

## **PRESA DENTRO MI PROPIO CUERPO**

### **CASO DE FOBIA SOCIAL**

**Claudia Lorena Velez Colque<sup>1</sup>**

Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

#### **RESUMEN.**

El presente documento contiene la descripción de las intervenciones terapéuticas realizadas en un caso de fobia social. La joven de 20 años acude a una institución privada de salud para recibir tratamiento psicológico bajo el diagnóstico de fobia social, antes de iniciar la intervención se confirma el diagnóstico con los indicadores del DSM V, además de la aplicación de escalas de ansiedad y fobia sociales utilizados en la práctica clínica. En la intervención terapéutica se sigue el modelo de la Terapia Breve Estratégica aplicado a fobias y pánico, utilizado por Giorgio Nardone. Las técnicas utilizadas en el proceso terapéutico fueron: auto-registros, prescripciones paradójicas, redefinición del problema y connotación positiva. A partir de la intervención utilizada en pocas semanas se evidencian grandes cambios en la joven se extinguen los síntomas de activación fisiológica y realiza actividades por si misma fuera de la casa. Actualmente se encuentra retomando las relaciones con sus antiguas amistades.

**Palabras clave:** Fobia social, terapia breve estratégica, terapia centrada en soluciones, prescripciones paradójicas, ansiedad.

#### **SUMMARY**

The present document contains the description of the therapeutic interventions made in a case of social phobia. The 20 years old young woman goes to a private institution of health for a psychological treatment under the diagnostic of social phobia, before the intervention starts, the

---

<sup>1</sup> Segundo premio en la presentación del casos: Primer Ateneo de casos con enfoque sistémico, Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

diagnostic is confirmed with the indicators of DSM V as well from the application of scales of social anxiety and social phobia used in the clinic practice. In the therapeutic intervention, the model of brief strategic therapy is followed and applied to phobias and panic, used by Giorgio Nardone. The techniques used in the therapeutic process were self-registers, paradoxical prescriptions, redefinition of the problem and positive connotation. From the intervention used in few weeks have been evidenced big changes in the young woman the symptoms of activation physiological are extinguished and make activities by herself outdoors. Currently she is retaking friendships with old friends.

**Key words:** Social phobia, brief strategic therapy. solution focused therapy, paradoxical prescriptions, anxiety.

## RESUMO

O presente documento contém a descrição das intervenções terapêuticas realizadas num caso de fobia social. A jovem de 20 anos vai a uma instituição privada de saúde para receber tratamento psicológico baixo o diagnóstico de fobia social, dantes de iniciar a intervenção confirma-se o diagnóstico com os indicadores do DSM V além do aplicativo de escalas de ansiedade social e fobia social utilizados na prática clínica. Na intervenção terapêutica segue-se o modelo da Terapia Breve Estratégica aplicado a fobias e pânico, utilizado por Giorgio Nardone. As técnicas utilizadas no processo terapêutico foram: auto-registros, prescrições paradójicas, redefinição do problema e connotación positiva. A partir da intervenção utilizada em poucas semanas se evidenciam grandes mudanças na jovem extinguem-se os sintomas de activação fisiológica e realiza actividades por se mesma fosse da casa. Actualmente encontra-se retomando as relações com suas antigas amizadas.

**Palavras-chave:** Fobia social, terapia breve estratégica, terapia focada em soluções, prescrições paradoxais, ansiedade.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

### *Datos generales.*

Melina de 20 años (paciente identificada), vive actualmente con ambos padres María y Augusto, y su hermano Ramiro de 24 años, quién padece una discapacidad motora desde niño, por lo cual requería una constante atención de los padres, mucho más de la madre quién se dedicaba a atenderlo. En el colegio Melina casi no tenía amigas le cuesta relacionarse con sus compañeros, experimenta episodios donde se siente muy avergonzada en el curso frente a sus compañeros a causa de los regaños fuertes de un profesor, en los cursos pre universitarios un docente le recuerda la situación vivida con el profesor del colegio y presenta activación fisiológica, vuelve el temor a ser evaluada negativamente o ridiculizada, el malestar aumenta en la universidad, finalmente deja los estudios universitarios hace 2 años y evita salir de casa.

### *Demanda.*

Melina es derivada a Psicología por el servicio de Medicina General de una institución de salud privada, el doctor quién la atiende en primera instancia por problemas de anemia, sueño, cansancio y ansiedad, realiza la derivación al servicio de Psicología dentro de la misma institución. La paciente viene acompañada de la mamá María quién da los detalles del caso a la terapeuta. Hace aproximadamente dos años Melina empieza a tener problemas de relacionamiento social, presentando activación fisiológica (temblores, dolor de cabeza, respiración agitada, falta de aire, incremento en los latidos del corazón), en situaciones donde hay bastantes personas o en ambientes cerrados, estos síntomas solo se atenúan cuando Melina sale a

un lugar espacioso y al aire libre como una plaza y se queda sola hasta que recupera la tranquilidad.

Esta condición ha hecho que ella abandone sus estudios en la universidad, permaneciendo en la casa con sus padres y su hermano. En ocasiones los padres han intentado que salga a la calle llevándola al mercado o pidiendo que ella les acompañe a hacer actividades, pero la activación fisiológica hace que ella retorne a su casa, convirtiéndose en un martirio para Melina salir de casa, incluso la activación fisiológica aparece cuando ella está en el transporte público rodeada de personas, para evitar los síntomas de ansiedad Melina ha intentado diversas soluciones, no salir de casa, aislarse de sus compañeros, cuando sale a la calle lo hace en compañía de la mamá, el papá o el hermano, cuando está en transporte público (minibus) busca ubicarse en un asiento cerca a la ventana y sacar la cabeza por la ventana mientras está en el transporte público para aliviar sus síntomas. En varias ocasiones ha recurrido a la ingesta de mates que puedan tranquilizarla, sin embargo, estos no han tenido el efecto esperado.

### *Diagnóstico.*

En la primera sesión después de que la mamá realiza la presentación del caso, la terapeuta interviene a solas con Melina accediendo a mayor información personal y recabando más datos sobre su sintomatología, para esto se evalúan la presencia de los indicadores del DSM V (American Psychiatric Association)

Los indicadores presentes de Fobia Social en la paciente son:

1. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las

interacciones sociales (p. ej. mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej. dar una charla).

2. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

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

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

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

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

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

En la segunda sesión con la finalidad de tener mayor evidencia científica sobre el diagnóstico se aplican las siguientes pruebas:

- Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend (Social Anxiety and Distress Scale, SADS), es una escala diseñada para evaluar desde un punto de vista subjetivo, el grado de ansiedad y evitación. Consta de 28 ítems que diferencian entre ansiedad de actuación y ansiedad social.<sup>2</sup>

A partir de los resultados obtenidos en la escala de Ansiedad Social se aprecia que la paciente

---

<sup>2</sup>. Bascarán, M.T., Bobes, J, Bousoño, M., Portilla, M.P.G.y Sáiz, P.A. (2002), *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* . Barcelona, España. Editores Psiquiatría, S.L.

presenta Ansiedad Social Grave.

- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS) evalúa la gravedad del trastorno de ansiedad social, consta de 24 ítems, evalúan miedo o ansiedad que experimenta el paciente en situaciones dadas y grado de evitación de las mismas.

#### *Resultados.*

De acuerdo al puntaje general obtenido la paciente presenta Ansiedad Social Grave, y la subescala de evitación es la que tiene puntuación más alta. Además de la aplicación de los 2 instrumentos mencionados anteriormente, se aplicó la escala Breve de Fobia Social, la cual incluye síntomas neurovegetativos en su evaluación.

- Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale, BSPS), es una escala de 18 ítems diseñada para evaluar los síntomas característicos del trastorno de ansiedad social, utiliza 3 subescalas: temor, evitación y síntomas neurovegetativos (enrojecimiento, palpitaciones, temblores y sudoración), los primeros siete ítems evalúan miedo a las situaciones, los ítems del 8-14 miden la evitación de las mismas situaciones y los últimos cuatro la intensidad de los síntomas neurovegetativos. A partir de los resultados obtenidos se aprecia que la paciente presenta fobia social, con un grado medio bajo de activación fisiológica.

A partir de los resultados de los instrumentos aplicados y de los indicadores del DSM V, se concluye que Melina presenta Fobia Social.

### *Plan terapéutico.*

Una vez confirmado el diagnóstico de fobia social se aplicó el modelo de Giorgio Nardone de la terapia breve aplicada a miedo, fobias y pánico. Con el objetivo de buscar un alivio rápido pero eficaz al malestar y al dolor emocional de la paciente, el proceso terapéutico estuvo basado en 3 estadios de acuerdo al esquema propuesto por Nardone (2002): a) recoger datos del trastorno a través de un autoregistro que realiza la paciente, b) anular o bloquear la reactivación emocional de la paciente y c) reforzar el control de la paciente sobre su propio cuerpo y sus reacciones. Este esquema se detalla a continuación en la tabla 1.

**Tabla 1.** Esquema de tratamiento.

Estadio	Objetivos	Estrategias.
Primero	<ul style="list-style-type: none"><li>-Definición del problema y captación del paciente.</li><li>-Definición de objetivos y establecimiento de la relación terapéutica.</li><li>-Investigación del sistema perceptivo-reactivo del paciente y redefinición.</li><li>-Elaboración de la hipótesis de investigación.</li><li>-Primeras maniobras.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Técnica del Calzado.</li><li>-Reestructuración circular del problema.</li><li>- Reestructuración circular del sistema perceptivo-reactivo y de los intentos de solución desarrollados.</li><li>- Reestructuración paradójica.</li><li>- Técnica de la confusión.</li><li>- Imposiciones a base de metáforas.</li><li>- Prescripciones indirectas.</li><li>-Comunicación: lenguaje hipnótico.</li></ul>
Segundo	<ul style="list-style-type: none"><li>-Ruptura del sistema perceptivo-reactivo rígido y de los intentos de solución desarrollados.</li><li>- Redefinición del primer cambio.</li><li>-Incentivo para posteriores cambios progresivos.</li><li>-Cambio de percepción frente a la realidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reestructuraciones.</li><li>-Prescripciones de comportamiento.</li><li>-Imposiciones a base de metáforas.</li><li>-Redefiniciones cognitivo-explicativas sobre los cambios obtenidos.</li><li>-Comunicación: Lenguaje hipnótico y máxima influencia personal.</li></ul>

Tercer	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Experiencias directas de situaciones de resolución de problemas.</li> <li>-Cambios posteriores en aumento hasta la consecución de objetivos acordados como solución de problemas.</li> <li>-Redefinición de la percepción y relación consigo mismo, con los demás y el mundo.</li> <li>- Consolidación de resultados obtenidos.</li> <li>-Adquisición de flexibilidad preceptivo-reactiva frente a la realidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prescripciones directas o indirectas de comportamiento.</li> <li>-Reestructuraciones.</li> <li>- Imposiciones paradójicas de recaída.</li> <li>-Redefiniciones explicativas de los cambios e incentivo de la autonomía personal.</li> </ul>
--------	--	---

---

Fuente: Nardone 2002.

### *Proceso terapéutico.*

El modelo terapéutico utilizado en la intervención del caso es el enfoque estratégico-constructivista de la terapia breve, - Nardone (2002) desarrolla su modelo de *Terapia Breve de los trastornos fóbicos –obsesivos*, basándose en: a) *el método estratégico de Erickson, terapias basadas en imposiciones, reestructuraciones y prescripciones de comportamiento sin recurrir al trance hipnótico, haciendo uso de la comunicación sugestiva y la influencia personal.* b) *la terapia breve sistémico-estratégica del MRI (Watzlawick-Weakland, 1974) y la terapia sistémica tradicional.*

A partir de su modelo terapéutico Nardone consigue romper rápidamente la rigidez disfuncional del sistema perceptivo-reactivo del paciente, conduciéndolo al cambio, a la extinción de la sintomatología y a la restructuración y reorganización de sus percepciones, cogniciones y comportamientos. (Nardone, 2002).

En su libro *Miedo, Pánico y Fobias*, Nardone menciona que:

Los graves trastornos fóbicos aparecen o se complican a partir de un primer episodio poco importante de miedo, que les induce a pensar “puedo encontrarme mal”, pero lo que en realidad contribuye a que la fobia se constituya e instaure son todas las acciones que el sujeto hace para evitar el miedo, es decir : “Las soluciones ensayadas por las personas para evitar el miedo y desencadenar la reacciones somáticas (activación fisiológica), conducen a que estos síntomas se agraven, llevando a que la persona realice una generalización de las percepciones y reacciones fóbicas frente a la realidad, constituyendo lo que se conoce como impotencia aprendida (helplessnes), según la psicología cognitiva esta es la condición de no poder controlar los acontecimientos. A partir de que se ha constituido la impotencia aprendida el paciente termina creyendo que no puede ejercer ninguna influencia sobre los acontecimientos. (Nardone, 2002)

El modelo terapéutico de Nardone interviene en el sistema perceptivo-reactivo del paciente, rompiendo la impotencia aprendida a través de la terapia estratégica, con prescripciones paradójicas y el uso de la influencia personal contribuyen a la extinción total de los síntomas devolviendo la confianza perdida en el paciente, refuerza las intervenciones anteriores con prescripciones directas que enfrentan sistemáticamente al paciente con las situaciones temidas, cerrando con una explicación de la intervención realizada para que el paciente pueda tener la certeza que el éxito de la terapia se relaciona con el mismo y su disposición al cambio.

#### *Técnicas utilizadas.*

Durante la intervención terapéutica se utilizaron técnicas de la terapia centrada en soluciones y la terapia estratégica, fundamentalmente el modelo desarrollado por Nardone la terapia breve estratégica aplicada a miedos, fobias y pánicos. Para la definición de objetivos terapéuticos se

utilizó la pregunta del milagro, de la terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer.

El modelo desarrollado por Nardone consiste en estrategias donde se hace uso de la sugestión, paradojas y “engaños bien intencionados”, que obligan al paciente a optar por modalidades alternativas perceptivo-reactivas llegando a realizar cambios cognitivos y relacionales en las palabras de Nardone (2002) “inducir al paciente ha hacer algo sin que se dé cuenta”.

En el primer estadio de la intervención se utilizó la prescripción de comportamiento a la cual Nardone llama: “diario de a bordo” , basándose en esta, se hicieron algunas modificaciones y se dio a la paciente la siguiente prescripción: “Cada vez que entres en crisis en esta semana, tengas un momento de pánico, o sientas que nace la angustia, etc. en ese mismo instante debes anotar todos los síntomas y lo que sucede en esta hoja de registro, siguiendo detalladamente las instrucciones y rellenando cada columna, en la siguiente sesión me entregarás las hojas de registro de la semana y yo las revisaré”. (Nardone, 2002).

Una vez logrado el objetivo del primer estadio se utilizó la redefinición del problema, haciendo notar a la paciente que el problema no es tan grave como ella lo espera y que ha podido cambiar la situación en poco tiempo, con la redefinición como explica Nardone (2002, p.102) “se obtiene una inmediata consolidación de la confianza del paciente en sus propias capacidades”.

La Prescripción paradójica se aplica en el segundo estadio, cuando el paciente ha conseguido extinguir los síntomas, la prescripción utilizada en el caso fue la siguiente:

“Puesto que usted ha mostrado tan buena disposición para combatir su problema, le voy a dar un pequeño deber que le va parecer muy raro, pero que deberá cumplir al pie de la letra. Todos los días a la misma hora que vamos a fijar, debes colocar la alarma en tu celular y programarla para que suene dentro de 30 minutos, durante estos 30 minutos en tu habitación asegurándote que nadie te moleste, debes hacer el esfuerzo de sentirte mal, o sea de provocar todos tus síntomas

(falta de aire, temblor en las manos, palpitaciones en el corazón, etc.) todo lo que sentías, e imaginar las peores situaciones hasta tener una crisis. Permaneces así hasta que suene la alarma de tu celular, cuando suene esta, la apagas y olvidas las sensaciones y los pensamientos y sigues con tus actividades cotidianas”. (Nardone, 2002, p.102-103)

### *Resumen de la terapia.*

El proceso terapéutico inició con la primera sesión donde en la entrevista con la paciente se identificaron los síntomas de la fobia social presentes, (temblores, dolor de cabeza, respiración agitada, falta de aire, incremento en los latidos del corazón), para respaldar el diagnóstico se aplicaron a la paciente escalas de ansiedad y fobia social, una vez confirmado el diagnóstico de fobia social, se inició la intervención terapéutica combinando técnicas de la terapia centrada en soluciones y el modelo de terapia estratégica breve de Nardone aplicada a Miedos, Pánicos y Fobias.

En la segunda sesión además de la evaluación de los síntomas se definieron con la paciente los objetivos terapéuticos, utilizando la pregunta del milagro se construyó con la paciente una pequeña escala de actividades de dificultad progresiva, las cuales la paciente se proponía realizar en un futuro.

En la tercera sesión inicia el primer estadio del modelo de Nardone, donde la primera maniobra consiste en reestructurar el sistema de relaciones de la paciente, a partir de la información proporcionada por Melina (la paciente) sobre sus síntomas y las soluciones intentadas fallidas donde también ha participado la familia activamente, se explica a Melina como las acciones emprendidas por ella para evitar los síntomas son las que refuerzan la

aparición de estos, además se explica cómo el apoyo de la familia acompañándola para salir de casa, permitiendo que ella se quede en el hogar y estar atenta a sus malestares cumplen la función de mantener el síntoma. Se le pide que empiece a realizar actividades por si misma fuera de la casa, uno de los primeros pasos sería ir sola al centro de salud para sacar la ficha de atención psicológica. Se le indicó también que debería explicar a sus padres que ella sola debe realizar esta actividad.

Una vez realizada esta primera intervención, se da a la paciente la prescripción de comportamiento auto-registro (descrita en el acápite de técnicas), explicando que es necesario conocer muy bien sus síntomas y para esto es necesario que realice la asignación dada.

En la cuarta sesión, el objetivo fue iniciar con el estadio dos, pero este tuvo que ser retrasado ya que Melina no realizó la prescripción de comportamiento al pie de la letra, presentando un auto-registro hecho a computadora, impreso, muy bien organizado, al revisarlo y hablar con la paciente, la terapeuta observa que los síntomas no fueron escritos en el momento en el que se producían, sino que Melina en la noche veía los síntomas que escribió a mano en el día, y los transcribía, pero al hacer la transcripción racionalizaba la situación, pese a esto refiere en la sesión que los síntomas han disminuido durante la semana. Entonces la terapeuta decide volver a dar la misma prescripción a la paciente, indicándole muy claramente que lo que la terapia busca es conocer lo que siente (fisiológicamente y emocionalmente) y piensa exactamente en el momento en que le viene la crisis, y que la terapeuta no reparara en si el registro se ve ordenado, limpio, con buena letra, etc. además le recalca que aunque fuera una sola palabra que escriba sobre la situación, será muy importante para la terapia.

En la misma sesión Melina también comenta que sus papás no la dejan salir sola para sacar ficha, ya que temen que le pueda pasar algo malo estando sola. La terapeuta explica la

importancia que tiene para la terapia que ella empiece a ser más autónoma y deje de depender de la familia, la anima a realizar sola la asignación. Hechos los acuerdos, animando y recordando la importancia de la prescripción de las hojas de registro, se cita a la paciente para la siguiente semana.

Ya en la siguiente sesión Melina llega animada y menciona que ya los signos de ansiedad han desaparecido casi en su totalidad, y que aún con un poco de temor ha salido de casa, al mismo tiempo ella misma se fija otras metas, se elogia sinceramente los logros de Melina y se anima a realizar las actividades propuestas por ella misma luego de revisarlas. Al constatar que se ha roto el sistema rígido de percepción y se ha roto el “encantamiento”, entonces se inicia el segundo estadio, redefiniendo el problema haciendo ver a la paciente que su “problema” no es tan grave como ella creía y que en poco tiempo ha tenido grandes logros y avances. Para finalizar la sesión se da la prescripción paradójica (descrita en el acápite de técnicas), Melina acepta la prescripción sin hacer mayores comentarios.

Durante la semana después de la prescripción paradójica y antes de iniciar la siguiente sesión, Melina escribe preocupada a la terapeuta y le dice que no ha tenido éxito en el ejercicio, que solo logró realizarlo una vez en la semana, y que en otras ocasiones pudo provocar los síntomas por breves momentos sin alcanzar sentirse mal los 30 minutos, la terapeuta connota positivamente el esfuerzo de Melina y le indica que siga con el ejercicio hasta la siguiente sesión.

En la sesión siguiente se redefine la situación en términos de cambio positivo, se sigue elogiando, se recuerdan los avances logrados y se pide seguir una semana más con la prescripción paradójica y se le incita a seguir planteándose pequeñas actividades las cuales son evaluadas conjuntamente.

En la sexta sesión se inicia el tercer estadio donde se programan prescripciones precisas de

comportamiento, donde la paciente debe ir afrontando progresivamente situaciones que antes hubiera considerado imposible de afrontar o realizar. Se revisa con Melina la escala de actividades meta, realizada en la segunda sesión. Las sesiones siguientes se realizan prescripciones progresivas, notando grandes avances en ella, mientras su motivación aumenta. Ya en este estadio se van espaciando las sesiones, cada dos semanas y se realiza el seguimiento a las actividades prescritas.

### *Incidentes críticos.*

Un primer incidente crítico dentro de la terapia, fue cuando se observa que el grupo familiar se resiste al cambio manteniendo la homeostasis del sistema al no permitir a la paciente salir sola de casa, argumentando que ellos se preocupan si ella está sola, y que le puede pasar algo malo, reforzando así la fobia.

El segundo incidente crítico ocurrido en la misma semana se da cuando la paciente realiza la prescripción del auto-registro modificándolo, en lugar de llenar todas las columnas del auto-registro en el momento inmediato que surgen los síntomas, anota en borrador y luego lo transcribe incluyendo racionalizaciones y explicaciones de la situación. La terapeuta observa que la paciente tiene rasgos de estructura de personalidad obsesiva por lo que el cumplir tareas en forma ordenada, limpia, organizada y recibir reconocimiento por ello es importante para Melina, esto es utilizado de forma positiva en posteriores sesiones haciendo uso del elogio y connotando positivamente el esfuerzo de la paciente en las tareas asignadas para reforzar el cambio.

Un tercer incidente crítico observado es una “recaída”, Melina informa desanimada en una sesión que tuvo un episodio donde perdió el control, estaba acompañando al banco a su

hermano, para pagar unas facturas, el banco se encontraba lleno y ella sintió nuevamente activación emocional le faltó el aire, y empezó a latir más rápido su corazón, un señor la observó y se cambió de asiento, su hermano notó la ansiedad y empezó a hablarle, lentamente Melina fue recuperando el control, esto hizo que Melina dudará de ir a la biblioteca esa semana como tenía planeado, en la sesión se trabajó reforzando los avances alcanzados, recordando los sueños y metas trazados, mostrándole como ella poco a poco logra tener el control sobre su cuerpo, y analizando en conjunto todo lo que ella dejó de lado al quedarse en la casa sin salir. Esto fue beneficioso ya que en la siguiente sesión mencionó haber ido a una feria local y abrir su cuenta de facebook. Melina tiene una capacidad reflexiva muy grande, pero también es muy dura en sus críticas con ella misma, ir alcanzando metas progresivamente refuerza la confianza en ella misma.

#### *Finalización de la terapia.*

En la última sesión, la paciente está animada con los cambios y logros obtenidos, refiere haber ido a las alasitas con su mamá por la mañana sin presentar ningún malestar, ha abierto su cuenta de facebook para contactarse con antiguas amistades, planea volver a la universidad e inscribirse al pre universitario, ha hecho amistad con una compañera y estudian juntas. Los signos de activación fisiológica han desaparecido completamente, el temor al rechazo y evaluación negativa siguen en menor intensidad, sin embargo ella los controla perfectamente cuando aparecen y los acepta como parte de las situaciones cotidianas. Se realizará el seguimiento cada 4 semanas a la paciente y a su progreso.

## CONCLUSIONES.

La intervención terapéutica donde se combinaron técnicas de la terapia centrada en solución y basándose ampliamente en la terapia estratégica breve desarrollada por Nardone, ha tenido resultados exitosos en este caso en pocas sesiones y con intervenciones sencillas, los cambios de comportamiento y la extinción de sintomatología son grandes y evidentes, la paciente progresivamente está realizando actividades fuera de la casa sola y en compañía, lo que le permite seguir visualizando metas y recuperar esferas de su vida las cuales habían sido relegadas (esferas profesional y social).

Las técnicas (prescripciones paradójicas, prescripciones directas, redefiniciones, elogios, etc.) han sido desarrolladas de acuerdo a la teoría y en base a investigaciones realizadas por el autor, permitiendo que estas sean eficaces alcanzando el éxito esperado en la extinción del síntoma al romper el “encantamiento” y mejorando el malestar experimentado por la paciente, las prescripciones directas en la forma de una desensibilización sistemática permitió que la paciente se vaya enfrentando progresivamente a situaciones temidas logrando afrontarlas con éxito, reforzando la confianza en ella misma.

El uso del elogio y las redefiniciones explicativas de los cambios que se hacen con la paciente, además del incentivo de la autonomía personal ha permitido que Melina siga progresando a pesar de haber tenido una recaída.

Es importante reconocer el aporte del modelo de Nardone, donde no se ve el problema con un enfoque lineal (causa-efecto), ya que el conocer como se originó la fobia no es de utilidad para solucionar esta, solamente sirve para satisfacer el morbo y curiosidad del terapeuta, sin lograr los cambios esperados ni mejorar el malestar emocional del paciente. El modelo se enfoca en

indagar y conocer el sistema perceptivo-reactivo del paciente para poner en marcha estrategias que generen el cambio. Sin embargo ahora queda la duda de si las estrategias y técnicas utilizadas serán eficaces en otras fobias.

Sin duda el modelo desarrollado por Nardone aporta de gran manera en la intervención terapéutica aplicada a miedos, fobias y pánico, el éxito en la réplica de este modelo en el contexto boliviano muestra que es efectivo no solo en Europa sino también en Latinoamérica, evidentemente se debe tomar en cuenta las variables culturales, ya que en el caso se tuvieron que modificar en forma las prescripciones y observar que los pacientes a pesar de una estructura obsesiva no siguen al pie de la letra las indicaciones, sin embargo un fuerte lazo terapéutico entre paciente y terapeuta, el uso de la influencia personal y el mostrar un interés real por el paciente hizo que la terapia tuviera el éxito esperado. Se considera importante revisar las estrategias y técnicas desarrolladas para otras fobias y aplicarlas al contexto boliviano realizando las modificaciones necesarias y validándolas.

## **REFERENCIAS.**

Basarán, M.T., Bobes, J, Bousoño, M., Portilla, M.P.G.y Sáiz, P.A. (2002), *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* . Barcelona, España. Editores Psiquiatría, S.L.

Nardone, Giorgio.(2002), *Miedo, pánico, fobias, la terapia breve*. Barcelona, España.Herder.