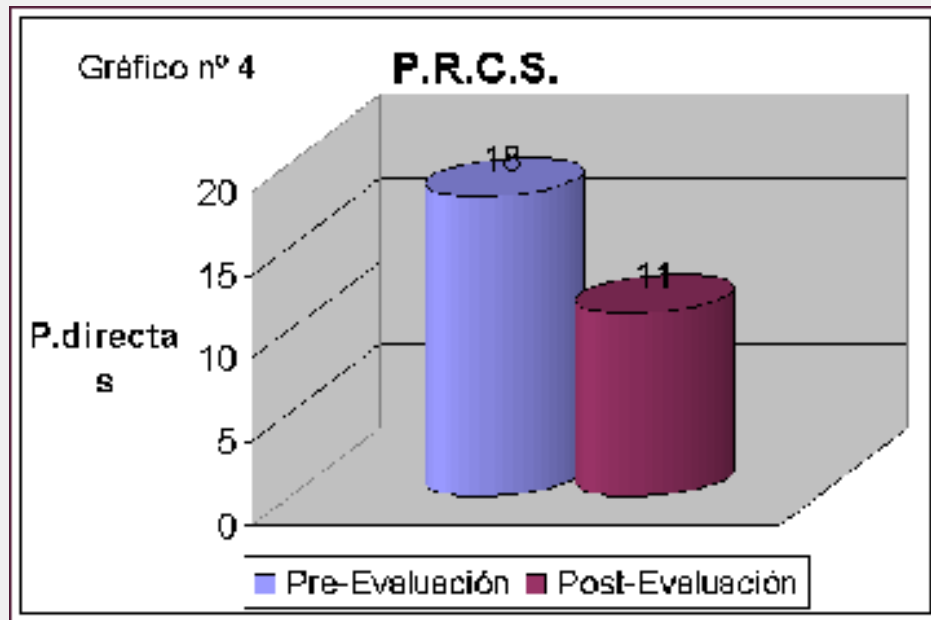
En este caso su puntuación directa es de 99. ([Ver gráfica 3](#))

3.6. AUTOINFORME SOBRE LA SEGURIDAD DE HABLAR EN PÚBLICO. - P.R. C.S.- ([Paul, 1966](#)).

Con esta escala nos ocurre algo similar a lo de la anterior, no está baremada.

Su puntuación directa es de 18. Con este dato no podemos decir si es mucho o poco puesto que no

existen datos con qué compararlo. Sin embargo, sí que tiene utilidad para valorar el cambio que aparezca al pasárselo después del tratamiento. (Ver gráfica 4).



3.7. AUTORREGISTROS

Se realizan registros de relajación y de alimentación. Este último sólo se mantuvo durante una semana, mientras que el de relajación acompañó todo el tratamiento. El autorregistro ayuda considerablemente al "obligar" a la paciente a hacer la relajación. El hecho de que se revisen en cada sesión los autorregistros de la semana hace que el paciente los realice. Con los autorregistros se pretende que el paciente comience a observarse de forma y manera sistemática. Así, la paciente irá conociendo todas las sensaciones corporales de modo que pueda llegar a controlarlas.

4. Principales conductas problema.

- Dificultad excesiva para iniciar y mantener relaciones interpersonales.
- Problemática a la hora de hablar en público.
- Dificultades para tomar decisiones sobre aspectos cotidianos, que objetivamente no reúnen las características de una situación difícil de afrontar. Ej: quedar o no quedar con su novio.
- Sensaciones de desaliento al inicio del día. Los días que tiene muchas cosas que hacer se siente decaída al despertar. Estos momentos son los más difíciles para ella pero desaparecen en poco espacio de tiempo.
- Los instantes posteriores a cualquier intervención que haga en clase. Inmediatamente después de este acontecimiento aparece una respuesta fisiológica y cognitiva importante.
- Dificultad para relacionarse con los amigos de su novio. Esta situación la genera un cierto grado de ansiedad y muchas de las discusiones con su "media naranja". Ella no carece de recursos en Habilidades Sociales, pero en ciertas ocasiones es incapaz de ponerlas en práctica, quedándose en esas situaciones bloqueada, sin saber qué hacer ni qué decir.
- Preocupación moderada por su figura corporal, fijándose sobre todo y casi exclusivamente en una parte de su cuerpo: las caderas. Dice que cuando come algo más de lo normal, se le fija en dicha parte del cuerpo, de modo que cuando esto

la paciente:
dificultad para
relajarse,
estados
emocionales
variables,
indecisión a la
hora de tomar
la iniciativa,
etc.

6. Diagnóstico.

- Siguiendo el Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV, el diagnóstico es el de Fobia Social.

7. Objetivos terapéuticos.

OBJETIVO GENERAL:

- Eliminación de respuestas de ansiedad ante situaciones sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Eliminar los pensamientos irracionales.
- Capacitar a la paciente para afrontar situaciones interpersonales problemáticas.
- Aumentar el número de participaciones en grupos.
- Adquirir recursos para la toma de decisiones ante sucesos problemáticos.
- Aprender a controlar su activación fisiológica.
- Poner en práctica sus habilidades sociales.

8. Plan de tratamiento. Técnicas empleadas.

8.1. INFORMACIÓN.

- Explicación teórica sobre qué es la Ansiedad, sus características, su función, sus particularidades.

8.2 ENTRENAMIENTO EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

Hacer ver a la paciente lo irracional de alguna de sus ideas; Ej:

- Las cosas no sólo se pueden hacer bien o mal. Existe un punto medio.
- Lo que hagamos hoy no determina de forma absoluta lo que ocurra mañana.

- Lo que hace la mayoría de la gente no es la mejor solución en todos los casos.
- Para tomar decisiones no es estrictamente necesario tener que apoyarse en otras personas.

8.3. RELAJACIÓN.

Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson. El éxito de la técnica dependerá en gran medida del entrenamiento particular que lleve a cabo la paciente.

8.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

Este entrenamiento se lleva mediante ensayo de conductas en diferentes situaciones. El esquema en el E.H.S. es el siguiente:

- Pequeña explicación teórica.
- Modelado.
- Ensayo de conducta.
- Refuerzo verbal.
- Sugerencias de mejora.

8.5. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Mediante la explicación, paso a paso de la técnica, se conseguirá un aumento de la eficacia a la hora de enfrentarnos ante situaciones problemáticas.

Se trabaja con las siguientes fases:

- Orientación hacia el problema.
- Definición y formulación del problema.
- Generar alternativas.
- Toma de decisiones.
- Ejecución y verificación.

8.6. AUTORREGISTROS.

Este instrumento además de ser importante en la evaluación, cumple un papel significativo en la fase de tratamiento puesto que el sujeto va observando su evolución en ciertos aspectos. En este caso verá de forma gráfica sus propias puntuaciones y cómo estas van siendo cada vez más beneficiosas.

9. Desarrollo y diario del tratamiento.

1ª SESIÓN:

Se le comienza a pasar el cuestionario biográfico pero sin concluirlo en esta primera

sesión. Parece un poco cohibida pero no se niega a contestar a ningún tipo de pregunta.

Estuvo en terapia con un psicólogo aunque sólo durante 2-3 sesiones, dejándolo en cuanto se sintió un poco mejor.

Puede tener un pequeño problema con la comida. A veces se pasa una semana comiendo sólo fruta.

Su peor época fue cuando cambió de domicilio. Pasó 18 meses viviendo con su hermana.

2ª SESIÓN:

Se termina con el cuestionario biográfico. Está más tranquila que el primer día.

Dice que se preocupa por pequeñas cosas y eso no le gusta.

Su hermana S. que ocupa el puesto 3º, por orden de nacimiento, la llevó a un culto gitano donde una persona sacaba el demonio del interior a otro sujeto. R. sólo contaba con 5 años en éste momento. Esto la produjo pesadillas.

Hasta los 9 años vive en un pueblo de Madrid con sus padres. A partir de esta edad vive en Madrid. A los 14-15 años vive con su hermana S. ya casada, durante 18 meses. Durante esta época perdió 10 kg. durante un espacio corto de tiempo.

Al finalizar la sesión pregunta si se la nota ansiosa. La preocupa como la vean los demás

Se le manda que traiga contestado el ISRA para la próxima semana.

3ª SESIÓN:

Trae contestado el ISRA y además se le pasa el AUTOINFORME SOBRE LA SEGURIDAD DE HABLAR EN PÚBLICO (P.R.C.S.) y EL TEST DE AUTOMANIFESTACIONES EN LA INTERACCIÓN SOCIAL (S.I.S.S.T.)

Se le da el autorregistro alimenticio para que lo lleve a cabo esta semana.

4ª SESIÓN:

Se fijan objetivos.

Se revisa el autorregistro de comidas.

Además se le comentan los resultados de sus pruebas: En el ISRA aparece el sistema fisiológico como el más afectado, seguido por el motor y después el cognitivo.

Se le explica lo que es la ansiedad y posteriormente continuamos haciendo terapia

cognitiva, explicándole lo importante que son las creencias irracionales. También se comenta algo sobre solución de problemas.

5ª SESIÓN:

Se le indican los pasos que debe seguir para la Solución de Problemas. Para el próximo día traerá un problema con el cual haya utilizado la técnica.

Se le entrega una hoja informativa sobre ansiedad.

Comenzamos con la 1ª sesión de relajación.

Como tarea para casa se le dice que practique porque es muy importante llegar a dominar la técnica. También se le entrega un autorregistro para la relajación.

6ª SESIÓN:

Por lo que se refiere al problema a tratar con la Técnica de Solución de Problemas dice que lo ha hecho en casa pero lo cierto es que no lo ha traído a la consulta.

La relajación tampoco la ha entrenado.

Lo primero que dice hoy es que viene con problemas. Sus padres se irán trabajar a Palma de Mallorca y ella se va a quedar sola en casa. Estuvo llorando levemente. La posibilidad de compartir piso va a consultarlo con sus padres pero cree que no le van a dejar por motivos de que el piso también pertenece a sus tíos.

Hemos trabajado con ventajas e inconvenientes de quedarse aquí y de marcharse a Palma.

Reestructuración cognitiva: Se le informa de que no podemos trabajar con sus padres sino que vamos a trabajar con ella. Además se le dice que la persona más importante para ella es ella misma y no sus padres o su novio.

Hemos hecho una 2ª sesión de relajación pero ha sido una relajación pasiva (recorriendo mentalmente los diferentes grupos musculares, sin tensar).

Se le manda que haga la relajación y los autorregistros.

7ª SESIÓN:

En esta sesión se lleva a cabo el entrenamiento es Habilidades Sociales y la 3ª sesión de relajación.

8ª SESIÓN:

Han pasado 15 días desde la última sesión. Está muy contenta de lo que ha aprendido. La

relajación dice que le viene muy bien y que le ayuda mucho.

Comenta que la técnica que más utiliza es la de Solución de Problemas.

Informa de que se encuentra muy bien consigo misma en todos los aspectos

Hemos llevado a cabo la 4ª sesión de relajación.

9ª SESIÓN:

Ha pasado las vacaciones de Semana Santa con su novio y se ha encontrado realmente bien, el problema apareció cuando tuvo que separarse de él. Cuenta que en ese momento se deprimió y lloró.

Ha estado trabajando durante algunos días, lo que le ha dado algo de independencia económica.

Dice que se preocupa por cosas poco importantes y tiene cambios en el estado de ánimo.

Trabajamos con ideas irracionales.

10ª SESIÓN:

Llega muy contenta diciendo que está muy bien y que tras haber realizado una pregunta en clase no se puso demasiado nerviosa.

Se ha visto unos días con un antiguo amigo y está muy contenta aunque dice que a su novio no le gustaría si lo supiera.

En su casa le va bastante bien aunque su padre esté en Mallorca.

Con su novio también le va muy bien.

La técnica que más le ha servido ha sido la Solución de Problemas, según sus propias palabras.

Terminamos con la última sesión de relajación.

Le entregué los cuestionarios para que me los contestara en casa.

Vamos a distanciar las sesiones cada 15 días de forma que la ruptura no sea brusca.

Después de corregir las pruebas, que entregó a los pocos días, se decide dar el alta a la paciente en la próxima sesión, citándola para hacer el seguimiento a los 3 meses, 6 meses y 1 año.

10. Resultados.

En las puntuaciones de la prueba P.R.C.S. y en la S.I.S.S.T., comparándolas con las obtenidas en la Pre-Evaluación, no ha habido demasiado cambio, pero se ha mejorado en ambos casos. (Ver Gráficas [3](#) y [4](#))

Por otro lado, los resultados del ISRA son extraordinarios. La disminución de sus niveles de ansiedad es muy importante.

En el Factor I ha bajado del centil 90 al 25, en el Factor II del centil 85 al 10, en el Factor III del 30 al 10 y en el Factor IV del centil 85 al 35.

En los Sistemas de Respuesta, como es lógico, también se ha visto reflejada la franca mejoría. El Sistema Cognitivo ha disminuido de un centil 55 al 5, el Fisiológico del centil 85 al 40 y el Motor de un 75 a un 20. (Ver Gráficas [1](#) y [2](#))

Referencias

- American Psychiatric Association. (1995). *D.S.M.-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Miguel Tobal, J. J., y Cano Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –I.S.R.A.* Madrid: TEA Ediciones (2ª Ed., 1988).
- Paul, G. L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA.: Stanford University Press.

Referencia a este artículo según el estilo de la APA:

Niño, J. (1998). Ansiedad de evaluación e interpersonal. *Psicologia.COM* [Online], 2 (1), 73 párrafos.
Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_8.htm [1 Febrero 1998]
NOTA: la fecha indicada entre corchetes será la del día que se haya visualizado este artículo.



© **INTERSALUD**, 1998. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito del titular del copyright.
