

# **ABORDAJE DE UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL DESDE EL ENFOQUE DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA**

## **APPROACH TO A CASE OF SOCIAL ANXIETY FROM THE BRIEF STRATEGY THERAPY**

Yeny Arriaga Calderón<sup>1</sup>  
Sara Rina Flores Peña<sup>2</sup>  
Doris Luisa Zevallos Nalvarte<sup>3</sup>

**Recibido:** 2023-05-19 / **Revisado:** 2023-06-18 / **Aceptado:** 2023-07-15 / **Publicado:** 2023-09-15

**Forma sugerida de citar:** Arriaga-Calderón, Y., Flores-Peña, S. R. y Zevallos-Nalvarte, D. L. (2023). Abordaje de un caso de ansiedad social desde el enfoque de terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(16). 89-99. <https://doi.org/10.53877/rc.7.16e.20230915.7>

### **RESUMEN**

La ansiedad social es un trastorno que afecta a una gran parte de la población a nivel mundial. Se caracteriza por un miedo persistente, intenso y reiterativo ante diversas situaciones sociales. Llegando a limitar el desarrollo normal de las actividades cotidianas de la persona, produciendo malestar clínicamente significativo lo que trae diversas consecuencias en el ámbito social, académico, profesional y emocional. Se presenta el caso de un joven de 27 años con trastorno de ansiedad social, el objetivo es aplicar una intervención terapéutica a través de las técnicas de la terapia breve estratégica. Se utiliza una metodología cualitativa en un diseño de caso único con intervención psicoterapéutica. La atención y tratamiento del caso tuvo relevancia a nivel clínico y psicoterapéutico evidenciando la remisión completa de los síntomas clínicos como el comportamiento evitativo en situaciones sociales. Se concluye que la terapia breve estratégica demostró ser exitosa en el tratamiento de este caso de ansiedad social.

**Palabras clave:** Terapia breve estratégica, trastorno de ansiedad social, ansiedad, caso único, psicoterapia.

### **ABSTRACT**

Social anxiety is a disorder that affects a large part of the population worldwide. It is characterized by a persistent, intense and repetitive fear of various social situations. Coming to limit the normal development of the daily activities of the person, producing clinically

<sup>1</sup> Psicóloga. Psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica, Perú. [yenyarriaga@gmail.com](mailto:yenyarriaga@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0001-6793-5052>

<sup>2</sup> Psicóloga. Psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica, Perú. [sararinaflores@gmail.com](mailto:sararinaflores@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0001-7905-667X>

<sup>3</sup> Psicóloga. Psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica, Perú. [doriszevallo1402@gmail.com](mailto:doriszevallo1402@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0002-7894-797X>

significant discomfort which brings various consequences in the social, academic, professional and emotional fields. The case of a 27 years old with social anxiety disorder attended with focus of strategic brief therapy, integrative model. The strategic brief therapy has turned out be safe in the treatment of cases of anxiety. The goal is to apply a therapeutic intervention through the tecnicos of strategic brief therapy to a case of social anxiety. The care and treatment of the case had relevance at clinical and psychotherapy level evidencing the full remission of the clinical symptoms and the achievement of the intended therapeutic goals.

**Keyword:** strategic brief therapy, social anxiety disorder anxiety, unique, case.

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una condición natural a nivel biológico, considerada como un estado de súper alerta, es un elemento clave para la supervivencia y un factor importante en el éxito o fracaso. Hay muchas situaciones de ansiedad que todos hemos experimentado en alguna ocasión con todas sus características orgánicas tales como temblor ligero, palpitaciones, manos frías, sudoración, con mayor o menor intensidad de acuerdo a las características personales de cada individuo se presenta en mayor o menor intensidad.

Cuando estas trascienden, se convierten en un fantasma en nuestra vida, sin tener relación con las situaciones específicas que la originaron, desencadenando una respuesta patológica, sin fundamento ante circunstancias que podrían calificarse como normales. Este estado se caracteriza por su duración prolongada, sin relación alguna con factores externos, o bien, por un temor exagerado, que puede llegar a ser hasta una reacción de pánico ante peligros inexistentes (Pasantes, 2016).

La ansiedad y el miedo no son lo mismo. El miedo es una emoción producida por una percepción relacionada con un peligro inminente que desencadena una reacción psicofisiológica que te prepara para enfrentar, huir o atacar. El efecto psicofisiológico de esta percepción-emoción activa el organismo para enfrentar el miedo. Cuando esta reacción permanece en el imaginario se convierte en una respuesta disfuncional, perdiendo el control de las propias reacciones psicofisiológicas que conducen al pánico (Mariano Chóliz, 2005).

Si la ansiedad y miedo fueran lo mismo debería ser suficiente reducir la reacción ansiosa, en los experimentos realizados en Neurociencias, reducir la ansiedad en un sujeto ansioso puede inhibir sus reacciones, pero no altera sus percepciones (Damasio y Gazzaniga, 1999); en consecuencia, el miedo permanece (Nardone, 2003).

La Asociación Estadounidense de Psicología define a la ansiedad como “una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como el incremento de la presión sanguínea” (10 oct. 2022 web).

En las últimas décadas la ansiedad es uno de los trastornos que presentan mayor prevalencia. Es así que, en el 2005 como parte del Estudio Mundial de Salud Mental (EMSM), se encontró una prevalencia del 14.9% para los trastornos de ansiedad en general, teniendo como edad de inicio los 15 años (Fiestas, 2014).

Actualmente, la OMS en el 2020 reporta que más de 260 millones de personas, padecen un trastorno de ansiedad, indicando que un 90% de los adolescentes experimentaron ansiedad alguna vez en su vida.

La OPS/OMS, revela que los TA son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante en la región de las Américas. Brasil tiene la primera posición de los países sudamericanos, con un 7.5%, de prevalencia, situándose por el encima del promedio del total de países, que es de un 4.7%. En Costa Rica el TA es de 4.1% igual que en los Estados Unidos. Este tipo de trastorno es el más común en la Unión Europea. Las mujeres en Suiza, Islandia, y Noruega entre 14-65 años son las más afectadas (OMS, 2020).

En Perú, ansiedad, depresión y síndrome de maltrato fueron los problemas de salud mental más frecuentes durante los primeros ocho meses del año 2021. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME), atendió un total de 813 426 casos de

salud mental, a nivel nacional, desde el 1 de enero hasta el 31 de agosto del 2021 (Minsa: 2 de octubre de 2021).

La psicoterapia en general viene demostrando una mayor eficiencia en el tratamiento de diversos trastornos emocionales (Ceberio y De la CRUZ Gil, 2023).

La terapia breve estratégica ha resultado ser exitosa en el tratamiento de la ansiedad, existiendo varios estudios que demuestran su eficacia y eficiencia (Bartoli y De la Cruz Gil, 2023).

La presentación de este caso cobra importancia debido a la relevancia que presenta el trastorno ansioso, en especial la ansiedad social por todas sus implicancias que genera entre quienes lo padecen a nivel individual, familiar, económico, social y de salud pública.

## **METODOS Y MATERIALES**

### **Identificación del paciente**

Investigación cualitativa, estudio de caso único no controlado de intervención terapéutica.

La presente investigación se enmarca dentro de los estudios de caso, de diseño no experimental, en el que se describen las cualidades del fenómeno a estudiar, no se manipulan las variables intervinientes, siendo un reporte narrativo del terapeuta, haciendo énfasis en las características del caso y en los resultados de la intervención terapéutica (Roussos, 2007). El objetivo se centra en los efectos del tratamiento e intervención con psicoterapia breve estratégica en un caso diagnosticado con trastorno de ansiedad social.

### **Descripción del caso**

#### **Historia y presentación del problema**

El paciente esconde su rostro cuando habla, no es capaz de mirar de frente a su interlocutor, su tono de voz cambia, se agita y se observa rigidez en su rostro.

Refiere estar alejado del entorno social y familiar, “no voy a eventos, ni reuniones familiares, me siento chiquito cuando me miran”, incluso no ha podido buscar ayuda durante muchos años por vergüenza. Desde su niñez se ha visto afectado en su autoestima por comentarios que recibió en su núcleo familiar; así mismo, manifiesta que en la etapa escolar fue víctima de bullying por su contextura delgada lo que le generaba temor, vergüenza e inseguridad. Dificultad que ha trascendido al ámbito laboral: “no puedo decir lo que pienso a mis jefes ni compañeros”.

A lo largo de su vida en los diversos escenarios se han mantenido estos rasgos que han condicionado su conducta a evitar y renunciar a oportunidades de desarrollo personal; como tener pareja: “ya tengo 27 años y no tengo pareja”, “no puedo salir con amigos, socializar, divertirse, ir a bailar, viajar”, “prefiero hacer cosas con muy poca gente”.

#### **Diagnóstico Operativo**

El comportamiento sintomático se presenta cuando interactúa con grupos mayores a tres personas: jefes, compañeros de trabajo o personas extrañas y se agudiza ante la presencia de personas del sexo opuesto. Este patrón interactivo se inicia cuando él se siente observado, juzgado o criticado, por cualquier persona que lo mire, lo que desencadena respuestas fisiológicas como: transpiración en sus manos, taquicardia, aceleración del pulso, mutismo y respuestas emocionales como inseguridad, temor, deseos de huir, distanciarse de los demás, reforzando el patrón recursivo.

La dificultad se presenta todos los días de la semana de manera indistinta, con una intensidad de 9 de acuerdo a la escala ISE. (Ver Tabla 1). La excepción del comportamiento sintomático se manifiesta cuando el paciente acude al gimnasio, espacio en el cual, se siente tranquilo con la posibilidad de interrelacionarse con los otros. Se identifica el Sistema Perceptivo Reactivo en su comportamiento de huida y/o evitación en situaciones de interrelación, emocionalmente surge la inseguridad y el miedo; y cognitivamente se generan pensamientos negativos recurrentes de temor a ser juzgado, rechazado o criticado.

### Respecto a las soluciones intentadas

Evita relacionarse con personas del sexo opuesto, con grupos mayores de tres personas, participar en eventos, exponer su imagen en redes sociales e incluso tomarse fotos. Así como participar activamente en reuniones laborales y sustentar sus opiniones o juicios críticos por temor a ser juzgado. No elabora propuestas o discute temas con figuras de autoridad. Evade las actividades cotidianas que impliquen un contacto interpersonal como hacer trámites, compras, etc.

**Tabla 1**  
*Intervención Terapéutica*

FACTORES	PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SINTOMÁTICO	ISE
Quién/Quienes	Con personas del sexo opuesto Con grupos mayores a tres personas Con familiares (primos, tíos, mamá u abuela paterna) Con jefes y compañeros de trabajo	9
Cuando	Quando tienen que estar frente a otra persona Quando debe expresar una opinión o idea Quando se siente observado y juzgado Quando espera aprobación de una figura femenina. Quando debe pedir un servicio o atención Quando piensa en el futuro	9
Dónde	En la Universidad En el trabajo En reuniones familiares o en su propia casa con visitas En Centros Comerciales Supermercados Eventos Sociales Transporte	9
Cómo	Frente a la mirada de una persona se siente intimidado, juzgado, se siente mal y se angustia.	9
Frecuencia	En contacto con extraños 7 veces al día aproximadamente.	9
Intensidad	ISE (Indicador Subjetivo de Estrés) global.	9
Horas	Alrededor de 6 horas al día: en el trabajo, con los padres, con otros: transporte, compañeros, etc.).	
Días	Cualquier día	

Nota: ISE: indicador subjetivo de estrés

### Metas terapéuticas

Las metas terapéuticas priorizadas por el paciente fueron: a nivel laboral, ser capaz de expresar sus ideas y opiniones, realizar actividades nuevas y divertidas, como bailar, salir con amigos, participar en reuniones sociales, socializar con las chicas sin pensar que es juzgado o criticado; en su vida cotidiana sentirse tranquilo en su accionar.

### Objetivos Terapéuticos

Lograr indagar, fortalecer y potenciar los recursos personales del paciente a partir de identificar el SPR (sistema perceptivo reactivo) que mantiene el problema con el propósito de modificar la conducta disfuncional remitiendo la ansiedad y los síntomas clínicos asociados.

## Diseño y plan terapéutico

### I. Selección de las técnicas de intervención.

Para efectos del proceso terapéutico se realizó un diseño terapéutico acorde con la problemática, sistema de creencias, recursos personales y cosmovisión del paciente. Buscando crear un traje a la medida que posibilite el cambio (Nardone 2020, De la Cruz, 2022). Entre las técnicas utilizadas tenemos:

- Hipnosis Ericksoniana
- Prescripciones:
  - Conjura del silencio
  - Mapa de límites
  - Uso de sonrisa
  - Técnica del espejo para el descubrimiento y valoración corporal
  - Uso de afirmaciones interpretativas
  - Peor fantasía
  - Como empeorar
  - La pregunta del Milagro
- Preguntas circulares y diálogo estratégico
- Reencuadre

### Proceso terapéutico

Se desarrollaron cuatro fases, la primera tuvo por objetivo realizar el diagnóstico operativo, conocer los patrones recursivos relacionados con el comportamiento sintomático. Establecer el contexto y cimentar la alianza terapéutica. Esta fase en nuestro proceso terapéutico fue realizada en la primera sesión. Uno de los puntos que se trabajó fue el temor que sentía el paciente a exponerse con las personas, sentirse observado, que hablen de él o ser el centro de atención.

El paciente expresa: “Siento miedo al rechazo y evito socializar” lo cual conlleva a recibir rechazo de sus pares y familiares, confirmando así su creencia. Esta forma de pensar es una profecía autocumplidora, que se constituye en un patrón recursivo, que lo lleva a mantener el síntoma, ya que más evita y más es rechazado, y al ser más rechazado confirma su miedo inicial. Manteniéndose un espiral de evitación - rechazo, del cual no puede salir. En la primera prescripción se le invita indistintamente a sonreír a las personas para vivenciar la aceptación y paulatinamente superar el miedo.

En la segunda fase se logra interrumpir el patrón recursivo del comportamiento sintomático, el paciente comienza a reconocer sus recursos personales, se focaliza en sus capacidades e implementando nuevas estrategias de interrelación y comportamientos funcionales con nuevos patrones cognitivos. Al redefinir sus creencias de juicio y crítica progresivamente disminuye la ansiedad, afrontando con mayor tranquilidad el miedo a hacer el ridículo y exponerse socialmente.

Se complementó la intervención con técnicas hipnóticas, prescripciones directas tales como seguir sonriendo, mirarse al espejo para identificar aspectos que le agradan o desagradan de sí mismo; fortaleciendo su autoconcepto a través del conocimiento y aceptación de su cuerpo. Se prescribe, “pequeñas situaciones de afrontamiento de miedo a hacer el ridículo, exposición al rechazo y la no aceptación de los demás”, en pequeños grupos, con personas desconocidas y posteriormente en el entorno laboral, con los jefes y compañeros de trabajo. La tercera fase se focaliza en fortalecer y mantener el nuevo sistema perceptivo reactivo, el paciente logra nuevos comportamientos, es capaz de salir a fiestas y reuniones sociales, bailar y disfrutar con grupos mayores a tres personas y con personas del sexo opuesto.

Plantea diferentes alternativas de solución a sus problemas, interactuando de forma saludable con las personas de su entorno social y laboral, evidenciando significativamente la reducción de los signos de ansiedad.

En la cuarta fase se fortaleció su autonomía y vínculos parentales, logrando revincularse afectivamente con las figuras parentales, mantiene una comunicación fluida, afectiva con el padre, disfruta momentos de cercanía con la madre y la abuela. Finalizado el proceso terapéutico demostró ser capaz de establecer nuevas amistades y vínculos sociales de manera funcional; expresando lo que piensa y siente en diferentes espacios, y situaciones con coherencia, seguridad, e independencia. Así mismo fue capaz de interactuar con figuras del sexo femenino, disfrutando la experiencia sin temor.

**Tabla 2**  
*Fases y estrategias terapéuticas utilizadas*

<b>Fases</b>	
<b>Primera Fase</b>	
<b>Objetivos terapéuticos</b>	<b>Estrategias terapéuticas</b>
Generación de contexto	Entrevista
Diagnostico operativo	Identificación de las metas terapéuticas a lograr. Prescripciones directas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonreír a las personas para lograr la aceptación sistemática del rechazo y perder el miedo.</li> </ul> Hipnosis
<b>Segunda Fase</b>	
Romper los patrones recursivos del comportamiento sintomático Diseño y plan terapéutico	Prescripciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir sonriendo en su espacio seguro “el gimnasio”.</li> <li>- Utilizar la sonrisa como una forma de contacto en diversos espacios y con otras personas.</li> <li>- Mirarse al espejo identificando que es lo que le agrada y desagrada de sí mismo.</li> <li>- Analizar en qué situaciones se siente cómodo y seguro.</li> <li>- Identificar la secuencia de actividades que lo llevó a establecer los resultados satisfactorios durante el proceso de entrenamiento en el gimnasio (“fórmula mágica”).</li> </ul> Hipnosis
<b>Tercera Fase</b>	
Mantenimiento del cambio	Prescripciones directas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición al rechazo y la no aceptación de los demás en pequeños grupos con personas que recién conoce.</li> <li>- Exposición al rechazo, en el entorno laboral con sus compañeros.</li> <li>- Exposición al rechazo y la no aceptación de los demás, en reuniones con los jefes y compañeros.</li> <li>- Construcción de soluciones alternativas al problema.</li> </ul> Hipnosis
<b>Cuarta Fase</b>	
Autonomía y cierre del proceso	Hipnosis: Visualización positiva del futuro familiar con trance hipnótico. Busca y propicia encuentros y comunicación familiar.

**Tabla 3**  
*Aplicación de técnicas*

Técnica	Resultado
Diálogo Estratégico: Uso de preguntas circulares y reflexivas.	Identificación y conocimiento de la dinámica de funcionamiento del problema Identificación de excepciones
Ejercicio Hipnótico	Reestructuración de percepciones, emociones y pensamientos
Ejercicio de confrontación	Descubrimiento de la aceptación de los demás
Exposición Sistemática Progresiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonrisa a extraños en la calle</li> <li>• Sonrisa en espacio seguro (gimnasio)</li> <li>• Sonrisa en espacio laboral</li> </ul>	Descubrir la aceptación de los demás y confirmar la posibilidad de establecer nuevos vínculos sociales. Confirmación de su habilidad social y fortalecimiento de su seguridad personal.
Prescripción. Técnica del Espejo, para el descubrimiento y valoración corporal.	Afirmación de su autoestima y aceptación de su autoimagen.
Reencuadre y uso de afirmaciones interpretativas	Exposición sistemática al rechazo en el espacio laboral y familia.
Reencuadre y aplicación de soluciones funcionales.	Toma de consciencia de la identificación de cambios alcanzados.
Diálogo Estratégico: Uso de preguntas circulares y reflexivas.	Énfasis en los logros y recursos
Diálogo estratégico, para la búsqueda y disolución de conducta problemática e impulsar un nuevo relato funcional a nivel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboral</li> <li>• Personal</li> <li>• Social</li> </ul>	Implica autoeficacia y sentido de autonomía.
Trasformar el relato problemático como ajeno y no personal.	Normalización del cambio

## RESULTADOS

Al inicio del proceso se utilizó indicador subjetivo de estrés (ISE), se identifica un puntaje de 9/10, nivel muy alto de miedo y ansiedad. Finalizado el proceso terapéutico el miedo y la ansiedad disminuyen alcanzando un ISE cero (0), acompañado de nuevas percepciones, mayor autonomía, con consecuencias positivas a nivel social, laboral con cambios significativos y trascendentales a nivel emocional y familiar. Se revincula afectivamente con sus padres y parientes con una dinámica funcional.

El paciente modifica su sistema perceptivo reactivo y los patrones cognitivos de comportamiento, desaparece la intensidad y la frecuencia de los pensamientos limitantes, se eleva el reconocimiento y fortalecimiento de sus capacidades impactando en forma positiva en su vida laboral. Logra un nuevo empleo y amplía en este ámbito sus interacciones sociales, participando activamente en reuniones, presentando sus ideas, debatiendo opiniones y solicitando mejores condiciones laborales a sus jefes sin temor.

En relación a sus interacciones interpersonales, se permite y disfruta el conocer a nuevas personas, participa de actividades nuevas en grupos pequeños o numerosos, incluso integrando la participación de personas del sexo opuesto. Se ve motivado en desarrollar nuevas habilidades sociales como sonreír, bailar, viajar, compartiendo sus nuevas vivencias en redes sociales y brindando ayuda a sus pares. Gana seguridad y confianza en sí mismo

logrando acercamientos afectivos con personas del sexo opuesto, sin temor al rechazo o la crítica.

En un inicio refiere el paciente: “no me gusta estar con gente, actualmente no puedo ni siquiera tener enamorada, no salgo a reuniones ni fiestas, mis pocos amigos dicen que soy especial” finalizada la terapia manifiesta “He hecho cosas que yo no suelo hacer, he hecho cosas nuevas y al final no fue tan malo, fue divertido, fue chistoso.” “Antes lo pensaba mucho más, pero ya no pienso tanto en eso, es como que más subconsciente, estoy más tranquilo, por dentro puedo ser más yo, ya tengo más experiencia, me siento más tranquilo, tengo más seguridad en lo que digo y en cómo lo digo, con el nuevo jefe le he dicho naturalmente lo que pienso, he opinado, con respeto, pero más fluido y natural”.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como parte del proceso terapéutico se identifica la estructura del patrón recursivo del comportamiento sintomático, este hallazgo (comportamiento evitativo) está en relación a lo mencionado por De la Cruz, (2008), es relevante conocer la estructura del problema, secuencia de comportamientos, intensidad, frecuencia y el contexto en el que se presenta el problema y las soluciones intentadas por el paciente para dar solución al problema (Nardone, 2020; De la Cruz 2023).

Identificar la excepción permitió contar con el recurso que promovió el cambio, como elemento clave que le denominamos “su fórmula mágica: en el gimnasio es otra cosa, ahí no tengo miedo a nada”. La identificación de esta experiencia emocional correctiva, le permitió potenciar otras áreas de su vida y se constituyó en la excepción que desencadenó resultados positivos y ecológicos en diferentes áreas de su vida. Tal como también lo señala Watzlawick la importancia de la experiencia emocional correctiva en el cambio terapéutico denominándole “el efecto bola de nieve”, (Watzlawick et al; 1979) logrando funcionalidad en sus diferentes interrelaciones personales.

La solución intentada de “comportamiento evitativo”, ejecutada por el paciente en diversas situaciones sociales “reforzaba la percepción del rechazo de los demás, evitando así el contacto con la gente. Esta estrategia paradójicamente exagera el problema; generando un ciclo recursivo disfuncional que mantenía el problema. La conducta de evitación y aislamiento ritualizada, terminaba por alimentar su ansiedad social en los diferentes espacios laboral, familiar y social.

Este hallazgo está en la misma línea con lo encontrado por Nardone en el tratamiento de los casos de ansiedad social, que señala que el paciente entra en ciclos interaccionales de reforzamiento de la preocupación que le genera ansiedad a través de una serie de comportamientos ritualizados de soluciones intentadas que lo llevan a mantener el comportamiento sintomático en un ciclo vicioso que se auto retroalimenta (Nardone, 2010).

El paciente presentó una percepción distorsionada acerca de sus propias capacidades y desempeño personal, lo que constituye un sistema perceptivo reactivo disfuncional (Nardone y Portelli, 2012). En el caso estudiado, el paciente, ante situaciones laborales, sociales, o familiares en los cuales se daban interrelaciones personales, su interpretación se focalizaba no en la dinámica interaccional o la circunstancia del momento, sino que primaba en él sus pensamientos automáticos negativos de rechazo, juicio y crítica. “me siento torpe, no me gusta que me miren, que hablen de mí”.

Así mismo, coincidimos al igual que lo afirmado por Moyano (2011), que estos pensamientos automáticos, determinan el comportamiento del individuo, sus pensamientos negativos, convierten en disfuncional su conducta al aceptar sus creencias limitantes, llevándolo a someterse a niveles de exclusión social y rechazo al contacto con otras personas por considerarlo de alto riesgo personal “no me gusta estar con gente, actualmente no puedo ni siquiera tener enamorada, no salgo a reuniones ni fiestas, mis pocos amigos dicen que soy especial”. Considera sus pensamientos como si fueran verdaderos, convirtiéndolos en creencias limitantes que se activan cotidianamente.



Pérez (2003) refiere síntomas en las conductas de escape, tendencia al aislamiento social, rehuir la mirada, evitar relacionarse con otros y síntomas cognitivos como miedo exagerado a la desaprobación y a las críticas; así como una tendencia a centrarse en el mismo y creer que todos están pendientes de él y es el punto de atención para las críticas. “no puedo mirar a las personas a los ojos y no me gusta que me miren”.

La terapia breve estratégica resultó ser exitosa en el tratamiento del presente caso de ansiedad social, este resultado está en la misma línea de las investigaciones sobre eficiencia y eficacia de la terapia breve estratégica sobre diversos trastornos, incluidos los de ansiedad (Bartoli y De la Cruz Gil, 2023; De la Cruz, 2021b). En el seguimiento se constató el mantenimiento y la generalización de los cambios funcionales que se evidenció en su autonomía en los ámbitos laboral, social y familiar.

Se concluye que la terapia breve estratégica es un tratamiento exitoso en el abordaje e intervención de ansiedad social. En el tratamiento se logró los objetivos terapéuticos formulados: Se modificaron los patrones recursivos del comportamiento ansioso, se eliminó los síntomas clínicos asociados a la ansiedad social, se fortalecieron los recursos personales del paciente desarrollándose de manera funcional. Si bien, el tratamiento fue exitoso, no se puede generalizar sus resultados ya que solo hace referencia a este caso en particular. Se requieren y recomiendan más estudios en esta misma línea de investigación.

**Conflicto de intereses:** Las autoras manifiestan no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bados López · 2017 — Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica i. Psicobiología. FOBIA SOCIAL. Arturo Bados. 20 de septiembre de 2017. ÍNDICE. <http://diposit.ub.edu ›dspace ›bitstream ›Fobia social>
- Barlow, D.H, (2021). Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step - By - Step Treatment Manual. Sixth Edition
- Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. Papeles del Psicólogo, 44(1), 35-43. <https://n9.cl/gga6qi>
- Beck, A (2014). El modelo cognitivo genérico Beck, A., y Emily A.P. Haigh2. Annu. Rev. Clin. Psychol 2014 10: 1 – 24. [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org)
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Hofmann, S. G. (2019). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS. Behavioral Psychology /Psicología Conductual, 27(1), 149-172.
- Castillo, P. M., Neira, P., Marín-Martín, C., & Gutiérrez, M. D. M. G. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental, 7(1), 4-15.
- Castañeda, R., Díaz-García, A., & Gómez-Becerra, I. (2016). Desarrollo de la personalidad: relación con sensibilidad a la ansiedad, rigidez y regulación verbal. Psicología Conductual, 2016, vol. 24, N°1, p. 141
- Ceberio, M., y De la Cruz, R. (2023). Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. Revista Científica Retos De La Ciencia, 7(15), 100–111. Recuperado a partir de <https://acortar.link/WgXETM>
- Córdova C.A. (2019) Ansiedad y afrontamiento en Estudiantes de la Universidad Privada de Lima Metropolitana. Tesis para optar el Título profesional de Licenciado en Psicología. Universidad Ricardo Palma. Perú.
- De la Cruz, R. (2008). *Violencia intrafamiliar: enfoque sistémico*. Trillas.
- De la Cruz Gil, R. (2021a). Epistemología sofista y su influencia en la Terapia breve Estratégica. Modelo Nardone. Límite Revista interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, 16,1-9.

- De la Cruz Gil, R (2021b). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Retos de la Ciencia* 5(11). 77-85.
- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia Y Psique*, 1(1), 67–80. <https://n9.cl/z1miz>
- De la Cruz Gil, R. (2023). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético -constructivista. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86. <https://acortar.link/KmmZaT>
- Díaz-Sicacha, DE. (2019, Enero - Junio) Trastorno de ansiedad social o fobia social: implicancias y sus diferencias con la timidez. *Revista de investigación estudiantil UMB. Ópera Prima*, N°01,15-25.
- Cabral, F. V & Mayor, A. V & Morales, C. F (2022). Eficacia de las terapias contextuales en la fobia social. Tesis de grado en Psicología. Universidad de La Laguna. Facultad de Psicología y Logopedia. Tenerife, España.
- García-Pérez, L., & Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 379-393.
- Chacón Delgado E1, Xatruch De la Cera D.2, Fernández Lara M3, Murillo Arias R4 Generalidades sobre el trastorno de ansiedad *Revista Cúpula* 2021; 35 (1): 23-36
- Chóliz M. (2005): *Psicología de la emoción: el proceso emocional* [www.uv.es/=cholz](http://www.uv.es/=cholz)
- Locatelli M., Vanelli I., Fregna L., Martini F, Manfredi E, F. Pacchioni et al. Trastornos relacionados con la ansiedad Páginas 121-179 *Fundamentos de Psiquiatría para Profesionales de la Salud*.
- Ministerio de salud (s.f.). Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Consultado el 2 de octubre 2021. [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero\\_salud-mental.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_salud-mental.asp)
- Moyano, M, Furlan, Luis y Piemontesi, Sebastián E (2011). Análisis factorial exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). Moyano <https://acortar.link/zzGoHJ>
- OPS, OMS. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 November 25. Available from: 9789275120286
- Pérez Rodríguez, A. y García Babiano, M. (2019). Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, N° 1, 19-37.
- Serano Laguna, M. (2022) Abordaje de un caso de trastorno por ansiedad social. [Master en Psicología General Sanitaria]. Repositorio de proyectos de fin de titulación. Universidad Europea de Madrid.
- Soache-Soache, J.T; Ospina-Osorio, J.M; Córdova-Florez, J.S y Herrera Soto, L.T (2022). Diseño de una aplicación de apoyos la intervención psicológica de la ansiedad social. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Psicología.
- Salazar I.C, Caballo V.E, Arias V, Curtiss J, Rossitto A.M, Gómez A.R.B, Herrera P.J.S, Coello M.F, Gamarra O, Sanguino A.R, Hofmann S.G, y equipo de investigación IMAS. (2022). Aplicación internacional del programa "intervención multidimensional para la ansiedad social" (IMAS): I. Eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Behavioral Psychology*, 30(1), 19-49. <https://n9.cl/3014t>
- Salazar I, V. E. (2022). Aplicación internacional del programa "intervención multidimensional para la ansiedad social" (IMAS): Eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Behavioral Psychology*, 30(1), 19-49.
- Lozano-Vargas, A. y Vega-Dienstmaier, J. (2018) Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 226-234. <https://n9.cl/4bltq>.
- Morrison, J. (2014). *Guía para el diagnóstico clínico DSM-5 (1° ed.)*. (D. J. Saavedra, Ed., & D. G. Cotera, Trad.) Sonora, México: El Manual Moderno.
- Nardone, G. (1992). *El Arte del Cambio* (1° ed. ed.). Herder.
- Nardone, G (2003). *No hay noche que no vea el día*. Herder.
- Nardone, G. (2010). *Problem Solving Estratégico: el arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Barcelona. Herder.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo*. Paidós.

- Nardone, G. y Portelli, C. (2012). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2012). *Terapia Breve: filosofía y Arte*. Herder.
- Nardone, G. (2013). *El Arte de la Estratagema*. Herder.
- Nardone, G. (2016). *La terapia de los ataques de pánico*. Herder.
- Nardone, G. (2020). *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Herder.
- Nardone, G. y Balbi, E. (2018). *Surcar el mar a espaldas del cielo: lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Herder.
- Pérez, M. y Graña, J. L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología*.
- Portillo, C. Martín, C, Hervás, G. (2020) Aplicación individual del tratamiento transdiagnóstico a un caso de ansiedad generalizada Individual. *Ansiedad y estrés*, 26(1):9-13.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 16(3),261-270.
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2015) Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Revista Clínica y Salud*, 26,167–180.
- Schaefer, A y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. 53(1), 35-43.
- Vicente E. Caballo, I. C. (2019). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS. *Behavioral Psychology*, 27(1), 149-172.
- Velázquez-Díaz, M. Martínez- Medina, M.P. Martínez-Pérez, M., & Prados Blázquez, F. (2016). Modelos explicativos del Trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (2), 156-167.
- Watzlawick P., W. J. (1974). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Herder.